

**Guía clínica para intervención psicológica de la anorexia nerviosa en adolescentes en
hospitales de baja complejidad en Colombia**

Carlos Mario Muriel Martínez



**Trabajo de grado presentado para optar al título de
Especialista en Psicología Clínica**

**Universidad Pontificia Bolivariana
Escuela de Ciencias Sociales
Especialización en Psicología Clínica
Bucaramanga**

2025

**Guía clínica para intervención psicológica de la anorexia nerviosa en adolescentes en
hospitales de baja complejidad en Colombia**

Carlos Mario Muriel Martínez

**Trabajo de grado presentado para optar al título de
Especialista en Psicología Clínica**

Director

Mgtr. Paula Fernanda Pérez Rivero

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga

2025

Contenido

Introducción	8
Factores de desarrollo de la anorexia	11
Factores biológicos y neurobiológicos	12
Factores socioculturales.....	12
Desafíos en el tratamiento y recuperación	13
Modelos explicativos de los TCA	14
El modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios.....	15
Comorbilidades asociadas a los TCA.....	16
Planteamiento del problema.....	18
Justificación	24
Propósito	37
Componentes de la guía	39
Marco metodológico	39
Diseño.....	39
Población diana, colectivo/s y/o perfil de usuarios	39
Diseñadores de la guía/protocolo	39
Criterios para la selección de los materiales.....	40
Estrategia de búsqueda	40
Resumen de materiales incluidos	41
Propuesta de intervención	45
Sesión 1.	45
Sesión 2.	48

Sesión 3.	51
Sesión 4	53
Sesión 5	55
Sesión 6	57
Sesión de seguimiento	60
Discusión.....	62
Referencias.....	69
Apéndice	79
Apéndice A EDI-II (Garner, 1998) (Nicholls, 2004)	79

Lista de tablas

Tabla 1 Materiales incluidos para el desarrollo de esta guía de Intervención Psicológica.....	41
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----



Resumen general de trabajo de grado en español

TITULO: Guía clínica para intervención psicológica de la anorexia nerviosa en adolescentes en hospitales de baja complejidad en Colombia

AUTOR(ES): Carlos Mario Muriel Martinez

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción extrema de la ingesta calórica, un miedo intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del propio cuerpo. Aunque en Colombia la prevalencia estos trastornos han sido tradicionalmente subestimados, estudios recientes indican un incremento en su incidencia, particularmente en adolescentes y jóvenes. Por lo anterior, se realizó una revisión de la literatura en bases de datos como Pubmed y SciELO, con el objetivo de identificar cuáles son las estrategias de intervención psicológica más efectivas para el manejo de la anorexia nerviosa en adolescentes hospitalizados en instituciones de baja complejidad. El material incluido fueron 8 artículos, a partir de los cuales, se construyó una guía clínica de intervención psicológica para adolescentes con anorexia nerviosa que se encuentren en hospitales de baja complejidad. Se diseñaron seis sesiones de intervención psicológica basadas en la terapia cognitivo conductual y terapia basada en la familia que buscaban intervenir síntomas psicológicos asociados a este trastorno de la alimentación.

PALABRAS CLAVE:

Anorexia Nerviosa, Adolescentes, Hospitalización, Hospitales de baja complejidad, Guía clínica

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



General summary of work of grade

TITLE: Clinical guidelines for the intervention of anorexia nervosa in adolescents in low-complexity hospitals in Colombia

AUTHOR(S): Carlos Mario Muriel Martínez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

Anorexia nervosa is an eating disorder characterized by extreme caloric restriction, an intense fear of gaining weight, and a distorted body perception. Although the prevalence of these disorders in Colombia has traditionally been underestimated, recent studies indicate an increase in their incidence, particularly among adolescents and young adults. Therefore, a literature review was conducted in databases such as PubMed and SciELO to identify the most effective psychological intervention strategies for the management of anorexia nervosa in adolescents in low-complexity hospitals. The material included eight articles, from which a clinical guideline for psychological intervention was constructed for adolescents with anorexia nervosa in low-complexity hospitals. Six psychological intervention sessions based on cognitive behavioral therapy and family-based therapy were designed to address psychological symptoms associated with this eating disorder.

KEYWORDS:

Anorexia Nervosa, Adolescents, Hospitalization, Low-complexity Hospitals, Clinical Guide

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de afecciones complejas que influyen en la relación de las personas con la alimentación y su percepción corporal. Entre estos trastornos se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, los cuales presentan altos niveles de morbilidad y mortalidad, lo que los convierte en un desafío relevante para la salud pública (Treasure et al., 2015). Aunque en Colombia la prevalencia de los TCA ha sido tradicionalmente subestimada, estudios recientes indican un incremento en su incidencia, particularmente en adolescentes y jóvenes (García et al., 2020).

La American Psychiatric Association (APA, 2013) indica que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están categorizados en el DSM-5 como enfermedades complejas y multifactoriales, resultado de la interacción entre factores psicológicos, genéticos y socioculturales. Estas condiciones se caracterizan por alteraciones persistentes en la conducta alimentaria, lo que implica cambios significativos en la ingesta de alimentos o en los comportamientos relacionados con la alimentación. Dentro de los TCA descritos en el DSM-5 se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Además, el manual también contempla el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), que incluye afecciones como la vigorexia y la ortorexia (American Psychiatric Association, 2013).

Investigaciones previas han destacado que los TCA presentan elevados índices de morbilidad y mortalidad, convirtiéndolos en un problema relevante para la salud pública (Treasure et al., 2015). En el contexto colombiano, si bien su prevalencia ha sido históricamente

subestimada, estudios recientes han evidenciado un incremento en su incidencia, especialmente entre adolescentes y jóvenes (García et al., 2020).

En ese sentido los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se pueden definir como condiciones graves y potencialmente mortales que se caracterizan por patrones alimentarios perjudiciales, los cuales afectan de manera significativa la salud física, emocional y psicosocial de quienes los padecen (American Psychiatric Association, 2013). Estos trastornos se asocian con una elevada tasa de mortalidad, una disminución en la calidad de vida y un incremento en los costos de atención médica y psicológica (Ágh et al., 2016). Suelen manifestarse con mayor frecuencia durante la adolescencia, etapa en la que pueden alterar los hábitos y dinámicas de vida. En este período de desarrollo, los adolescentes representan una población especialmente vulnerable al riesgo de padecer TCA, ya que los cambios físicos y psicológicos propios de la edad pueden influir en su autopercepción y satisfacción con la imagen corporal (Panton y Garzón, 2021).

Por otra parte., Navarro et al. (2016), en su estudio sobre la Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla, señalan que la anorexia es la tercera enfermedad crónica más común en la adolescencia. Además, destacan que el 95 % de las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen entre 12 y 25,8 años.

En este contexto, la American Psychiatric Association (2013) define la anorexia nerviosa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como un trastorno caracterizado por los siguientes criterios diagnósticos:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades nutricionales, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en comparación con la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física. En niños y adolescentes, este peso es inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, acompañado de comportamientos persistentes que interfieren en el aumento de peso, incluso cuando la persona presenta un peso corporal inferior al recomendado.
- Alteración en la percepción del peso corporal y la constitución física, lo que se manifiesta en una autoevaluación excesivamente influenciada por el peso o la figura, o en una falta de reconocimiento sobre la gravedad del bajo peso actual.

En ese sentido, la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción extrema de la ingesta calórica, un miedo intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del propio cuerpo. Su impacto no solo afecta la salud física, sino también el bienestar psicológico y social de quienes la padecen. Según la American Psychiatric Association (2013), existen dos subtipos principales de anorexia nerviosa, cada uno con características distintivas que determinan la manifestación del trastorno y su evolución.

El tipo restrictivo se caracteriza por la ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos tres meses. En estos casos, la pérdida de peso es el resultado de una restricción alimentaria extrema, ayunos prolongados o la práctica excesiva de ejercicio físico. Las personas con este subtipo suelen mostrar un alto nivel de autocontrol con respecto a su alimentación y peso corporal, lo que puede generar complicaciones médicas graves debido a la desnutrición severa (American Psychiatric Association, 2013).

Por otro lado, el tipo con atracones/purgas implica la presencia de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias, como el vómito autoprovocado o el uso inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas. A diferencia de la bulimia nerviosa, en este subtipo de AN el peso corporal del individuo permanece peligrosamente bajo, lo que lo convierte en una condición de mayor riesgo médico. Ambos subtipos pueden derivar en consecuencias físicas graves, como alteraciones cardiovasculares, osteoporosis, daño renal, trastornos gastrointestinales y alteraciones en el sistema endocrino (American Psychiatric Association, 2013).

Factores de desarrollo de la anorexia

En cuanto al desarrollo de la anorexia nerviosa es complejo y multifactorial, influenciado por una combinación de factores psicológicos, biológicos y sociales (Pórtela de Santana et al., 2012; Pérez-Flores, 2021). Estos elementos pueden predisponer a una persona a desarrollar la enfermedad o agravar su curso una vez que se ha instaurado.

Desde el punto de vista psicológico, diversos estudios han identificado la ansiedad, la depresión y ciertos rasgos obsesivo-compulsivos como factores de riesgo clave en la aparición de la anorexia nerviosa (Egan et al., 2013; López y Treasure, 2011). Se ha observado que muchas personas con este trastorno presentan un alto grado de perfeccionismo y autoexigencia, lo que las lleva a establecer estándares inalcanzables en diversas áreas de su vida, incluido su peso corporal y su apariencia física (Anderluh et al., 2003; Egan et al., 2013). Además, la baja autoestima y la dificultad para gestionar emociones negativas pueden llevar a una relación conflictiva con la alimentación y el cuerpo (Pórtela de Santana et al., 2012). Quienes padecen AN tienden a utilizar el control sobre la comida como una estrategia de afrontamiento ante sentimientos de inseguridad, miedo al fracaso o falta de aceptación social (Treasure et al., 2020).

Factores biológicos y neurobiológicos

Los estudios en genética han sugerido que la anorexia nerviosa podría tener una base hereditaria, con un componente genético que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno (Pinheiro et al., 2009). Investigaciones con gemelos han mostrado que la heredabilidad de los trastornos de la conducta alimentaria puede ser considerable, indicando que ciertos individuos pueden tener una predisposición biológica a desarrollar estas condiciones (Dinkler et al., 2021; Yao et al., 2021).

Además, los avances en neurociencia han permitido identificar alteraciones en el funcionamiento cerebral de personas con AN. Se ha encontrado que la disfunción en los circuitos de recompensa y regulación del apetito, especialmente en áreas como el hipotálamo y la corteza prefrontal, podría contribuir a la restricción alimentaria extrema y a la negación del hambre en pacientes con este trastorno (Kaye et al., 2013). También se ha observado que la serotonina, un neurotransmisor involucrado en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad, presenta niveles alterados en individuos con AN, lo que podría explicar en parte la rigidez cognitiva y los comportamientos obsesivos característicos del trastorno (Klump et al., 2010).

Factores socioculturales

El contexto sociocultural desempeña un papel fundamental en la aparición y mantenimiento de la anorexia nerviosa. La presión social para alcanzar estándares de belleza poco realistas, promovidos por los medios de comunicación y las redes sociales, ha sido identificada como un factor de riesgo importante, especialmente en adolescentes y jóvenes (Blodgett y Gondoli, 2010). La idealización de la delgadez como sinónimo de éxito y aceptación social puede generar insatisfacción corporal y llevar a conductas extremas para alcanzar un peso que se considera ideal (Pórtela de Santana et al., 2012).

Asimismo, ciertas prácticas en entornos competitivos, como el modelaje, la danza o el deporte de alto rendimiento, pueden aumentar la presión sobre la imagen corporal y el control del peso, contribuyendo al desarrollo de la AN en personas con predisposición psicológica o genética (Treasure et al., 2020).

Desafíos en el tratamiento y recuperación

El tratamiento de la anorexia nerviosa presenta múltiples desafíos, debido a la complejidad del trastorno y a la resistencia que muchas personas muestran ante la recuperación (Méndez et al., 2008). Uno de los principales obstáculos es el retraso en el diagnóstico, ya que los síntomas pueden pasar desapercibidos durante largos períodos, tanto para los familiares como para los profesionales de la salud, y en muchos casos, los pacientes niegan la gravedad de su condición, lo que dificulta la intervención temprana (Nagy et al., 2022).

Además, según el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE, 2017), la comorbilidad psiquiátrica es frecuente en la AN, con tasas elevadas de trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad, lo que complica el abordaje clínico. La presencia de bajo peso corporal extremo también representa un riesgo significativo, ya que puede generar alteraciones metabólicas y complicaciones médicas graves que requieren hospitalización (Bozzola et al., 2024). Otro factor que interfiere en la recuperación es la adicción a sustancias, presente en algunos pacientes que recurren a estimulantes, laxantes o diuréticos para controlar su peso. Estas conductas no solo agravan el estado nutricional, sino que también aumentan el riesgo de complicaciones médicas severas (Helverskov et al., 2010).

A pesar de los avances en los tratamientos psicológicos, la tasa de recuperación completa sigue siendo limitada. Se estima que solo el 50 % de los pacientes logra una recuperación total, mientras que el 30 % presenta una mejoría parcial y el 20 % desarrolla una condición crónica,

con un deterioro significativo en el ámbito social y laboral (NICE, 2017). Este panorama resalta la importancia de estrategias preventivas y un enfoque multidisciplinario en el tratamiento, que combine intervenciones psicológicas, médicas y nutricionales adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

A pesar de los avances en la investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aún no se han identificado factores pronósticos definitivos que permitan predecir con precisión la evolución de estos trastornos en cada individuo. No obstante, se han reconocido diversos mediadores que pueden agravar la sintomatología y complicar el tratamiento, los cuales podrían convertirse en dianas terapéuticas clave para mejorar las intervenciones clínicas. Entre estos factores se destacan la presencia de síntomas de estrés postraumático (Isooma et al., 2015; Malinauskiene & Malinauska, 2018), la desregulación emocional (Mills et al., 2015) y las experiencias disociativas (Moulton et al., 2015; Palmisano et al., 2018).

Desde una perspectiva psicológica, se ha propuesto que las experiencias adversas en la infancia y adolescencia pueden influir en la construcción de un autoconcepto negativo a lo largo del desarrollo, lo que puede derivar en una mayor vulnerabilidad a la afectividad negativa y, en consecuencia, en la aparición de un TCA (Schore, 2003). Este proceso implicaría que las personas con una historia de trauma o estrés significativo podrían desarrollar una relación patológica con la alimentación como una forma de regulación emocional o de control sobre su entorno.

Modelos explicativos de los TCA

Diversas corrientes psicológicas han intentado explicar los mecanismos subyacentes de los TCA desde diferentes enfoques. Los modelos cognitivos han puesto énfasis en la importancia de las distorsiones cognitivas y las conductas observables, estableciendo que los pensamientos

disfuncionales sobre el cuerpo, el peso y la alimentación desempeñan un papel central en el mantenimiento del trastorno (Fairburn, 2008). Por otro lado, las perspectivas fenomenológicas han abordado el estudio de los TCA desde la experiencia subjetiva de los pacientes, explorando cómo la percepción del propio cuerpo y la relación con la comida pueden verse alteradas de manera profunda en estos trastornos (Treasure et al., 2020).

El modelo cognitivo-conductual ha sido uno de los enfoques terapéuticos más investigados y se considera el tratamiento más eficaz hasta la fecha para los TCA (NICE, 2017). Sin embargo, su aplicación presenta ciertas limitaciones, pues un número considerable de pacientes no responde al tratamiento de manera efectiva, experimentando recaídas o evolucionando hacia una forma crónica del trastorno (Galsworthy-Francis y Allan, 2014). En estos casos, la identidad de la persona puede llegar a fusionarse con la enfermedad, desarrollando una estructura de personalidad en la que "ser anoréxico" o "ser bulímico" se convierte en un rasgo central de su autoconcepto, lo que dificulta aún más la recuperación (Helverskov et al., 2010).

El modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios

En un intento por ofrecer un marco explicativo más amplio, Fairburn (2008) propuso el modelo transdiagnóstico de los TCA, el cual postula que la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (BED) comparten un núcleo psicopatológico común. Este núcleo se basa en preocupaciones excesivas sobre la forma y el peso corporal, lo que influye en los patrones de alimentación y en la autopercepción de los individuos afectados (Celis Ekstrand & Roca Villanueva, 2011).

Sin embargo, desde una perspectiva clínica y epidemiológica, se ha señalado que la diversidad de presentaciones clínicas dentro de los TCA es mucho más amplia que la

categorización ofrecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Fairburn, 2008). Existen variantes fenomenológicas de los TCA que no encajan completamente en los criterios diagnósticos estándar, como el síndrome del comedor nocturno, el trastorno de purgas, la anorexia nerviosa atípica, la AN no fóbica a la grasa y la BN no purgativa (Fairburn, 2008). Además, los trastornos alimentarios subclínicos representan una parte significativa de la población afectada, con una prevalencia estimada de más del 13 % a lo largo de la vida en países occidentales (Hudson et al., 2007).

Algunos grupos poblacionales presentan un riesgo especialmente elevado de desarrollar TCA o trastornos subclínicos. Por ejemplo, los bailarines de ballet, atletas de alto rendimiento, fisicoculturistas y personas con una obsesión patológica por la alimentación saludable (ortorexia) muestran tasas de prevalencia superiores a la media en cuanto a comportamientos alimentarios disfuncionales (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013).

Comorbilidades asociadas a los TCA

Más allá de los límites estrictos de los TCA, existen diversas condiciones que comparten características psicopatológicas con estos trastornos. Se ha observado, por ejemplo, que las personas con obesidad y aquellos que padecen trastornos del estado de ánimo pueden desarrollar patrones de alimentación disfuncionales en respuesta a emociones negativas, lo que se conoce como "alimentación emocional" (Spoor et al., 2007).

Asimismo, las alteraciones en la imagen corporal no se limitan a los TCA, sino que también se han documentado en otros trastornos psicológicos, como el trastorno dismórfico corporal (Veale et al., 2016), la depresión mayor (Fang & Hofmann, 2010), el trastorno de ansiedad social (Mulkens & Jansen, 2007) y la disforia de género (D'Agostino et al., 2020). En este último caso, algunas personas pueden adoptar restricciones dietéticas extremas con el

objetivo de modificar su apariencia corporal para que se alinee con su identidad de género (Jones et al., 2016).

De acuerdo con Fairburn y colaboradores (2003), dado que estas condiciones comparten ciertos patrones de pensamiento y comportamiento con los TCA, algunos investigadores han propuesto que el concepto de comorbilidad podría ayudar a explicar la superposición de síntomas en distintos diagnósticos. En lugar de considerar cada trastorno como una entidad completamente independiente, este enfoque sugiere que los TCA forman parte de un espectro más amplio de trastornos de la regulación emocional y la percepción corporal (Fairburn et al., 2003).

Planteamiento del problema

En Colombia, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública de gran impacto, especialmente en la población adolescente. Estos trastornos afectan de manera significativa la calidad de vida de quienes los padecen, generando alteraciones tanto físicas como psicológicas que pueden comprometer su bienestar a largo plazo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), la prevalencia de los TCA ha ido en aumento en los últimos años, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de detección temprana y atención en los diferentes niveles del sistema de salud. Sin un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, estos trastornos pueden derivar en consecuencias graves, tales como desnutrición severa, alteraciones cardiovasculares, trastornos emocionales y, en casos extremos, la muerte.

A pesar de la creciente preocupación en torno a la anorexia nerviosa y otros TCA, Colombia enfrenta importantes limitaciones en la implementación de estrategias para su detección, abordaje y tratamiento. Estas barreras son aún más evidentes en hospitales de baja complejidad, los cuales suelen ser la primera línea de atención para la mayoría de la población con dificultades de acceso a servicios especializados en salud mental y nutrición. Esta problemática resalta la urgencia de desarrollar herramientas y protocolos clínicos que permitan a los profesionales de la salud identificar, diagnosticar e intervenir de manera efectiva en estos casos, garantizando una atención oportuna y adecuada para los adolescentes en riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Diversas investigaciones han evidenciado la alta frecuencia de los TCA en adolescentes colombianos, con cifras preocupantes en entornos escolares y universitarios (Aoun, 2013; Monterrosa et al., 2012). Por ejemplo, un estudio realizado por Monterrosa y colaboradores

(2012) en ciudades como Bogotá y Medellín reportó una alta prevalencia de TCA no especificados en población adolescente, mientras que Aoun (2013) encontró que cerca del 30% de los estudiantes universitarios presentaban síntomas asociados, siendo la bulimia nerviosa el trastorno más frecuente. Estos hallazgos reflejan una tendencia creciente en la aparición de estas patologías, lo cual evidencia la urgencia de fortalecer estrategias de prevención, evaluación temprana e intervención especializada en contextos educativos.

A pesar de la importancia de estos hallazgos, la escasez de estudios comunitarios en Colombia dificulta una comprensión más precisa de la magnitud de este problema en la población general. Sin embargo, se han identificado múltiples factores de riesgo asociados con la aparición de los TCA en adolescentes, entre los cuales se incluyen la insatisfacción corporal, la presión social para mantener ciertos estándares de belleza, los antecedentes familiares de trastornos alimentarios, el estrés académico y la adopción de patrones de alimentación inadecuados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Además, factores como el consumo problemático de alcohol, la baja autoestima y la exposición a redes sociales que promueven ideales de delgadez extrema pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de estos trastornos.

Asimismo, a nivel mundial, los trastornos mentales, incluidos los TCA, representan una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura. Según el estudio de Carga Global de Enfermedad (2010), los trastornos mentales ocupan la quinta posición entre las principales causas de discapacidad, siendo responsables de aproximadamente 183.9 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Dentro de este grupo, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienen un impacto significativo, contribuyendo al 2.4% del total de muertes prematuras y al 1.1% de la carga global de discapacidad. Estos trastornos afectan

mayoritariamente a las mujeres, representando el 95% de los casos reportados (Zipfel et al., 2015).

En Colombia, el impacto de los TCA en la salud pública se ve reflejado en el aumento de las consultas médicas relacionadas con estos trastornos, así como en la creciente demanda de servicios de atención psicológica y psiquiátrica para adolescentes con conductas alimentarias de riesgo. No obstante, la limitada disponibilidad de programas especializados y la falta de estrategias estructuradas de intervención dificultan la detección temprana y el acceso oportuno a tratamientos eficaces.

Considerando la alta prevalencia de los TCA y la falta de protocolos específicos para su abordaje en hospitales de baja complejidad, el desarrollo de una Guía Clínica para la Evaluación e Intervención de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes en Hospitales de Baja Complejidad en Colombia es una necesidad urgente. En el país, el Ministerio de Salud y Protección Social ha promovido la creación de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia con el objetivo de estandarizar los procedimientos de atención y mejorar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, actualmente no se cuenta con una GPC específica para el manejo de la anorexia nerviosa en adolescentes dentro del primer nivel de atención, lo que genera una brecha significativa en la identificación y tratamiento de estos casos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Los hospitales de baja complejidad desempeñan un papel fundamental en la detección temprana y el manejo inicial de los TCA, ya que muchas veces son el primer punto de contacto de los adolescentes con el sistema de salud. La ausencia de protocolos clínicos específicos en estos entornos puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones médicas y psiquiátricas a largo plazo (Langellotti et al., 2008).

Otro aspecto clave es la necesidad de la optimización de los procesos de derivación. En muchos casos, los adolescentes que presentan síntomas de TCA no reciben la atención adecuada debido a la falta de rutas claras de referencia hacia servicios especializados. Investigaciones realizadas en Bucaramanga y en la Universidad Nacional de Colombia evidencian que un 30% de los estudiantes evaluados presentaban síntomas de TCA, de los cuales el 1.7% correspondía a anorexia nerviosa, el 6% a bulimia y hasta un 28% a TCA no especificados (Arroyave, 2014). Sin protocolos definidos en hospitales de baja complejidad, muchos de estos casos quedan sin una intervención oportuna, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y prolonga el sufrimiento de los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Con esta guía, se establecerán mecanismos eficientes de derivación, asegurando que quienes lo requieran sean remitidos a centros de mayor complejidad sin dilaciones innecesarias, favoreciendo así la continuidad del tratamiento y reduciendo el riesgo de complicaciones.

La ausencia de una guía clínica específica para la evaluación e intervención de la anorexia nerviosa en adolescentes en hospitales de baja complejidad en Colombia refleja una brecha significativa en el acceso a la atención en salud mental. A pesar de la creciente preocupación por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el país enfrenta importantes desafíos en la cobertura de salud mental, con servicios limitados y poco accesibles para gran parte de la población. La mayoría de los estudios sobre TCA han sido realizados en entornos escolares y universitarios, dejando un vacío de información sobre la magnitud y características de estos trastornos en la comunidad en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Esta falta de datos impide un diseño de políticas públicas más inclusivas y ajustadas a las necesidades de los adolescentes que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y con dificultades para acceder a atención especializada.

En este contexto, la falta de estrategias de detección y manejo temprano en hospitales de baja complejidad dificulta el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de la anorexia nerviosa. La carencia de protocolos específicos no solo retrasa la identificación de casos, sino que también aumenta el riesgo de complicaciones graves, al no contar con lineamientos claros para la intervención inicial ni con mecanismos de referencia eficientes hacia centros de mayor complejidad. Como resultado, muchos adolescentes afectados enfrentan barreras adicionales para recibir atención, lo que profundiza las desigualdades en salud y compromete la efectividad de las estrategias de prevención y tratamiento.

Además, la falta de un enfoque integral en la promoción y prevención de los TCA contribuye a la persistencia del problema. Sin campañas de educación en salud mental y alimentación saludable dirigidas tanto al personal sanitario como a la comunidad en general, el estigma en torno a los TCA sigue siendo una barrera significativa para la búsqueda de ayuda y el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con el estudio de Carga de la Enfermedad (2010), los trastornos mentales representan la quinta causa de discapacidad y muertes prematuras a nivel mundial, y en el caso de los TCA, el 95% de los afectados son mujeres (Zipfel et al., 2015). Esto resalta la urgencia de fortalecer las estrategias de prevención y concienciación, ya que la falta de conocimiento sobre estos trastornos y su impacto puede llevar a diagnósticos tardíos y a la minimización de su gravedad.

Por lo tanto, la ausencia de una guía clínica para la evaluación e intervención de la anorexia nerviosa en hospitales de baja complejidad no solo representa un obstáculo en la atención médica, sino que también perpetúa las dificultades en el acceso equitativo a los servicios de salud mental. La necesidad de contar con protocolos basados en la evidencia es crucial para cerrar esta brecha, garantizar una atención más efectiva y asegurar que los

adolescentes con anorexia nerviosa reciban el tratamiento adecuado en el momento oportuno. Sin un enfoque estructurado y adaptado a la realidad del sistema de salud colombiano, la lucha contra los TCA seguirá enfrentando serias limitaciones, con un impacto negativo en la salud y bienestar de la población juvenil.

Justificación

La adolescencia es una etapa de cambios significativos en el desarrollo físico, emocional y social, lo que puede generar respuestas adaptativas o, en algunos casos, conductas destructivas que impactan la salud mental y física de los jóvenes (Góngora, et al., 2009). Entre estos cambios, la alimentación juega un papel crucial debido al aumento en los requerimientos calóricos y la modificación en las proporciones corporales. Sin embargo, en un intento por controlar estos cambios, muchos adolescentes recurren a estrategias inadecuadas como dietas restrictivas, la omisión de comidas y la inducción del vómito (González et al., 2006).

Estudios han evidenciado que, entre los 13 y 15 años, los adolescentes incrementan su actividad física con el fin de manejar los cambios corporales y reforzar su identidad a través de la afiliación a grupos de referencia distintos a la familia (Góngora, et al., 2009; Aoun, 2013). Posteriormente, entre los 16 y 18 años, aumenta la insatisfacción corporal y la tendencia a conductas de sobrealimentación, asociadas a creencias irracionales sobre el desempeño personal y la percepción del juicio de los demás (Góngora et al., 2009). Estas percepciones pueden generar emociones negativas como desconfianza, baja tolerancia a la frustración y sensación de aislamiento.

La presión social sobre la apariencia física se ha intensificado en las últimas décadas, promoviendo ideales de belleza inalcanzables que influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (González et al., 2006). Se ha reportado que la prevalencia de estos trastornos en adolescentes es del 9.1%, una cifra mayor que en la población adulta (5.8%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En ciudades como Bogotá y Medellín, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son los más comunes, seguidos por la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (Monterrosa, Ruiz y Cuesta, 2012). Además, estudios en

Colombia indican que cerca del 30% de los estudiantes universitarios presentan síntomas de trastornos alimentarios, siendo la bulimia el trastorno más prevalente, aunque la anorexia suele ser más visible debido a la pérdida de peso extrema (Aoun, 2013).

En cuanto al trastorno por atracones, este se manifiesta con episodios recurrentes de ingesta descontrolada de alimentos sin conductas compensatorias, lo que puede derivar en obesidad. Se estima que hasta el 40% de las personas con obesidad presentan este trastorno (Aoun, 2013). Así mismo, se ha evidenciado que los trastornos de la conducta alimentaria afectan mayoritariamente a las mujeres, con una proporción de 10 a 1 en comparación con los hombres (Barclay, 1985). No obstante, recientes investigaciones sugieren que la brecha de género se ha reducido, con una proporción de 5:1 a 2:1 (Urzúa, et al., 2011).

Además de los factores mencionados, diversos estudios han señalado la influencia de variables psicológicas y familiares en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Jacobi et al., 2004; Treasure et al., 2010). Se ha evidenciado que la presencia de estilos de crianza autoritarios, dinámicas familiares disfuncionales y antecedentes de violencia o abuso pueden aumentar el riesgo de que un adolescente desarrolle anorexia nerviosa o bulimia (Treasure et al., 2010). Asimismo, se ha observado una fuerte correlación entre estos trastornos y la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima, lo que indica que los problemas emocionales no solo son una consecuencia de los TCA, sino también un factor de predisposición (Jacobi et al., 2004).

Otro aspecto relevante a considerar es el papel de las redes sociales en la perpetuación de ideales poco realistas sobre la imagen corporal. En la actualidad, plataformas como Instagram, TikTok y Facebook han exacerbado la difusión de estereotipos de delgadez extrema, contribuyendo a la insatisfacción corporal y al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en

adolescentes (Rodgers, et al., 2020). La exposición continua a contenido que promueve dietas restrictivas, cuerpos delgados y comparaciones constantes con influencers o celebridades, ha sido identificada como un factor que puede influir en la aparición y el mantenimiento de los TCA (Holland y Tiggemann, 2016).

A pesar de que la anorexia nerviosa es el trastorno alimentario más visible debido a la pérdida de peso extrema, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón representan una carga significativa en términos de salud pública, ya que pueden pasar desapercibidos durante largos períodos y, en muchos casos, no son diagnosticados ni tratados oportunamente (Arroyave, 2014). La comorbilidad con otros trastornos mentales, como el trastorno de la personalidad límite, la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, hace que el abordaje de los TCA requiera una intervención interdisciplinaria que incluya atención psicológica, psiquiátrica y nutricional (Zipfel, et al., 2015).

En el contexto colombiano, el acceso limitado a servicios especializados en salud mental y la falta de programas de detección temprana han dificultado la identificación y el tratamiento oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria. Investigaciones previas han señalado que la mayoría de los casos son diagnosticados en fases avanzadas, cuando las complicaciones médicas y psicológicas ya están establecidas (Monterrosa et al., 2012). Esto resalta la necesidad de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud mental dirigida a adolescentes, padres de familia y profesionales de la salud, con el fin de reducir la incidencia de estos trastornos y mejorar la calidad de vida de los afectados.

En ese sentido, la implementación de una guía clínica para la evaluación e intervención de la anorexia nerviosa en adolescentes en hospitales de baja complejidad en Colombia representa un avance fundamental en la atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

(TCA) en el país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), los TCA afectan significativamente la calidad de vida de quienes los padecen, y la ausencia de estrategias adecuadas de detección y tratamiento puede derivar en complicaciones graves tanto físicas como psicológicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En este sentido, establecer protocolos basados en la evidencia permitirá mejorar la identificación temprana de casos, optimizar los procesos de evaluación y garantizar un abordaje adecuado en los entornos hospitalarios con menor nivel de complejidad.

Uno de los principales beneficios de esta guía será la estandarización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, facilitando que los profesionales de la salud cuenten con criterios claros y estrategias efectivas para abordar la anorexia nerviosa en adolescentes. Según Zipfel et al. (2015), el manejo adecuado de los TCA requiere protocolos estructurados que permitan detectar signos tempranos y mejorar la respuesta clínica, reduciendo la carga de enfermedad y el riesgo de complicaciones. Además, la implementación de esta guía contribuirá a la formación y capacitación del personal sanitario, brindando herramientas a médicos generales, enfermeros y psicólogos para que puedan identificar síntomas incipientes del trastorno y realizar una intervención oportuna (Langellotti et al., 2008).

Desde una perspectiva académica, este trabajo representa un aporte sustancial al estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en contextos de baja complejidad hospitalaria, ámbito poco explorado en la literatura nacional. Asimismo, fomenta la formación de profesionales de la salud mental con competencias clínicas y contextuales para intervenir con enfoque ético, científico e interdisciplinario. En el plano social, la guía promueve la disminución del estigma asociado a los TCA mediante la visibilización de sus causas multifactoriales y la humanización del abordaje clínico. Esto puede fortalecer redes de apoyo en entornos escolares,

familiares y comunitarios, y generar conciencia en la población sobre la importancia del cuidado de la salud mental en la adolescencia.

Desde una dimensión clínica, se mejora la calidad de atención en servicios primarios, promoviendo la atención integral, oportuna y basada en evidencia científica. La intervención temprana no solo reduce el deterioro físico y psicológico, sino que también disminuye el riesgo de hospitalizaciones prolongadas y complicaciones médicas derivadas. En cuanto al impacto investigativo, la elaboración de esta guía puede generar nuevas líneas de investigación sobre la eficacia de protocolos adaptados al contexto colombiano, así como sobre el papel de los factores socioculturales y económicos en la evolución de los TCA. También puede servir de base para estudios longitudinales o evaluaciones de impacto sobre su implementación en diferentes territorios.

Finalmente, en el ámbito de salud pública, la estandarización de procedimientos para la detección e intervención de la anorexia nerviosa aporta a la consolidación de políticas de atención en salud mental con enfoque preventivo y comunitario. La guía puede ser una herramienta clave para apoyar la implementación de acciones del Plan Decenal de Salud Pública y de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social orientados al bienestar psicosocial de niños, niñas y adolescentes.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción persistente de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo, un intenso miedo a ganar peso y una alteración en la percepción del peso o la forma corporal (American Psychiatric Association, 2013).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa son:

1. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo considerando la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física del individuo.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso cuando se tiene un peso significativamente bajo.
3. Alteración en la percepción del peso o la forma corporal, influencia indebida del peso o la forma corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (APA, 2013).

El DSM-5 también identifica dos subtipos de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha recurrido a episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoinducido o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo (APA, 2013).

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (APA, 2013).

Es relevante mencionar que el DSM-5 eliminó el criterio de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos) que se encontraba en ediciones anteriores, reconociendo que este criterio no es aplicable en todos los casos, como en hombres, mujeres premenárgicas, mujeres posmenopáusicas o aquellas que usan anticonceptivos hormonales (APA, 2013).

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son condiciones psiquiátricas graves que afectan los hábitos alimentarios de una persona, generando consecuencias negativas tanto en su salud física como en su bienestar psicológico y social (American Psychiatric Association, 2013). Estos trastornos abarcan diversas manifestaciones, entre ellas la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

De acuerdo con la APA (2013), los TCA implican alteraciones persistentes en la ingesta alimentaria o en conductas relacionadas con la alimentación, lo que repercute de manera significativa en la salud y el funcionamiento diario de la persona. Este concepto resalta la complejidad del problema, en el que influyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Diversos estudios han contribuido a una mejor comprensión de los TCA. Por ejemplo, Sanchez (2017) y Sandoval (2019) destaca que estos trastornos no son exclusivos de mujeres jóvenes, sino que también pueden presentarse en hombres y en diferentes grupos etarios, lo que evidencia la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas más inclusivas.

Hospital de baja complejidad

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), los hospitales de baja complejidad forman parte del primer nivel de atención en el sistema de salud colombiano, brindando servicios como consulta externa, hospitalización, urgencias y apoyo diagnóstico básico. Su objetivo principal es acercar la atención sanitaria a la comunidad, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso a servicios de salud más avanzados.

En Colombia, un Hospital de Baja Complejidad es una institución de salud que ofrece servicios médicos esenciales, enfocándose en la atención primaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estas instituciones cuentan con recursos tecnológicos y humanos

limitados, adecuados para diagnosticar y tratar condiciones de menor gravedad. Cuando se presentan casos que requieren atención más especializada, los hospitales de baja complejidad remiten a los pacientes a centros de mayor nivel.

Evaluación clínica

La evaluación clínica es un proceso sistemático y continuo mediante el cual los profesionales de la salud recopilan, organizan y analizan información relevante sobre un paciente. Este proceso tiene como objetivo comprender las características conductuales, emocionales, cognitivas o sociales del individuo para facilitar el diagnóstico y la planificación de intervenciones adecuadas (Ladines y Sumba, 2014; Lemos, 2012).

En el ámbito de la salud mental, la evaluación clínica implica el uso de diversas técnicas, como la observación, entrevistas y pruebas psicológicas, para identificar patrones comportamentales o emocionales que puedan estar afectando la calidad de vida del paciente (Lemos, 2012). Este enfoque integral permite a los profesionales formular diagnósticos precisos y desarrollar planes de tratamiento efectivos.

Intervención temprana

La intervención temprana se refiere a un conjunto de estrategias diseñadas para detectar y tratar enfermedades en sus primeras etapas, con el fin de mejorar el pronóstico y reducir la severidad de sus efectos. En el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, la identificación precoz es crucial para minimizar complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes (Gascón y Migallón, 2013).

Asimismo, diversos estudios han señalado que la adolescencia es un periodo de especial vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios, lo que resalta la importancia de la intervención temprana en este grupo poblacional. Factores como la presión social, los estándares

de belleza y la influencia de los medios de comunicación pueden aumentar el riesgo de desarrollar estas condiciones, lo que hace fundamental la detección y tratamiento oportunos (Pórtela de Santana et al., 2012).

El éxito de la intervención temprana radica en la implementación de estrategias preventivas y terapéuticas basadas en un enfoque multidisciplinario, que integre el apoyo psicológico, la educación nutricional y el acompañamiento médico. Estas acciones contribuyen a la reducción del impacto negativo de los trastornos alimentarios y favorecen la recuperación integral del paciente (Gascón y Migallón, 2013; Pórtela de Santana et al., 2012).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden afectar el desarrollo infantil y deben ser identificados para prevenir posibles complicaciones en el crecimiento, la salud y la nutrición de los niños. La exposición a uno o varios factores de riesgo no garantiza que un niño tenga problemas en su desarrollo, pero sí aumenta la probabilidad de que los enfrente en comparación con aquellos que crecen en un entorno más favorable (Atkin, et al., 1987).

Estos factores han sido definidos como aquellos elementos que incrementan la probabilidad de generar retrasos en el desarrollo si no se interviene oportunamente (Taylor, Smiley & Richards, 2009). De hecho, diversas investigaciones han demostrado que cuanto mayor es la exposición a factores de riesgo, mayor es la posibilidad de presentar afectaciones en el desarrollo físico y psicológico (Martínez, et al., 2014).

La identificación de estos factores es parte fundamental del monitoreo del crecimiento infantil. Es imprescindible detectar y evaluar su impacto real en el desarrollo infantil para implementar estrategias que permitan eliminarlos, reducirlos o prevenirlos. Estudios recientes han señalado que los factores de riesgo no solo influyen en el desarrollo temprano, sino que

también pueden contribuir a la aparición de trastornos alimentarios en la adolescencia y adultez temprana, especialmente en poblaciones vulnerables (Sánchez, 2017; Sandoval, 2019).

Conductas compensatorias

Las conductas compensatorias son acciones realizadas con la intención de contrarrestar la ingesta de alimentos y evitar el aumento de peso. Estas prácticas, comunes en personas con trastornos de la conducta alimentaria, pueden incluir el vómito autoinducido, el uso excesivo de laxantes y diuréticos, el ejercicio físico extremo, el ayuno prolongado y la práctica de masticar y escupir alimentos sin ingerirlos (Herpertz, 2017; Miller et al., 2011).

El vómito autoinducido es una de las formas más frecuentes de compensación, en la que la persona provoca el vómito después de comer para eliminar los alimentos ingeridos. Esta práctica puede generar graves consecuencias para la salud, como desequilibrios electrolíticos, daño en el esófago y erosión del esmalte dental. De manera similar, el uso indebido de laxantes y diuréticos con la creencia errónea de que ayudan a perder peso puede llevar a problemas digestivos y deshidratación severa. Por otro lado, el ejercicio físico excesivo es otra conducta compensatoria frecuente, caracterizada por una actividad física compulsiva y prolongada, muchas veces realizada como respuesta a episodios de atracón o sentimientos de culpa tras la ingesta de ciertos alimentos (Robinson et al., 2017).

El ayuno prolongado es otra estrategia compensatoria en la que la persona se abstiene de ingerir alimentos durante largos períodos para equilibrar lo que percibe como un exceso en su alimentación. Esta práctica puede generar deficiencias nutricionales graves, afectar el metabolismo y aumentar el riesgo de trastornos metabólicos. Asimismo, algunas personas optan por masticar y escupir alimentos sin tragarlos, buscando disfrutar del sabor sin consumir las

calorías, lo que puede contribuir a un patrón alimentario desordenado y reforzar la obsesión por el control del peso (Miller et al., 2011).

Las consecuencias de estas conductas no solo afectan la salud física, sino también el bienestar emocional y psicológico de quienes las practican. La presencia de múltiples conductas compensatorias suele estar relacionada con una baja autoestima, ansiedad elevada y una percepción distorsionada de la imagen corporal. Estudios recientes han señalado que la intervención temprana y un tratamiento adecuado pueden ayudar a reducir estos comportamientos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser una de las estrategias más eficaces, ya que permite identificar y modificar los pensamientos disfuncionales relacionados con la alimentación y la imagen corporal, además de enseñar alternativas más saludables para manejar la ansiedad y la culpa (Herpertz, 2017).

Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar en el cual una persona es capaz de manejar el estrés cotidiano, trabajar de manera productiva y contribuir activamente a su comunidad. Este concepto abarca tanto el equilibrio emocional y psicológico como la capacidad de adaptación ante circunstancias adversas (Schorr y Miller, 2017). Una salud mental óptima no solo implica la ausencia de trastornos mentales, sino también la presencia de habilidades que permiten gestionar las emociones, mantener relaciones saludables y tomar decisiones adecuadas en la vida diaria.

Diversos factores pueden influir en la salud mental de un individuo, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En términos biológicos, se ha identificado una predisposición genética en algunas condiciones psiquiátricas, como la anorexia nerviosa, donde estudios recientes han señalado la existencia de loci genéticos que afectan tanto el riesgo de desarrollar el trastorno como la variación del índice de masa corporal (Hinney et al., 2017). Estos hallazgos

refuerzan la comprensión de la salud mental desde un enfoque multidimensional, en el que las influencias genéticas interactúan con el entorno y las experiencias de vida.

Además, el manejo adecuado de la salud mental requiere estrategias de intervención que fomenten la resiliencia y el bienestar. Las terapias psicológicas, el apoyo social y los programas de promoción de la salud mental en comunidades y entornos laborales han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir el desarrollo de trastornos mentales (Schorr y Miller, 2017).

Guía de práctica clínica (GPC)

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos basados en la evidencia científica que ofrecen recomendaciones sistemáticas para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Estas guías son desarrolladas por expertos en diferentes áreas de la salud y buscan estandarizar la atención médica, garantizando intervenciones eficaces y seguras para los pacientes (Herpertz, 2017).

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, las GPC han sido fundamentales para establecer enfoques terapéuticos basados en la evidencia. Por ejemplo, en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa, se ha recomendado el uso del tratamiento basado en la familia (FBT, por sus siglas en inglés) como una de las estrategias más eficaces, ya que involucra activamente a los padres en la recuperación del paciente, promoviendo cambios en la dinámica familiar para mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas (Rienecke, 2017).

Además, las GPC incluyen directrices sobre la detección temprana y el abordaje interdisciplinario, permitiendo que diferentes profesionales de la salud, como médicos,

psicólogos y nutricionistas, trabajen en conjunto para ofrecer un manejo integral de los trastornos alimentarios y otras condiciones de salud.

Psicoeducación

La psicoeducación es una estrategia terapéutica que busca proporcionar información clara y accesible tanto a los pacientes como a sus familias sobre una condición de salud, su tratamiento y las mejores formas de afrontarla. Al integrar elementos educativos y psicológicos, esta herramienta contribuye a una mayor comprensión de la enfermedad, favorece la adherencia a los tratamientos y ayuda a reducir el impacto emocional que pueda generar en el entorno del paciente (Bodai & Tusso, 2015).

Esta estrategia también promueve el desarrollo de habilidades que permiten a los individuos gestionar sus emociones y tomar decisiones informadas respecto a su bienestar. Su aplicación en diferentes ámbitos, como la educación y la atención en salud mental, ha demostrado resultados positivos en la mejora de la calidad de vida y la prevención de recaídas en diversas patologías (Bucheró & Planche, 2020).

Dentro del tratamiento de enfermedades mentales y crónicas, la psicoeducación facilita el diálogo entre los profesionales de la salud y los pacientes, brindando herramientas que fortalecen la autonomía y el autocuidado en el manejo de su condición.

Propósito

La presente guía clínica tiene como propósito proveer un documento de referencia basado en la evidencia para la intervención de la anorexia nerviosa en adolescentes dentro de hospitales de baja complejidad en Colombia. De esta manera, su objetivo es sistematizar el procedimiento para el abordaje de esta condición, permitiendo una atención adecuada y accesible en estos entornos de salud específicos.

Se destaca que este tipo de institución cuenta con una capacidad limitada en cuanto a recursos especializados en salud mental, y suele atender pacientes de niveles socioeconómicos bajos y medios; en ocasiones, en lugares donde el acceso a servicios especializados en salud mental son restringidos. El equipo de atención de estos hospitales está generalmente conformado por personal médico general, enfermería, nutrición y psicólogo. Igualmente, la rotación rápida de pacientes, los tiempos de estancia cortos y la carga asistencial limitan la posibilidad de intervenciones extensas.

De esta forma, esta guía está dirigida a profesionales en psicología o salud mental que se encuentren laborando en hospitales de baja complejidad, quienes se beneficiarán de la posibilidad de contar con un protocolo de atención que permita el manejo psicológico del trastorno. Igualmente, otros beneficiarios de esta guía son los adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa, quienes reciben atención en estos centros médicos, pues esta guía contribuirá a mejorar sus experiencias y la de sus familias, al aportar a su bienestar psicológico. Además, favorecerá a los hospitales de baja complejidad al fortalecer la capacidad de respuesta del personal de salud mental en la atención de estos casos.

Esta guía está diseñada específicamente para la intervención psicológica de la anorexia nerviosa en adolescentes que son atendidos en hospitales de baja complejidad. Su relevancia se

encuentra en la necesidad de fortalecer la respuesta de estas entidades de salud ante la anorexia nerviosa, ya que la falta de protocolos claros y recursos especializados limita la capacidad de ofrecer una atención integral y efectiva. Por lo tanto, este documento no cubre otros trastornos de la conducta alimentaria ni está destinada a ser utilizada en poblaciones adultas o en niños menores de 12 años. Además, no es aplicable en hospitales de alta complejidad que cuenten con equipos especializados en trastornos alimentarios, ni reemplaza la intervención de equipos multidisciplinarios completos en casos graves que requieran hospitalización prolongada o atención psiquiátrica especializada.

Componentes de la guía

Marco metodológico

Diseño

Una guía clínica es una recomendación diseñada para mejorar la atención que reciben los pacientes y dirigida a personas involucradas en el cuidado de la salud (Bernardi et al., 2004). Para el desarrollo de la presente guía, se realizó una revisión de alcance, la cual se usa para determinar la cobertura de la literatura sobre un tema específico, de manera que se pueda conocer cuántos estudios hay disponibles y la visión general sobre el enfoque del tema (Munn et al., 2018). Teniendo en cuenta lo anterior, esta guía es considerada secundaria, ya que se resumió, interpretó y analizó información ya presente en fuentes primarias (Villaseñor, 2008).

Población diana, colectivo/s y/o perfil de usuarios

Esta guía clínica está dirigida a psicólogos que laboran en hospitales de baja complejidad en Colombia y que, dentro de sus funciones, atiendan adolescentes con un diagnóstico o sospecha de diagnóstico de anorexia nerviosa. Se asume que los profesionales que utilicen la guía cuentan con conocimientos básicos sobre los trastornos alimentarios, especialmente la anorexia nerviosa, y sus criterios diagnósticos.

Internamente, la población a quien está enfocada esta guía clínica son adolescentes entre 12 y 18 años, con un diagnóstico de anorexia nerviosa o sospecha de este, y que se encuentren hospitalizados en un hospital de baja complejidad en Colombia.

Diseñadores de la guía/protocolo

Esta guía está diseñada por el presente autor, psicólogo y aspirante a grado como especialista en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), seccional

Bucaramanga; con experiencia en intervención psicológica en adolescentes y adultos en entornos clínicos y hospitalarios.

Criterios para la selección de los materiales

Se tuvieron en cuenta artículos científicos de revistas indexadas para la selección de los materiales. Para esto, se llevó a cabo una búsqueda de literatura en las bases de datos académicas PubMed y SciELO durante los meses de enero, febrero y marzo de 2025.

Se buscaron artículos en los que la población fueran adolescentes entre 12 y 18 años, enfocados en intervenciones psicológicas o terapéuticas. No se tuvo en cuenta la temporalidad para la selección de los artículos. Por otro lado, los artículos excluidos fueron aquellos dirigidos a poblaciones diferentes a adolescentes, que estuvieran en idiomas distintos al español e inglés, y aquellos que se centraban en intervenciones no relacionadas a lo psicológico.

Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda en las bases de datos, se utilizaron términos de búsqueda Medical Sub-Headings [MeSH] y Descriptores en Ciencias de la Salud [DeCS]. Los MeSH, en inglés, fueron: Anorexia Nervosa, Adolescent, Psychotherapy, Psychological Intervention, Cognitive Behavioral Therapy, Mental Health Services, Hospitals, Hospitalization, y, Treatment Outcome. En español, los DeCS fueron Anorexia Nervosa, Adolescente, Intervención psicológica, Hospitales.

Esta búsqueda se basó en responder a la pregunta: “¿Cuáles son las estrategias de intervención psicológica más efectivas para el manejo de la anorexia nerviosa en adolescentes en hospitales de baja complejidad?”

Pubmed. Para esta base de datos, se usó la siguiente ecuación de búsqueda: ("Anorexia Nervosa") AND ("Adolescent") AND ("Psychotherapy" OR "Psychological Intervention" OR

"Cognitive Behavioral Therapy") AND ("Mental Health Services" OR "Hospitals" OR "Hospitalization") AND ("Treatment Outcome").

Como resultado de la búsqueda, se encontraron 41 documentos, de los cuales 8 cumplieron con los criterios de inclusión.

Se destaca que dos de los estudios incluidos son artículos de revisión (Herpertz-Dahlmann, 2021; Quadflieg et al., 2023) que tratan el tema de anorexia en general, pero con apartados enfocados en adolescentes.

SciELO. Se utilizaron las palabras Anorexia Nervosa, Anorexia Nerviosa, Adolescente, Hospitalización. Se filtró por área temática Psicología y Psiquiatría. Se encontraron 11 artículos, de los cuales 0 cumplieron con los criterios de inclusión.

Resumen de materiales incluidos

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, y después de la búsqueda en las bases y su revisión según los criterios de inclusión, se tiene un total de 8 artículos incluidos. Estos artículos se describen a continuación.

Tabla 1

Materiales incluidos para el desarrollo de esta guía de Intervención Psicológica

No.	Referencia	Tipo	Contenido destacado
1	Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. <i>Nutrients</i> , 13(4), 1265. doi:10.3390/nu13041265	Artículo de revisión	Terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E) Terapia basada en la familia (FBT, siglas en inglés)
2	Quadflieg, N., Naab, S., Schlegl, S., Bauman, T., & Voderholzer, U. (2023). Inpatient Treatment Outcome in a Large Sample of Adolescents with Anorexia Nervosa. <i>Nutrients</i> , 15(19), 4247. https://doi.org/10.3390/nu15194247	Artículo original	Terapia cognitivo conductual multimodal específica (TCC-E) Sesiones individuales y grupales.

No.	Referencia	Tipo	Contenido destacado
			Análisis conductual y funcional, manejo de emociones y necesidades, prevención de recaídas, aceptación del propio cuerpo y psicoeducación.
3	Crevits, L., Silva, C., & Bat-Pitault, F. (2024). Preliminary study: cognitive behavioural therapy for insomnia in adolescents with anorexia nervosa. <i>Eating and weight disorders, EWD</i> , 29(1), 3. doi:10.1007/s40519-023-01634-4	Artículo original	Terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I/TCC-I)
4	Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., & Voderholzer, U. (2015). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome. <i>European Eating Disorders Review</i> , 24(3), 214–222. doi:10.1002/erv.2416	Artículo original	<p>Terapia cognitivo conductual (TCC)</p> <p>Intervenciones individuales y grupales</p> <p>Psicoeducación, el análisis conductual y funcional, aceptación del propio cuerpo, el manejo de las emociones y necesidades, y la prevención de recaídas.</p> <p>Otros: entrenamiento en habilidades sociales, arteterapia, formación culinaria y terapia deportiva.</p>
5	Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Seifert, K., Pfeiffer, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2009). Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> , 18(11), 701–704. doi:10.1007/s00787-009-0024-9	Artículo original	<p>Terapia cognitivo-conductual (TCC)</p> <p>Terapia individual, y grupal. Trabajo con la imagen corporal, arte, terapia familiar y educación nutricional.</p>

No.	Referencia	Tipo	Contenido destacado
6	Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., Jo, B., & Kraemer, H. C. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 50(2), 85–92. doi:10.1016/j.brat.2011.11.003	Artículo original	Terapia basada en la familia (FBT) Terapia individual centrada en el adolescente (AFT).
7	Van Huysse, J. L., Prohaska, N., Miller, C., Jary, J., Sturza, J., Etsell, K., & Bravender, T. (2023). Adolescent eating disorder treatment outcomes of an in-person partial hospital program versus a virtual intensive outpatient program. <i>The International journal of eating disorders</i> , 56(1), 192–202. https://doi.org/10.1002/eat.23866	Artículo original	Programa intensivo ambulatorio virtual (vIOP) Programa parcial hospitalario presencial (PHP) Ambos contruidos con base en FBT
8	Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> , 191, 427–435. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036764	Artículo original	Enfoque psiquiátrico multidisciplinario con componentes cognitivos y familiares

Los ocho artículos incluidos evalúan la eficacia de diferentes tratamientos para la anorexia nerviosa en adolescentes. El primer artículo es una revisión realizada por Herpertz-Dahlmann (2021), quien analiza tratamientos intensivos como la hospitalización completa (IP),

el tratamiento de día (DP) y el tratamiento domiciliario (HoT), destacando intervenciones como la terapia cognitivo-conductual mejorada (CBT-E) y la terapia basada en la familia (FBT), dependiendo del contexto clínico y el nivel de atención. El segundo artículo (Quadflieg et al., 2023) evalúa los resultados del tratamiento en una muestra de 962 adolescentes hospitalizados en una unidad especializada en trastornos alimentarios. El tratamiento incluyó terapia cognitivo conductual multimodal específica para el trastorno (CBT-E), con sesiones individuales y grupales, y con la participación de cuidadores en llamadas y terapias familiares. Los resultados mostraron mejoras significativas en la sintomatología de la AN y la psicopatología general.

El tercer artículo (Crevits et al., 2024) utiliza la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I/TCC-I) en adolescentes con anorexia nerviosa. Y aunque no se observaron cambios en los síntomas de AN, hubo mejoras significativas en los parámetros del sueño y el bienestar físico, resaltando la importancia de abordar las comorbilidades. En el cuarto artículo, (Schlegl et al., 2016), se lleva a cabo un estudio con 238 adolescentes internados, evaluando cambios clínicamente significativos en síntomas de trastornos alimentarios y predictores de éxito terapéutico, mediante un enfoque multidisciplinario basado en la TCC, que incluyó trabajo sobre la insatisfacción corporal, síntomas depresivos y motivación al cambio.

El quinto estudio (Salbach-Andrae et al., 2009) se enfoca en los resultados a corto plazo de 57 adolescentes tras una hospitalización especializada. El tratamiento estuvo basado en la terapia cognitivo-conductual, e incluyó terapia individual, trabajo con la imagen corporal, arte, terapia familiar y educación nutricional. El sexto artículo, (Le Grange et al., 2012), es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico que compara dos tratamientos ambulatorios: la terapia basada en la familia (FBT) y la terapia individual centrada en el adolescente (AFT), para identificar moderadores y mediadores de remisión; encontrando una a FBT.

El séptimo artículo, (Van Huysse et al., 2023) compara los resultados de un programa intensivo ambulatorio virtual (vIOP) con un programa parcial hospitalario presencial (PHP) en adolescentes con AN. No se encontraron diferencias significativas en la recuperación del peso ni en las tasas de hospitalización, lo que respalda la viabilidad del tratamiento virtual. Finalmente, el octavo artículo (Gowers et al., 2007) presenta un ensayo clínico aleatorizado (RCT) que compara tres niveles de atención en Reino Unido: tratamiento hospitalario, tratamiento ambulatorio especializado y tratamiento ambulatorio general en servicios de salud mental infantil y adolescente. La intervención no fue manualizada, pero se realizó con un enfoque psiquiátrico multidisciplinario con componentes cognitivos y familiares, y se observó que los pacientes derivados a hospitalización tras fallar en ambulatorio tuvieron los peores resultados.

Propuesta de intervención

Según lo anterior, se propone una intervención de 6 sesiones, cada una de una hora, teniendo en cuenta que se realiza a adolescentes hospitalizados con diagnóstico de anorexia nerviosa. Esta propuesta se basa en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y elementos de la terapia basada en la familia, reconocidas por su eficacia según la literatura. Además, se propone una sesión de seguimiento posterior al alta hospitalaria, con el fin de monitorear el proceso terapéutico, reforzar avances y ajustar estrategias si es necesario.

A continuación, se presenta la propuesta de intervención en cada una de las sesiones, estructurándose la intervención de la siguiente forma:

Sesión 1

Esta es la primera sesión realizada con el adolescente, quien, de acuerdo a las dinámicas de hospitalización, usualmente ya cuenta con el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Objetivo general. Realizar una evaluación clínica inicial que permita identificar síntomas clave, historia de enfermedad, antecedentes personales y familiares, así como percepciones corporales distorsionadas asociadas a la anorexia nerviosa.

Objetivos específicos. Establecer la alianza terapéutica que favorezca la continuidad del proceso al generar un espacio seguro y de confianza para el adolescente. Iniciar el proceso de caracterización clínica y contextual del caso. Evaluar presencia y severidad de síntomas alimentarios restrictivos y distorsiones cognitivas.

Procedimiento: Se inicia el encuentro mediante la presentación del profesional en psicología y la explicación de su rol dentro del equipo hospitalario. Se hace una breve introducción sobre el objetivo de las sesiones y el propósito del encuentro actual. En caso de no realizarse antes, hacer entrega y lectura guiada del consentimiento informado (para mayores de 14 años) y asentimiento informado (si es menor de edad), para su firma. Durante esta sesión, es importante que el psicólogo muestre apertura, calidez, empatía y neutralidad.

Se debe continuar con la entrevista clínica semiestructurada, de forma que se permita explorar:

- Motivo de consulta relatado por el adolescente (igualmente se debe contrastar con el del equipo médico), esto se puede hacer a través de preguntas como: ¿Por qué estás aquí hoy? ¿Quién tomó la decisión de que vinieras? ¿Cómo te sientes con respecto a recibir ayuda?
- Historia del síntoma alimentario: inicio, duración, frecuencia, conductas restrictivas, uso de laxantes, vómitos, ayunos, etc., con preguntas como: ¿Cuándo comenzaron los cambios en tu alimentación? ¿Qué alimentos evitas? ¿Cuántas comidas haces al día? ¿Has tenido

ayunos prolongados? ¿Con qué frecuencia? ¿Usas laxantes, te provocas el vómito o haces ejercicio en exceso? ¿Qué sientes después de comer?

- Sus creencias respecto a su imagen corporal: pensamientos, emociones, conductas frente al cuerpo, incluyendo preguntas como: ¿Cómo te sientes con tu cuerpo? ¿Qué cosas de tu cuerpo te generan más malestar? ¿Te comparas con otras personas? ¿Qué piensas cuando lo haces? ¿Qué sientes al verte en el espejo? ¿Qué cosas has dejado de hacer por cómo te sientes con tu cuerpo?
- Historia familiar: dinámicas familiares, antecedentes de trastornos alimentarios o salud mental, se puede incluir preguntas como: ¿Cómo te llevas con tu familia? ¿Cómo resuelven los conflictos? ¿Cómo reaccionaron tus familiares al notar los cambios? ¿Cómo muestra apoyo tu familia?
- Escolaridad, redes de apoyo, áreas afectadas por el síntoma, con preguntas como: ¿Cómo te va en el colegio? ¿Qué dicen tus amigos sobre cómo te sientes? ¿Tienes alguien de confianza con quien hablar? ¿Qué aspectos de tu vida se han visto afectados?
- Historia médica y antecedentes nutricionales (en articulación con el equipo de salud).

Posteriormente, se puede hacer la aplicación del EDI-II (Garner, 1998 citado en Nicholls, 2004) (Anexo A), el cual es un cuestionario autoadministrado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Se debe explicar que no es una prueba “con resultados buenos o malos”, sino un insumo para comprender cómo se siente la persona. La aplicación de este test queda a discreción de los profesionales; cuenta con 91 ítems y puede distribuirse en dos sesiones.

Después, se realiza una actividad proyectiva, relacionada al dibujo de la silueta corporal. Para esto, se solicita al adolescente que dibuje una silueta que represente cómo se ve actualmente

y luego cómo quisiera verse. La idea detrás de esta actividad es poder explorar verbalmente lo que representa cada dibujo para el adolescente, cómo se siente al respecto, y qué emociones surgen. De esta manera, se inicia el proceso de comprender la autoimagen, percepción corporal y exigencias personales.

Para el cierre de la sesión, se agradece la participación del adolescente, validando la importancia de su disposición para hablar de temas difíciles, y reforzando que el espacio terapéutico es seguro y que su proceso será acompañado con respeto.

Algunas consideraciones para esta primera etapa pueden relacionarse con que algunos adolescentes presenten negación del síntoma o minimización del riesgo, por lo que se recomienda validar emociones sin confrontar directamente las creencias rígidas. Igualmente, no forzar la verbalización de contenidos si el adolescente no se siente preparado. Es importante observar signos de riesgo inmediato, como ideación suicida, conductas purgativas activas, o signos clínicos de desnutrición severa, que puedan requerir remisión o alerta al equipo médico. Igualmente, coordinar con el equipo interdisciplinario presente (médico, enfermería) para un abordaje integral.

Esta sesión se apoya principalmente en los estudios de Schlegl et al. (2015) y Quadflieg et al. (2023), que destacan la importancia de una evaluación inicial integral incluyendo historia del síntoma, análisis funcional y evaluación emocional. La herramienta EDI-II tiene soporte en la evaluación inicial propuesta por Herpertz-Dahlmann (2021), Quadflieg et al. (2023), Salbach-Andrae et al. (2009), y Schlegl et al. (2015), quienes incluyen el trabajo con la imagen corporal desde el comienzo del tratamiento.

Sesión 2

En la segunda sesión, se trabajará en psicoeducación sobre la anorexia nerviosa.

Objetivo general. Psicoeducar al adolescente sobre la anorexia nerviosa.

Objetivos específicos. Promover una actitud reflexiva y crítica frente a creencias sobre la anorexia. Reconocer el trastorno como una condición de salud mental tratable. Fomentar la comprensión, el interés y la participación activa del adolescente en el proceso terapéutico.

Procedimiento. Para esta sesión, se inicia con el saludo y el encuadre, recordando el propósito del espacio como seguro y confidencial. Se hace una breve revisión de la sesión anterior (si es posible). Se puede iniciar indagando sobre los conocimientos del paciente con preguntas sobre la anorexia nerviosa, como ¿Qué palabra se te viene a la mente cuando escuchas anorexia?

Se continúa con un conversatorio sobre este tema, con el objetivo de poder comprender los mitos y realidades sobre la anorexia nerviosa. Para esto, se puede presentar carteles o tarjetas con afirmaciones sobre la anorexia para que el paciente diga si cree que es verdadero o falso.

Ejemplos:

- La anorexia solo afecta a mujeres.
- Las personas con anorexia solo quieren llamar la atención.

Es fácil dejar de tener anorexia si uno quiere. La anorexia puede causar daño al corazón y al cerebro.

Ante cada afirmación, se considera conveniente iniciar un breve diálogo, haciendo preguntas como: ¿Has escuchado eso antes? ¿Qué opinas? ¿Cómo crees que afecta esa idea a quienes viven con esto?

Posteriormente, se promueve una actividad reflexiva que permita indagar sobre los conocimientos de la anorexia nerviosa que tenga el paciente. Para esto, se puede realizar una actividad en la que se le entrega al adolescente una hoja con la consigna “Escribe o dibuja tres

cosas que hayas escuchado sobre la anorexia. Luego, marca las que crees que podrían ser verdad”. Una vez se finalice, se invita a compartir.

Es importante validar todas las respuestas y psicoeducar brindando información verificada si hay creencias erróneas, igualmente, reforzar positivamente la participación y apertura. Es relevante indicar que esta actividad se puede hacer a través de la conversación. Sin embargo, en caso de que haya varios adolescentes con anorexia nerviosa, se puede considerar la posibilidad de hacerlo en grupo.

Para cerrar la sesión, se agradece por la apertura y participación frente al tema, a pesar de ser difícil. Se puede indicar que en la próxima vez se va a hablar sobre los pensamientos difíciles y cómo se puede empezar a trabajar con ellos.

Como notas importantes para esta sesión, se menciona que se espera que la facilitación del aprendizaje sea desde una postura empática, detectando reacciones emocionales significativas frente a ciertos temas (vergüenza, miedo, tristeza, etc.) y abordarlas con contención. Se debe observar si hay resistencia, rechazo o trivialización de la información, lo cual puede indicar una negación o falta de conciencia de enfermedad. Es relevante que en esta sesión se evalúe el nivel de conciencia o insight del trastorno, como base para ajustar las siguientes sesiones. Por otro lado, es importante que los contenidos se ajusten según el nivel cognitivo, emocional y escolar del adolescente; evitar el uso de imágenes impactantes o descripciones crudas de los efectos de la anorexia, y enfatizar en lo emocional y relacional del trastorno, no solo en lo físico.

La psicoeducación como estrategia en el proceso terapéutico se fundamenta en Herpertz-Dahlmann (2021), quienes resaltan la necesidad de informar al adolescente sobre la naturaleza del trastorno para fomentar adherencia al tratamiento. Igualmente, la importancia de la

psicoeducación es mencionada en Crevits et al., (2023), Salbach-Andrae et al. (2009), Schlegl et al., (2015), Van Huysse et al., (2022).

Sesión 3

En esta sesión, se trabaja sobre Reestructuración cognitiva – Identificación y cuestionamiento de pensamientos distorsionados.

Objetivo general. Cuestionar los pensamientos disfuncionales relacionados con el cuerpo, la comida y la autoestima, utilizando herramientas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptadas al nivel de desarrollo del adolescente.

Objetivos específicos. Explorar los pensamientos automáticos que refuerzan la anorexia nerviosa. Comprender la relación entre pensamiento – emoción – conducta. Introducir técnicas de reestructuración cognitiva.

Procedimiento. Se da inicio del encuentro, promoviendo la conexión emocional y encuadre. Se puede hacer un breve repaso de la sesión anterior, preguntando “¿Algo que hayas pensado en estos días sobre lo que hablamos?”. Se hace la presentación de lo que se va a abordar en sesión, mencionando que se va a hablar de “los pensamientos que a veces aparecen sin darnos cuenta y pueden hacernos sentir mal con nuestro cuerpo al comer”.

A continuación, se continúa con un registro de pensamientos automáticos. Para esto se le entrega al adolescente una hoja con la siguiente estructura: Situación (¿Qué pasó?) - Emoción (¿Cómo te sentiste?) - Pensamiento automático (¿Qué pensaste?) - Intensidad emocional (0-10).

Para completar el registro, se puede indicar el siguiente ejemplo: “Imagina que vas a comer algo que normalmente evitas. ¿Qué pasa por tu cabeza en ese momento? ¿Qué te dices a ti mismo? ¿Y cómo te sientes?”. Para esto, se puede partir de situaciones vividas en la

hospitalización (como, hora de comida, pesaje, verse al espejo). El psicólogo puede ayudar al adolescente con ejemplos durante el inicio del ejercicio, si este último lo permite.

Posteriormente, se da el cuestionamiento de las creencias disfuncionales introduciendo la Técnica del diálogo socrático. Se elige uno de los pensamientos automáticos del registro (ej.: “Si como, voy a engordar y nadie me querrá”), y se guía el análisis con preguntas reflexivas, como: ¿Siempre ha pasado eso? ¿Qué evidencia tienes de que eso es 100% cierto? ¿Cómo lo vería alguien que te quiere? ¿Qué le dirías a un amigo si él pensara eso?

Para este ejercicio, es importante evitar frases como “eso no es verdad” o “eso está mal”. Se debe validar el pensamiento como algo percibido de manera subjetiva, pero promoviendo el cuestionamiento desde la curiosidad.

Después de este ejercicio, se puede aplicar una respuesta ante la voz crítica, brindando una respuesta desde la voz racional. Se explica que todos tenemos una “voz crítica” que a veces dice cosas duras, pero que también podemos tener una “voz racional” o de autocuidado. Para esto se puede indicar al adolescente que represente ambas voces en una conversación imaginaria.

Ejemplo:

- Voz crítica: Comiste mucho hoy.
- Voz racional: Mi cuerpo necesita energía. No he hecho nada malo.

Se hace el cierre de la sesión, indicando que se trabajó en el reconocimiento de lo que sentimos, y en iniciar el camino de responder con calma y cuidado ante la voz interna que a veces ataca. Se puede indicar que en la próxima sesión se trabajara sobre las emociones que acompañan a los pensamientos.

Por otro lado, se destacan algunas consideraciones clínicas importantes. Es relevante para el psicólogo reconocer que muchas creencias están arraigadas profundamente y no van a cambiar

en una sesión; no obstante, se debe facilitar la expresión emocional sin invalidar, destacando el esfuerzo del adolescente al compartir pensamientos íntimos, y sembrando dudas constructivas sobre los pensamientos. Igualmente, si el adolescente se muestra evasivo o defensivo, se puede trabajar desde ejemplos generales antes de pasar a vivencias personales.

El uso de técnicas de reestructuración cognitiva está basado en los enfoques cognitivo-conductuales presentados por Schlegl et al. (2015) y Quadflieg et al. (2023), que proponen el análisis de pensamientos automáticos y creencias disfuncionales como parte central de la intervención. Asimismo, se menciona en Crevits et al., (2023).

Sesión 4

En esta sesión, se trabaja sobre regulación emocional y manejo de ansiedad.

Objetivo general. Fortalecer habilidades de autorregulación emocional, especialmente frente a situaciones que generan angustia relacionada con la comida, la imagen corporal y el tratamiento.

Objetivos específicos. Reconocer y nombrar las emociones frecuentes en la experiencia de la anorexia nerviosa. Aprender y practicar técnicas básicas de regulación emocional. Identificar estrategias personales de afrontamiento saludables.

Procedimiento: Se da inicio a la sesión con una pregunta tipo check-in emocional (“¿Con qué emoción estás hoy?”), para introducir el objetivo, mencionando que se trabajará sobre las emociones para entenderlas y encontrar maneras de sentirnos mejor cuando nos desbordan, no para ignorarlas.

A continuación, se busca explorar las emociones con un ejercicio de identificación y validación emocional, para esto se entrega una serie de tarjetas con palabras o imágenes de emociones (tristeza, miedo, rabia, culpa, alegría, frustración, etc). Se pregunta al consultante:

¿Cuáles de estas emociones aparecen con más frecuencia cuando estás frente a la comida, cuando te miras al espejo o cuando piensas en subir de peso? Luego se pregunta: ¿Qué haces normalmente cuando sientes esas emociones? ¿Qué te ayuda? ¿Qué no?

Posteriormente, se psicoeduca sobre técnicas de regulación emocional como respiración y relajación. Para esto, se enseña una técnica simple de respiración diafragmática guiada, indicando: *Inhala profundamente por la nariz por 4 segundos, reten el aire por 2 segundos, y exhala lentamente por la boca por 6 segundos*. Se practica la respiración de manera conjunta, con los ojos cerrados. Se puede acompañar con música suave o sonidos de la naturaleza.

Luego de esto, se introduce una relajación muscular progresiva. Se guía al adolescente a tensar y relajar grupos musculares (manos, hombros, rostro) mientras respira. Se refuerza que estas técnicas pueden usarse antes o después de una comida, en momentos de ansiedad o antes de dormir.

Después, se trabaja sobre la creación de estrategias personalizadas para el manejo emocional, construyendo un listado de cosas que pueden generar calma en momentos de ansiedad. Para esto, se puede entregar una hoja con el título “*Cosas que puedo hacer cuando me siento muy mal*”. Y se invita al paciente a escribir o dibujar al menos 4 estrategias que haya usado o que desee probar para calmarse o distraerse en momentos difíciles. Algunos ejemplos de esto pueden ser: Escribir en un diario, escuchar música, respirar profundo, hablar con alguien, hacer dibujos o colorear, usar una prenda suave o peluche.

En caso de contar con materiales como cartulina o una caja física, se puede añadir a este ejercicio el decorar una caja pequeña donde guarde sus recursos emocionales, dibujos, frases, etc.

Finalmente, se da cierre a la sesión. Indicar que las emociones se manejan, y que hay estrategias, como las realizadas, que permiten sentir un poco más en calma cuando las emociones se hacen muy fuertes.

Dentro de los aspectos a destacar, se resalta la idea de acompañar el proceso de reconocimiento emocional sin forzar verbalizaciones intensas, normalizando la presencia de emociones difíciles y reforzando los intentos del adolescente en expresarse. Igualmente, se debe reconocer si hay emociones que requieren un abordaje adicional (ej. ideación suicida, desesperanza intensa). Por otro lado, es importante ajustar el ritmo de la sesión según el estado físico o emocional del adolescente ese día, y evaluar sus respuestas ante las técnicas de relajación para uso en futuras sesiones.

Esta sesión integra técnicas descritas por Schlegl et al. (2015), que incluyen el manejo de emociones como parte de la TCC. Además, Crevits et al. (2024) introduce la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I) como estrategia útil para reducir malestar emocional asociado al sueño y la ansiedad, lo cual se retoma indirectamente en esta sesión al enseñar técnicas de relajación y regulación emocional aplicables en contextos de estrés.

Sesión 5

En la sesión 5, se realiza una sesión familiar. Se inicia la sesión con familiares, en la que se realiza psicoeducación. Posteriormente, el adolescente se une a la sesión.

Objetivo general. Involucrar activamente a la familia en el proceso de recuperación del adolescente con anorexia nerviosa.

Objetivos específicos. Psicoeducar a la familia sobre su rol activo en la recuperación del adolescente con anorexia nerviosa. Mejorar la comunicación emocional entre el paciente y sus

cuidadores principales. Favorecer un ambiente familiar contenedor y no crítico. Establecer un plan conjunto de apoyo para el momento del alta y la transición al hogar.

Procedimiento. Se da inicio a la sesión con los padres o familiares acompañando el proceso. Se confirma el propósito de la sesión, indicando que es sobre cómo apoyar la recuperación.

Se da psicoeducación adaptada a la familia sobre la anorexia nerviosa, indicando que es una enfermedad seria y no una "fase" o una elección. Se trabaja sobre la importancia del rol de la familia: ustedes no causaron esto, pero son clave para ayudar a salir; y sobre las posibles cuestiones que pueden dificultar la recuperación: críticas, presión por “comer ya”, minimizar emociones, mensajes contradictorios sobre el cuerpo, etc.

Posteriormente, el adolescente se une a sesión, y se trabaja sobre lo que ayuda y no ayuda en el proceso. Para esto, se tienen tarjetas o papelitos divididos en dos columnas: “Me ayuda cuando...” / “No me ayuda cuando...”. Cada persona (tanto el adolescente como los cuidadores) escribirá o dirá 2-3 frases bajo cada columna. Después, se lee en voz alta con guía del terapeuta. Se facilita la reflexión sin culpabilizar. Ejemplos:

“Me ayuda cuando me preguntan cómo me siento en vez de cuánto he comido”.

“No me ayuda cuando me comparan con otras personas”.

Después de esto, se construye con el grupo un plan concreto de apoyo en casa, con acuerdos breves y claros: ¿Quién va a acompañar las comidas? ¿Qué actitud se espera? ¿Qué hacer si el adolescente se angustia o rechaza la comida? ¿Cómo reforzaremos pequeños logros? ¿Cómo se identificarán señales de recaída? ¿Qué recursos de apoyo están disponibles? Ejemplo:

- Situación: Hora de comida
- Qué haremos como familia: Mamá estará presente, sin presión ni crítica

- Qué necesita el adolescente: Apoyo verbal suave y compañía

Este plan se puede poner por escrito.

Luego, se realiza un cierre emocional a través de un ejercicio en que se mencionan tres cosas que se desea que el otro sepa. Cada persona puede compartir tres mensajes, por ejemplo: “Quiero que sepas que estoy tratando”, “Quiero que sepas que te quiero, aunque no siempre sé cómo ayudarte”

Finalmente, se da el cierre de la sesión. Es relevante validar los esfuerzos y enfatizar la importancia del trabajo en equipo. Recordar que no están solos, y que el proceso es de paciencia, constancia y compasión.

Algunas consideraciones clínicas para esta sesión son no desplazar ni infantilizar al adolescente, evitar hablar de él o ella como si no estuviera, evitar la culpabilización de la familia creando un clima de respeto y confianza. Igualmente, adaptar el lenguaje y los conceptos a los cuidadores, con ejemplos cotidianos y visuales. Asimismo, esta es la oportunidad para observar la dinámica familiar en vivo.

La inclusión de esta sesión se fundamenta en los aportes de la terapia basada en la familia (FBT) descrita en Le Grange et al. (2012) y Herpertz-Dahlmann (2021), quienes reportan la efectividad de involucrar activamente a la familia en el tratamiento. Asimismo, Van Huysse et al. (2023) refuerzan esta perspectiva mostrando que la implicación familiar tiene efectos positivos incluso en programas ambulatorios virtuales. La estructura de esta sesión fue diseñada con base en principios clave del modelo FBT.

Sesión 6

La sesión 6 es la sesión final de las sesiones principales, por lo que se trabajará sobre proyecto de vida y prevención de recaídas.

Objetivo general. Prevenir recaídas y proyectar metas personales que trasciendan el trastorno.

Objetivos específicos. Reconocer el progreso individual desde el inicio del proceso. Identificar señales personales de alerta ante una posible recaída. Construir un plan de acción ante situaciones de riesgo.

Procedimiento. Para iniciar la sesión, se hace una breve recapitulación sobre lo trabajado en las sesiones anteriores, mencionando que es una oportunidad para reconocer lo vivido, lo aprendido y lo que sueñas. Se realiza una dinámica breve en la que el adolescente menciona 3 cosas que aprendió sobre sí mismo en este proceso.

Posteriormente, se construye una línea del tiempo personal en búsqueda de integrar la vivencia personal y resignificar su experiencia. Esto se puede realizar en cartulina, entregando colores al consultante. Se indica que debe dibujar una línea horizontal con tres secciones:

- **Ayer:** ¿Qué pasaba antes de llegar aquí? (situaciones difíciles, emociones, pensamientos).
- **Hoy:** ¿Qué he aprendido o cambiado? (logros, descubrimientos, herramientas).
- **Mañana:** ¿Qué me gustaría alcanzar? (metas realistas, sueños, personas de apoyo).

Este ejercicio se puede acompañar con preguntas guía cómo: ¿Qué te motivó a empezar este proceso? ¿Qué te gustaría decirle a tu yo del pasado? ¿Cómo quieres que sea tu yo del futuro?

Posteriormente, se trabaja sobre un plan de prevención de recaídas y plan de acción. Se inicia identificando señales tempranas de recaída y diseñando estrategias de afrontamiento. Para esto, se puede trabajar a través de un semáforo de alerta:

- **Rojo:** Señales claras de recaída (aislamiento, control extremo de comida, pensamientos autocríticos intensos).
- **Amarillo:** Señales tempranas (dificultad con la imagen corporal, evasión de comidas).
- **Verde:** Acciones de autocuidado y protección (hablar con alguien, usar técnicas aprendidas, pedir ayuda).

Igualmente, se hace una elaboración de un plan de acción personal, respondiendo a las preguntas: ¿Qué debo hacer si me siento mal?, ¿A quién puedo acudir?, y, ¿Qué cosas me recuerdan mi valor?

Se realiza un ritual simbólico de cierre, mediante una carta al “yo del futuro”. Se da la instrucción de escribir una carta a sí mismo dentro de 6 meses. Para guiar este ejercicio se pueden usar las preguntas: ¿Qué deseas recordarte cuando te sientas inseguro? ¿Qué estás construyendo hoy para tu futuro? La carta se guarda en un sobre decorado, y la idea es que se abra en una fecha especial o cuando necesite motivación. Si en anteriores sesiones se realizó la caja, esta carta se puede guardar ahí.

Finalmente, se hace el cierre de la sesión indicando que el proceso solo fue una parte del camino. Lo que se hace hoy, lo que se piensa de sí mismo, y las decisiones que se toman, es lo que construye un futuro que vale la pena.

Dentro de las consideraciones clínicas importantes, es relevante validar el proceso como un logro significativo, incluso si hubo retrocesos, y promover el proceso, no la perfección, mencionar que recaer no es fracasar, es una señal para pedir ayuda. Asimismo, es relevante evitar promesas irreales, brindar contención y considerar apoyo clínico adicional en caso de ser necesario.

El trabajo de prevención de recaídas se inspira en Quadflieg et al. (2023) y Schlegl et al. (2015), quienes incluyen este componente en sus modelos de intervención multimodal. La construcción de planes personalizados, identificación de señales de alerta y actividades simbólicas fueron incluidas como parte de estrategias de fortalecimiento de la motivación, descritas también por Gowers et al. (2007).

Sesión de seguimiento

La sesión de seguimiento se realizaría un mes después a la dada de alta hospitalaria.

Objetivo general. Evaluar mantenimiento de avances y prevenir recaídas.

Objetivos específicos. Valorar la adaptación del adolescente fuera del contexto hospitalario. Reforzar la motivación y compromiso con el proceso de recuperación. Brindar contención emocional frente a los desafíos que persisten.

Procedimiento. Se lleva a cabo una revisión comparativa del estado actual del adolescente frente a la última sesión. Se exploran logros personales, cambios percibidos por la familia y uso de estrategias trabajadas previamente. Se utiliza una actividad proyectiva o de reflexión, se propone la redacción de una "carta a mi yo de hace un mes". A partir del análisis, se identifican nuevas metas a corto plazo orientadas al bienestar y recuperación. Finalmente, se brinda orientación sobre recursos de apoyo continuo, como posibles grupos de apoyo, seguimiento psicológico por la eps, entre otros.

Como consideraciones generales, esta sesión de seguimiento puede realizarse de forma presencial o virtual, dependiendo de la disponibilidad del adolescente y su entorno. Igualmente, se sugiere que la sesión de seguimiento sea realizada por el mismo profesional que llevó el proceso inicial para mantener la alianza terapéutica. Es recomendable mantener coordinación con el equipo tratante (como medicina) para una atención integral.

Esta sesión surge de los hallazgos de Salbach-Andrae et al. (2009), donde se evidencia la importancia del acompañamiento después del alta para garantizar la sostenibilidad del proceso terapéutico. Además, Van Huysse et al. (2023) respaldan el uso de sesiones de seguimiento, incluso en modalidad virtual, como estrategia efectiva en el monitoreo de recuperación y ajuste del plan terapéutico.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir de la revisión de literatura permitieron identificar que las intervenciones más ampliamente respaldadas por la evidencia científica para el tratamiento de los trastornos alimentarios en adolescentes son, principalmente, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Familiar Basada en la Evidencia (FBT). Ambas estrategias no se limitan únicamente al abordaje sintomático de los problemas alimentarios, sino que buscan una comprensión más integral del adolescente, reconociendo el papel determinante que desempeñan las dinámicas familiares y el entorno inmediato en la evolución y tratamiento de estos trastornos (Herpertz-Dahlmann, 2021; Schlegl et al., 2023).

Se destaca la participación activa de los padres como un factor protector, especialmente relevante considerando los cambios propios del ciclo vital del adolescente, en el que el apoyo familiar puede marcar una diferencia significativa. Esto coincide con lo planteado por Anderluh et al. (2003), quienes subrayan la influencia de ciertos rasgos de personalidad presentes en la infancia y su interacción con las relaciones familiares, como elementos clave en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Igualmente, se relaciona con lo expresado por Le Grange et al. (2012), quienes destacan que los adolescentes con mayores niveles de obsesiones alimentarias y síntomas severos obtienen mejores resultados en la FBT que en intervenciones individuales, lo cual evidencia la relevancia del entorno familiar en el pronóstico del tratamiento.

Asimismo, estudios recientes han explorado adaptaciones de la FBT y de la TCC a contextos escolares y ambulatorios en países de ingreso medio, lo cual resulta especialmente relevante para el caso colombiano. Por ejemplo, Lock et al. (2020) desarrollaron un protocolo abreviado de FBT adaptado para contextos comunitarios, demostrando que una intervención centrada en el empoderamiento de los cuidadores puede tener efectos positivos incluso con

menos sesiones. De manera similar, Couturier et al. (2015) señalan que, al disminuir la duración y aumentar la flexibilidad de las sesiones, se mejora la adherencia en adolescentes con barreras de acceso a la atención especializada. Estos hallazgos respaldan la pertinencia de adaptar modelos existentes, como se propone en la guía presentada, a entornos hospitalarios de baja complejidad con limitaciones logísticas y de personal.

Por otra parte, un aspecto poco explorado en las guías internacionales, pero abordado en esta propuesta, es la dimensión psicoeducativa dirigida a los cuidadores en relación con el diagnóstico, los síntomas y la regulación emocional. Esto se alinea con las propuestas de Treasure y Schmidt (2013), quienes desarrollaron el enfoque New Maudsley Model, una estrategia de intervención centrada en padres, que enfatiza el entrenamiento emocional, el manejo de la ansiedad parental y la comunicación empática con el adolescente. En este sentido, la presente guía contribuye a suplir vacíos metodológicos en entornos hospitalarios, al integrar componentes de capacitación emocional, estructuración de sesiones breves y ejercicios de regulación emocional tanto para el cuidador como para el paciente.

En contraste con lo anterior, gran parte de los estudios revisados se centran en intervenciones desarrolladas en hospitales altamente especializados para trastornos alimenticios, ubicados principalmente en Europa y Norteamérica (Gowers et al., 2007; Le Grange et al., 2012; Salbach-Andrae et al., 2009; Schlegl et al., 2015). Esta característica representa una limitación significativa para el contexto colombiano, ya que dichas experiencias difícilmente pueden ser replicadas de forma directa en hospitales de baja complejidad, donde los recursos son limitados y donde aún se carece de guías clínicas específicas y contextualizadas para el tratamiento de estos trastornos en población adolescente.

Si bien se reconoce el valor terapéutico de las intervenciones grupales, su implementación presenta importantes obstáculos en el contexto de hospitalización, particularmente en hospitales de baja complejidad. Factores como la escasez de personal especializado, la falta de espacios adecuados y las limitaciones de tiempo dificultan la puesta en marcha de sesiones grupales estructuradas y sostenidas. Esta realidad impide la aplicación efectiva de muchas de las recomendaciones formuladas en la literatura, revelando una brecha considerable entre la teoría y la práctica clínica en entornos con recursos limitados (Herpertz-Dahlmann, 2021; Hughes et al., 2019).

Además, se evidenció una limitada producción teórica y empírica sobre la adaptación de intervenciones en TCA a contextos latinoamericanos. Por ejemplo, el trabajo de Arroyo et al. (2022) en México propone una intervención comunitaria basada en TCC y soporte grupal para adolescentes con TCA, con resultados positivos en autoestima, adherencia alimentaria y comunicación familiar. Este tipo de modelos es escaso en Colombia, lo cual refuerza la relevancia de diseñar propuestas como la guía aquí presentada, que responde a necesidades específicas del sistema de salud local y de los cuidadores, integrando aspectos emocionales, culturales y de acompañamiento clínico desde un enfoque psicoeducativo estructurado.

También se identificó que, aunque muchos artículos reconocen la gravedad de los síntomas comórbidos (como ansiedad, depresión e ideación suicida), pocos proponen estrategias prácticas para abordarlos en escenarios clínicos limitados. Esto representa una laguna importante en la literatura, sobre todo considerando que diversos estudios señalan una alta prevalencia de sintomatología depresiva y riesgo suicida en adolescentes con anorexia nerviosa (Crevits et al., 2023; Schlegl et al., 2015). La guía propuesta aporta una respuesta a este vacío al incorporar

orientaciones para el abordaje emocional del cuidador, como parte de una estrategia de prevención secundaria y de contención inicial.

Sumado a lo anterior, el contexto psicosocial emerge como un factor crítico a considerar. Tal como lo señala Aoun et al. (2013), situaciones de estrés crónico, como el conflicto armado y otras formas de violencia, pueden constituir factores de riesgo significativos para el desarrollo de trastornos alimentarios. Esto es particularmente relevante en Colombia, donde muchas regiones enfrentan realidades marcadas por la pobreza, el desplazamiento forzado y otras formas de vulnerabilidad que afectan directamente la salud mental de los jóvenes. En este sentido, la presente guía se enmarca en un enfoque culturalmente sensible, que no solo reconoce estos factores de riesgo, sino que adapta sus contenidos a las condiciones reales del entorno hospitalario y familiar.

En cuanto a la producción académica nacional, el estudio de Arroyave (2014) proporciona un panorama útil respecto al trastorno por atracón, revelando que se trata de un problema clínico subregistrado en el país, con escasa atención diferenciada y pocas guías específicas para su abordaje. Este hallazgo pone de manifiesto una debilidad general en el desarrollo de investigaciones locales sobre trastornos alimentarios, incluyendo la anorexia nerviosa, y refuerza la necesidad urgente de generar conocimientos que respondan a las características culturales, sociales e institucionales propias del contexto colombiano.

De esta manera, se evidencia que la literatura revisada respalda la eficacia de ciertas intervenciones en TCA, como la TCC y la FBT, pero evidencia una brecha importante en cuanto a su implementación en contextos clínicos de baja complejidad. La guía desarrollada en este trabajo representa un aporte novedoso al proponer una intervención breve, adaptada culturalmente, estructurada en sesiones con enfoque psicoeducativo y emocional dirigido a

cuidadores de adolescentes hospitalizados por anorexia nerviosa, en un escenario clínico realista y funcional para el sistema de salud colombiano.

En coherencia con los hallazgos de la guía propuesta, resulta relevante destacar el trabajo desarrollado por Lock y Le Grange (2013), quienes establecieron una serie de principios fundamentales para la implementación de la Terapia Familiar Basada en la Evidencia (FBT) en adolescentes con anorexia nerviosa, resaltando su efectividad incluso en escenarios ambulatorios. Su propuesta ha sido adaptada con éxito en diversos países, lo cual evidencia su flexibilidad metodológica; sin embargo, en contextos con escasez de recursos humanos y económicos, como muchos de los hospitales de baja complejidad en Colombia, su aplicación integral se ve limitada. En este sentido, estudios como el de Madden et al. (2015) en Australia propusieron versiones abreviadas de la FBT para implementarse en servicios comunitarios, lo cual ofrece una ruta potencialmente viable para países del sur global que enfrentan limitaciones similares.

Asimismo, la literatura señala otras estrategias terapéuticas complementarias o alternativas que podrían integrarse a los escenarios de atención con recursos limitados. Por ejemplo, la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) ha demostrado efectividad en adolescentes con trastornos alimentarios y comportamientos autolesivos, al enfocarse en la regulación emocional, tolerancia al malestar y la validación del entorno (Chen et al., 2021). Este enfoque podría resultar particularmente útil en adolescentes hospitalizados con cuadros agudos, donde las comorbilidades psiquiátricas, como la ideación suicida o la ansiedad severa, son altamente prevalentes. No obstante, es importante resaltar que tampoco existen adaptaciones validadas de este modelo terapéutico en el sistema hospitalario colombiano, lo cual representa una brecha crítica para la atención integral de estos casos.

Además, algunas propuestas internacionales han explorado el uso de enfoques basados en la atención plena (mindfulness) y la autocompasión como recursos terapéuticos complementarios. Un estudio de Sassaroli et al. (2017) mostró que la inclusión de prácticas de mindfulness en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa redujo significativamente los niveles de ansiedad y mejoró la percepción corporal. Estas estrategias, de bajo costo y aplicables tanto en sesiones individuales como grupales, podrían ser adaptadas a contextos de hospitalización breve en instituciones de baja complejidad. A pesar de su potencial, en Colombia aún no se cuenta con experiencias sistematizadas de este tipo de intervenciones, lo cual limita su incorporación práctica, pese a su aparente viabilidad logística.

En cuanto a la articulación institucional y comunitaria, otros países latinoamericanos han comenzado a construir modelos híbridos de intervención que combinan atención hospitalaria con seguimiento comunitario psicoeducativo. Por ejemplo, en Chile, el estudio de Gaete et al. (2016) propuso un modelo de intervención intersectorial para adolescentes con trastornos alimentarios que incluyó atención primaria, psiquiatría ambulatoria y programas escolares de promoción de la salud mental. Este tipo de articulación representa una alternativa replicable en Colombia, especialmente si se logra integrar la guía clínica propuesta con acciones de fortalecimiento de redes comunitarias y capacitaciones para personal no especializado en salud mental, como enfermeras, orientadores escolares y cuidadores familiares.

La falta de lineamientos nacionales actualizados y adaptados sobre el manejo de los trastornos alimentarios en adolescentes se convierte en un obstáculo para la implementación coherente de intervenciones basadas en la evidencia. La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria publicada en Colombia por el Ministerio de Salud en 2013 no incluye enfoques actualizados como la FBT o la TDC, ni contempla las particularidades

de la atención en hospitales de baja complejidad ni en regiones afectadas por condiciones de violencia o vulnerabilidad social. Esta situación refuerza la urgencia de generar productos como la presente guía, que buscan cerrar esta brecha entre la evidencia científica internacional y las posibilidades de intervención real en el contexto colombiano, incluyendo consideraciones éticas, culturales y logísticas pertinentes.

Finalmente, cabe destacar que esta guía no solo pretende ser un recurso técnico para el abordaje psicológico en contextos hospitalarios, sino también una invitación a repensar las estrategias de formación, supervisión clínica y producción académica local. Iniciativas como la de Villegas y Jaramillo (2020) en Medellín, que sistematizaron experiencias clínicas de atención a adolescentes con conductas de riesgo alimentario, evidencian la capacidad del país para construir conocimiento contextualizado. Sin embargo, estos esfuerzos siguen siendo escasos y dispersos. La articulación de la presente guía con futuras investigaciones, tesis universitarias y experiencias clínicas permitiría avanzar hacia una praxis más sólida y situada, que no solo replique modelos de otros países, sino que responda a las realidades vividas por adolescentes colombianos hospitalizados.

Referencias

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 353–364.
<https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242–247.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
- Aoun, A., Garcia, F. D., Mounzer, C., Hlais, S., Grigioni, S., Honein, K., & Déchelotte, P. (2013). War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: a study in Lebanese University Students. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 393-397.
 doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.02.007.
- Arroyave, W. (2014). Trastorno por atracón: una revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 165-173.
- Atkin, Supervielle, Sawyer y Canton. (1987). *Factores de riesgo en el desarrollo infantil*.
- Barclay, M. (1985). *Trastornos del desarrollo del niño*.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-146

- Blodgett Salafia, E. H., & Gondoli, D. M. (2010). A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, *31*(3), 390-414.
Doi:10.1177/0272431610366248
- Bodai, B. I., & Tuso, P. (2015). Breast cancer survivorship: A comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *The Permanente Journal*, *19*(2), 48-79. <https://doi.org/10.7812/TPP/14-241>
- Bozzola, E., Cirillo, F., Mascolo, C., Antilici, L., Raucci, U., Guarnieri, B., Ventricelli, A., De Santis, E., Spina, G., Raponi, M., Villani, A., & Marchili, M. R. (2024). Predisposing Potential Risk Factors for Severe Anorexia Nervosa in Adolescents. *Nutrients*, *17*(1), 21.
Doi:10.3390/nu17010021
- Bratland, S., & Sundgot, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, *13*(5), 499-508. <https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>
- Bucheró, L. M., & Planche, R. (2020). Tareas docentes para contribuir a la competencia profesional de resolución de problemas de cálculo químico cuantitativo en la educación de adultos. *Opuntia Brava*, *12*(1). Recuperado de:
<http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/950>
- Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, *8*(1), 21-33.

- Crevits, L., Silva, C., & Bat-Pitault, F. (2024). Preliminary study: cognitive behavioural therapy for insomnia in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders, EWD*, 29(1), 3. doi:10.1007/s40519-023-01634-4
- Dinkler, L., Taylor, M. J., Råstam, M., Hadjikhani, N., Bulik, C. M., Lichtenstein, P., Gillberg, C., & Lundström, S. (2021). Association of etiological factors across the extreme end and continuous variation in disordered eating in female Swedish twins. *Psychological medicine*, 51(5), 750–760. Doi:10.1017/S0033291719003672
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2013). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 746–758.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54–72. doi:10.1016/j.cpr.2013.11.001
- García, F., López, C., & Ramírez, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.01.002>
- Gascón, P., & Migallón, P. (2013). Trastornos de alimentación. *Adolescere*, 35-46.
- Góngora, V., Grinhauz, S., & Suárez, N. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. *Anuario de Investigaciones*, 16, 25-31. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v16/v16a02.pdf>
- González-Juárez, C., Pérez-Pérez, E., Martín Cabrera, B., Mitja Paub, I., Roy de Pablo, R., & Vázquez de la Torre, P. (2007). Detección de adolescentes en riesgo de presentar

- trastornos de la alimentación. *Atención Primaria*, 39(4), 189-194. DOI: 10.1157/13100842
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 191, 427–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036764>
- Helverskov, J., Clausen, L., Mors, O., Frydenberg, M., Thomsen, P. H., & Rokkedal, K. (2010). Trans-diagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 453–463. <https://doi.org/10.1002/erv.1001>
- Herpertz, B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 438-445.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 13(4), 1265. doi:10.3390/nu13041265
- Hinney, A., Kesselmeier, M., Jall, S., Volckmar, A. L., Föcker, M., Antel, J., et al. (2017). Evidence for three genetic loci involved in both anorexia nervosa risk and variation of body mass index. *Molecular Psychiatry*, 22, 192-201. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.51>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100-110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

- Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., & Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological medicine, 40*(10), 1745–1753. Doi:10.1017/S0033291709992236
- Ladines, H., & Sumba, J. (2014). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Revista Científica de Psicología, 3*(2), 123-130.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., Jo, B., & Kraemer, H. C. (2012). Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 50*(2), 85–92. doi: 10.1016/j.brat.2011.11.003
- Lemos, S. (2012). Evaluación psicológica: Concepto, proceso y aplicaciones en áreas clínicas. *Psicothema, 24*(2), 123-129.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1), 85-97. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0.
- Martínez, L., Fernández, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., Mateos, R., & Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyectos uniHcos. *Nutrición Hospitalaria, 30*, 927-934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
- Méndez, J.P., Vázquez-Velazquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65*(6), 579-592.
- Miller, K. K., Meenaghan, E., Lawson, E. A., Misra, M., & Gleysteen, S. (2011). Effects of risedronate and low-dose transdermal testosterone on bone mineral density in women

- with anorexia nervosa: a randomized, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96, 2081-208
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Recuperado de https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>
- Monterrosa, C., Ruiz, J., & Cuesta, C. (2012). Factores De Riesgo Para Trastornos Del Comportamiento Alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), 300-305. <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1114>
- Monterrosa, A., Boneu, J., y Muñoz, J. (2012). Trastorno del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista ciencias Biomédicas*, 1, 99 – 111.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). doi:10.1186/s12874-018-0611-x
- Nagy, H., Paul, T., Jain, E., Loh, H., Kazmi, S. H., Dua, R., Rodriguez, R., Naqvi, S. A. A., U, M. C., & Bidika, E. (2022). A Clinical Overview of Anorexia Nervosa and Overcoming Treatment Resistance. *Avicenna journal of medicine*, 13(1), 3–14. doi:10.1055/s-0042-1758859

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE Guideline No. 69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Navarro, M. (2016). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Una propuesta de intervención en colegios de secundaria* [Trabajo de fin de máster, Universidad de Cataluña]. Universitat Oberta de Catalunya.
<https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>
- Nicholls, V. (2004). *Validación de una batería de pruebas para trastornos alimenticios en niñas de 10 a 19 años de la ciudad de Bogotá, D.C* (Tesis de pregrado, Universidad de los Andes).
- Panton, J. E., & Garzon-Maaks, D. L. (2021). Developmental management of adolescents and young adults. In D. L. Garzon-Maaks (Ed.), *Burns' pediatric primary care* (7th ed., pp. 143–160). Elsevier.
- Pérez Flores, I.I. (2021). Factores de riesgo en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa: Una revisión bibliográfica [Tesis de pregrado, Universidad Miguel Hernández]. RediUMH
- Pinheiro, A. P., Root, T., & Bulik, C. M. (2009). The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives. *International journal of child and adolescent health*, 2(2), 153–164.
- Pórtela de Santana, M., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Quadflieg, N., Naab, S., Schlegl, S., Bauman, T., & Voderholzer, U. (2023). Inpatient Treatment Outcome in a Large Sample of Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 15(19), 4247. <https://doi.org/10.3390/nu15194247>

- Rienecke, R. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 1*, 69-79.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S115957>
- Robinson, L., Aldridge, V., Clark, E. M., Misra, M., & Micali, N. (2017). Pharmacological treatment options for low bone mineral density and secondary osteoporosis in anorexia nervosa: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 98*, 87-97.
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *The International journal of eating disorders, 53*(7), 1166–1170. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
- Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Seifert, K., Pfeiffer, E., Lenz, K., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2009). Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(11), 701–704.
 doi:10.1007/s00787-009-0024-9
- Sánchez, A. (2017). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en seis países europeos. *Metas de Enfermería, 20*(5), 66-73.
<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2017.20.1002340930>
- Sandoval, L. (2019). *Prevalencia y factores de riesgo desencadenantes de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Nutrición y Dietética de la Pontificia Universidad Javeriana, 2019*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana].
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/43356>

- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., & Voderholzer, U. (2015). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome. *European Eating Disorders Review*, 24(3), 214–222. doi:10.1002/erv.2416
- Schorr, M., & Miller, K. K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: Mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(3), 174-186. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.198>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 128-135. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000200003>
- Van Huysse, J. L., Prohaska, N., Miller, C., Jary, J., Sturza, J., Etsell, K., & Bravender, T. (2023). Adolescent eating disorder treatment outcomes of an in-person partial hospital program versus a virtual intensive outpatient program. *The International journal of eating disorders*, 56(1), 192–202. <https://doi.org/10.1002/eat.23866>
- Villaseñor, I. (2008). Metodología para la elaboración de guías de fuentes de información. *Investigación bibliotecológica*, 22(46), 113-138. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2008000300006&lng=es&tlng=es.
- Yao, S., Larsson, H., Norring, C., Birgegård, A., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., Almqvist, C., Thornton, L. M., Bulik, C. M., & Kuja-Halkola, R. (2021). Genetic and

environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 51(1), 62–69. Doi: 10.1017/S0033291719002976

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Apéndice

Apéndice A

EDI-II (Garner, 1998) (Nicholls, 2004)

Las siguientes preguntas describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunos de ellos tienen que ver con la comida o su forma de comer. Otras preguntan se tratan de sus pensamientos acerca de sí mismo. Para cada afirmación decida si usted hace, piensa o siente eso SIEMPRE (5), FRECUENTEMENTE (4), VARIAS VECES (3), ALGUNAS VECES (2), CASI NUNCA, o NUNCA (1). Marque con una “X” la respuesta que mejor describe lo que usted hace, siente o piensa. Recuerde responder TODAS las preguntas. No existen respuestas correctas ni incorrectas.

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
1. Como dulces y harinas sin ponerme nerviosa						
2. Pienso que mi abdomen (estómago) es muy grande						
3. Desearía poder regresar a la seguridad de la niñez						
4. Como cuando estoy descontento(a)						
5. Me “atraganto” con comida						
6. Me gustaría poder ser más joven						
7. Pienso en hacer dietas						
8. Siento miedo cuando mis sentimientos son muy fuertes						
9. Pienso que mis muslos son muy gordos						
10. Pienso que soy una persona ineficiente						
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso						

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
12. Pienso que mi abdomen (barriga) tiene las medidas perfectas						
13. Para mi familia, solo un desempeño sobresaliente es aceptable						
14. Pienso que la mejor época de la vida es cuando se es niños						
15. Soy abierto(a) con mis sentimientos						
16. Tengo pánico a aumentar de peso						
17. Confío en los demás						
18. Me siento solo(a) en el mundo						
19. Me siento satisfecho(a) con la forma de mi cuerpo						
20. Generalmente siento que tengo mi vida bajo control						
21. Me siento confuso(a) acerca de cual emoción estoy sintiendo						
22. Preferiría ser adulto(a) que ser niño(a)						
23. Me puedo comunicar con otros fácilmente						
24. Desearía ser otra persona						
25. Le doy demasiada importancia al peso corporal						
26. Puedo identificar fácilmente la emoción que estoy sintiendo						
27. Me siento incompleto						
28. He tenido "comilonas" en los cuales sentí no poder parar de devorar						
29. Cuando era niño(a) evitar defraudar a mis padres y profesores						

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
30. Tengo amistades íntimas						
31. Me gusta el tamaño de mi cola (nalga)						
32. Constantemente estoy preocupada por mi deseo de ser más delgada						
33. Se que está pasando dentro de mí						
34. Tengo dificultad expresando a otras personas mis sentimientos						
35. Las responsabilidades que tiene un adulto me parecen muy grandes						
36. Me molesta cuando no puedo ser el(la) mejor						
37. Me siento segura acerca de mi misma						
38. Pienso en tener grandes festines de comida						
39. Me siento contento de no ser más un(a) niño(a)						
40. Siento que no se si tengo o no hambre						
41. Tengo una opinión pobre de mi mismo(a)						
42. Siento que puedo alcanzar mis metas						
43. Pienso que mis padres esperan de mí que sea excelente						
44. Me preocupa perder el control de mis sentimientos						
45. Creo que mis caderas son muy grandes						
46. Como moderadamente en presencia de otros y me repleto de comida cuando estoy solo(a)						
47. Después de una comida normal, siento que voy a reventar						

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños						
49. Si aumento un kilo, me preocupa seguir aumentando de peso						
50. Me parece que soy una persona extraordinaria						
51. Cuando estoy alterado(a) se si estoy triste, asustado(a) o enojado(a)						
52. Siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
53. He tenido la idea de tratar de vomitar para perder peso						
54. Necesito tener a las personas a cierta distancia (me siento incomodo(a) si alguien se acerca demasiado)						
55. Pienso que mis muslos tienen un tamaño perfecto						
56. Siento que por dentro estoy emocionalmente vacío(a)						
57. Puedo hablar de sentimientos o pensamientos personales						
58. Los mejores años de la vida son cuando uno(a) es adulto(a)						
59. Pienso que mi cola (nalgas) es demasiado grande						
60. Tengo sentimientos que no puedo realmente identificar						
61. Como o tomo(bebo) a escondidas						
62. Pienso que mis caderas tienen un tamaño perfecto						
63. Tengo metas muy altas						
64. Cuando estoy nervioso me da miedo que empiece a comer						

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
65. Las personas que realmente quiero, terminan decepcionándome						
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
67. Otras persona piensan que soy emocionalmente inestable						
68. Me gustaría tener completo control de mis deseos corporales						
69. Me siento relajado en la mayoría de las situaciones de grupo						
70. Digo cosas impulsivamente de las cuales después me arrepiento						
71. Para mí es muy importante hacer las cosas que me den placer						
72. Tengo que tener cuidado de mi tendencia a abusar de drogas o de medicamentos						
73. Me gusta tener contacto con otras personas						
74. Cuando estoy en una relación me siento como encarcelado						
75. Me siento espiritualmente más fuerte cuando reprimo mis necesidades						
76. Pienso que las otras personas entienden mis verdaderos problemas						
77. A veces tengo pensamientos de los cuales no pueda deshacerme						
78. Pienso que comer por placer es un síntoma de la debilidad espiritual						
79. Tiendo a tener explosiones coléricas o grandes disgustos						
80. Siento que las otras personas me dan el reconocimiento que merezco						

	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Varias Veces 3	Frecuen- Temente 4	Siempre 5
81. Pienso que debo tener cuidado de mi inclinación por el alcohol						
82. Pienso que la relajación solo sirve para perder el tiempo						
83. Pienso que otras personas dirían que soy una persona muy sensible						
84. Pienso que en todas partes me va mal (solo soy un perdedor)						
85. Tengo grandes cambios de ánimo						
86. Me avergüenzo de mis necesidades corporales						
87. Prefiero estar solo a estar con otras personas						
88. Pienso que el sufrimiento nos hace mejores personas						
89. Siento que puedo estar seguro(a) que otras personas me quieren						
90. Tengo la necesidad de lastimarme o de lastimar a otros						
91. Siento que realmente se quién soy						