

**República Dominicana  
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Trabajo Profesional Final para optar por el título de Doctor en Medicina**

**Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos: aproximación en pediatras, República Dominicana, 2020-2021.**

**Realizado por:**

**Alexa Lai-Siu Joa Gilbert  
Shirley Leong Joa**

**16-0838  
16-0002**

**Asesorado por:**

**Dra. Jenny L. Cepeda Marte, asesora metodológica  
Dra. Zuleika Morillo de Nieto, asesora de contenido**

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Santo Domingo, Distrito Nacional  
21 de agosto, 2021

## **Páginas Preliminares**

### Tabla de contenidos

Resumen .....	i
Abstract .....	ii

## **Cuerpo o texto**

Introducción.....	4
Capítulo 1: El Problema .....	6
1.1. El planteamiento del problema .....	6
1.2. Preguntas de investigación .....	7
1.3. Objetivos del Estudio: General y específicos .....	8
1.4. Justificación .....	8
1.5. Limitaciones.....	9
Capítulo 2: Marco teórico .....	11
2.1. Antecedentes y referencias .....	11
2.1.1. Prevalencia de los TCA .....	11
2.1.2. Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ta edición .....	12
2.1.3. Herramientas diagnósticas de los TCA .....	17
2.1.4. Hallazgos físicos en los TCA.....	19
2.1.4.1. Hallazgos físicos de anorexia nerviosa.....	19
2.1.4.2. Hallazgos físicos de bulimia nerviosa .....	20
2.1.4.3. Hallazgos físicos de trastorno por atracón .....	20
2.1.4.4. Hallazgos físicos de trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria.....	20
2.1.5. Tratamiento de los TCA .....	20
2.1.5.1. Tratamiento de anorexia nerviosa .....	20
2.1.5.2. Tratamiento de bulimia nerviosa.....	20
2.1.5.3. Tratamiento de trastorno por atracón .....	21
2.1.5.4. Tratamiento de trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria .....	21
2.1.6. Comorbilidades de los TCA .....	21
2.1.6.1. Comorbilidades de trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria .....	21
2.1.6.2. Comorbilidades de anorexia nerviosa .....	21
2.1.6.3. Comorbilidades de bulimia nerviosa .....	22
2.1.6.4. Comorbilidades de trastorno por atracón .....	22

2.1.7. Nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre los TCA .....	22
2.2. Marco conceptual .....	23
2.2.1. Encefalopatía de Wernicke .....	23
2.3. Contextualización.....	23
Capítulo 3: Diseño metodológico .....	25
3.1. Contexto .....	25
3.2. Modalidades de trabajo final .....	26
3.3. Tipo de estudio.....	26
3.4. Variables y su operacionalización.....	26
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	28
3.5.1. Instrumentos de recolección de datos.....	28
3.6. Consideraciones éticas .....	28
3.7. Selección de población y muestra.....	39
3.8. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos .....	30
Capítulo 4: Resultados .....	31
Capítulo 5: Discusión .....	37
Capitulo 6: Recomendaciones .....	42
<b><u>Páginas Finales</u></b>	
Referencias .....	iii
Apéndices .....	vii

## **Resumen**

**Introducción:** Los pediatras juegan un papel importante al momento de la detección temprana de trastornos alimentarios, ya que son uno de los profesionales de salud que más frecuentemente le proveen atención a una parte importante de la población en alto riesgo de padecer de estos trastornos. **Objetivo:** Analizar el nivel de conocimiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos que poseen los pediatras dominicanos. **Metodología:** Se eligió una muestra de forma no probabilística en bola de nieve de 93 personas, considerando un nivel de confianza de 95 %, un margen de error de 10%. El criterio de inclusión fue que sean pediatras que formen parte de la Sociedad Dominicana de Pediatría. Dentro de este grupo se evaluó el nivel de conocimiento de los pediatras sobre trastornos alimentarios mediante un cuestionario administrado de forma virtual, donde también se determinaron los aspectos claves que deben ser reforzados en estos profesionales. Estos datos fueron tomados con la previa autorización del centro y con la aprobación del Comité de Ética de UNIBE. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre trastornos alimentarios de los pediatras dominicanos es insuficiente para aportar en la realización de un diagnóstico temprano de trastornos alimentarios en niños, niñas y adolescentes, aunque existe un porcentaje de la población de pediatras con un nivel de conocimiento suficiente relacionado a este tema.

**Palabras clave:** pediatra, anorexia, bulimia, atracón, restricción.

## **Abstract**

**Introduction:** Pediatricians play an important role at the time of early detection of eating disorders, since they are one of the health professionals who most frequently provide care to a significant part of the population at high risk of suffering from these disorders.

**Objective:** To analyze the level of knowledge about Eating Disorders and Food Intake that Dominican pediatricians possess.

**Methodology:** A non-probabilistic snowball sample of 93 people was chosen, considering a confidence level of 95%, a margin of error of 10%. The inclusion criterion was that they be pediatricians who are part of the Dominican Society of Pediatrics. Within this group, the level of knowledge of pediatricians about eating disorders was evaluated through a questionnaire administered virtually, which also determined the key aspects that should be reinforced in these professionals. These data were taken with the prior authorization of the center and with the approval of the UNIBE Ethics Committee.

**Results:** The level of knowledge about eating disorders of Dominican pediatricians is insufficient to contribute in the realization of an early diagnosis of eating disorders in children and adolescents, although, there is a percentage of the population of pediatricians with a sufficient level of knowledge related to this topic.

**Keywords:** pediatrician, anorexia, bulimia, binge, restriction.

## **Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos (TCA) son un conjunto de enfermedades psiquiátricas que afectan a una gran cantidad de personas en el mundo. La anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), PICA, el síndrome de rumiación, los trastornos por restricción/evitación de la alimentación, los trastornos por atracones y otros no especificados, se incluyen como un conjunto de diagnósticos que engloban los trastornos de la conducta alimentaria <sup>1</sup>.

Una guía realizada por El Instituto Nacional de Salud Mental (The National Institute of Mental Health) explica que los TCA se caracterizan porque afectan tanto a los hombres como a las mujeres; sin embargo, son más comunes en las mujeres y las niñas que en los hombres y los niños <sup>2</sup>. Es importante saber que aunque estas afecciones son más frecuentes en los adolescentes y adultos jóvenes, también pueden aparecer en la infancia o en etapas más adultas de la vida. Se ha evidenciado un pronunciado aumento del diagnóstico en niños y niñas que se encuentran en la etapa escolar, como señala David S. Rosen <sup>3</sup>. La AN y la BN son dos de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos más comunes.

Se estima que aproximadamente el 0.5% de las adolescentes en los Estados Unidos tienen AN, que aproximadamente del 1% al 2% cumplen con los criterios de diagnóstico de BN, y que hasta el 5% al 10% de todos los casos de trastornos alimentarios ocurren en hombres <sup>3</sup>. Para el trastorno por atracón se estima que la prevalencia en la población general es de entre un 2 a 5% <sup>4</sup>, y el trastorno de evitación-restrictivo de ingesta de alimento se estima que su prevalencia 0.3% <sup>5</sup>.

La incidencia de trastorno por atracones, AN y BN ha aumentado drásticamente en los últimos años. El incremento en la aparición de casos ha causado que estas enfermedades sean un conjunto de problemas psiquiátricos de gran preocupación en el mundo, lo cual ha llevado a que se conviertan en una prioridad para el sistema de salud pública de muchos países. De igual manera, el diagnóstico de trastorno de evitación – restricción de la ingesta alimentaria también ha ido incrementando anualmente <sup>1</sup>.

En sentido general, estas enfermedades afectan la salud física y mental de aquellos que sufran de alguna de ellas, pudiendo causar en muchos casos déficits nutricionales <sup>5</sup>, complicaciones orgánicas, disfunción intelectual y disminución en la calidad del estilo de vida. Por esta razón, se considera que son patologías que necesitan un diagnóstico temprano y oportuno, para evitar consecuencias irreversibles en la salud de las personas, por otro lado, un tratamiento eficaz que sea multidisciplinario y de esta forma que incluya médicos y psicólogos que sean especialista en el área y que tengan una preparación tenaz para el manejo eficiente de cada paciente.

Siendo los pediatras los profesionales de salud que más comúnmente tienen más interacciones con los pacientes en etapa infantil y los adolescentes que son una la población de mayor riesgo para sufrir TCA<sup>8</sup>. En la República Dominicana, no existen guías o protocolos estandarizados para el manejo de las personas con estos padecimientos, lo cual lleva a que surjan casos en que no se haga un diagnóstico correcto y en un tiempo prudente.

Por esta razón, es de suma importancia que todos los profesionales del servicio sanitario, especialmente aquellos especializados en la salud mental y atención primaria, tengan la capacidad de reconocer estas afecciones. En este sentido, la presente investigación tiene la finalidad principal de conocer los niveles de conocimiento sobre TCA de pediatras en la República Dominicana, y con esto, lograr aportar conocimientos que ayuden a reconocer el estado nutricional y mental de los pacientes, a la realización de un diagnóstico temprano y preciso y a la elección individualizada de un tratamiento eficaz.

## **1. El problema**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En un estudio realizado por La Revista Estadounidense de Nutrición Clínica (The American Journal of Clinical Nutrition) concluyó que durante el periodo de 2000-2006 hubo un incremento de la prevalencia de TCA de un 3.5% y durante el periodo de 2013-2018 hubo un incremento de 7.8% <sup>7</sup>. El tratamiento de una de estas afecciones implica un abordaje multidisciplinario de alta complejidad. La TA son situaciones muy graves y difíciles de superar y muchas veces son enfermedades con las cuales el paciente debe vivir su vida entera, convirtiéndose en un obstáculo que siempre estará presente. Una detección tardía de estos trastornos puede llevar a que el paciente desarrolle abundantes complicaciones físicas y mentales.

La incidencia de TCA ha aumentado en esta década, con una repercusión muy grave. En muchas de las ocasiones, estas enfermedades se cronifican, teniendo un tratamiento largo y complicado, afectando tanto a la persona que sufre de la patología como a los que le rodean, llevando en varias ocasiones a la muerte del paciente. Se estima que cada 62 minutos por lo menos una persona muere como resultado directo de un TCA <sup>9</sup>.

Una detección tardía de TCA puede llevar a que el usuario presente múltiples complicaciones al momento que comience su tratamiento poniendo en riesgo su vida y/o su calidad de vida <sup>10</sup>.

En la República Dominicana hay escasez de estudios sobre los TCA. Una simple búsqueda en el internet y es fácil determinar que hay poca información sobre el tema en el país. Estos trastornos no son ampliamente conocidos por la población, llevando a que la mayoría de pacientes terminen con una detección tardía de su trastorno, y así dificultando el tratamiento. Muchos de los profesionales del servicio de salud no tienen la educación necesaria para detectar si un paciente sufre de un TCA, esto lleva a que ellos no piensen del mismo como un posible diagnóstico.

En muchos casos los pacientes llegan al cuidado de un proveedor de atención primaria y presentan síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria sin

claramente detallar la presencia de síntomas psicológicos de la misma. Por esta razón, los proveedores de atención primaria juegan una importante parte en la detección y el manejo de TCA <sup>11</sup>. En la práctica del pediatra de atención primaria, la detección temprana, la evaluación inicial y el tratamiento continuo pueden desempeñar un papel importante en la prevención de la progresión de la enfermedad a un estado más grave o crónico <sup>12</sup>.

El impulso de esta investigación recae en la importancia de los proveedores de atención primaria, que incluye a los pediatras, en la detección temprana de TCA. También otro importante impulso es una investigación previa hecha en el país que determinó el nivel de conocimiento sobre TCA en la atención primaria como insuficientes. Esto crea la duda del nivel de conocimiento sobre TCA en los pediatras del país.

Este estudio se llevó a cabo con la ayuda de los Consultorios Psicoterapéuticos Enmanuel (CP Enmanuel) en el periodo noviembre 2020 - Junio 2021. Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y manejo sobre los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que poseen los pediatras dominicanos. También para determinar el nivel de conocimiento sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los TCA, los aspectos clave relacionados con la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos alimentarios que necesitan ser reforzados, y analizar si el nivel de conocimiento es suficiente.

En conclusión, el mayor problema que motiva la elección de llevar a cabo esta investigación es la falta de diagnóstico precoz de TCA por la posible deficiencia de conocimiento en los pediatras dominicanos.

## **1.2. Preguntas de investigación**

- 1- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los pediatras sobre los TCA en República Dominicana, 2020 – 2021?
- 2- ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los pediatras sobre los TCA, de acuerdo a variables sociodemográficas?
- 3- ¿Cuáles son los principios aplicados en el tratamiento de los TCA por los pediatras?

4- ¿Cuáles son los aspectos clave sobre el conocimiento de los TCA que deben ser reforzados en los pediatras?

5- ¿Cuáles son las guías que utilizan los pediatras para diagnosticar un TCA?

### **1.3. Objetivos**

Objetivo general

- Analizar el nivel de conocimiento sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos: aproximación en pediatras, República Dominicana, 2020 – 2021.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen los pediatras sobre los TCA, de acuerdo a variables sociodemográficas.
- Determinar los principios aplicados en el tratamiento de los TCA por los pediatras.
- Identificar los aspectos clave sobre el conocimiento de los TCA que deben ser reforzados en los pediatras.
- Evaluar las guías que toma en cuenta un pediatra para diagnosticar un TCA.

### **1.4. Justificación**

Los TCA son enfermedades que afectan a una gran cantidad de personas alrededor del mundo, el estudio de estas patologías permite que el personal sanitario pueda brindar un servicio de calidad a todos los usuarios. Poder identificar adecuadamente estas afecciones, reconocer la gravedad de las mismas y proporcionar un manejo eficaz para su tratamiento, significa una agradable evolución de los pacientes, quienes sufrirán la menor cantidad de consecuencias posibles. Por esta razón, es menester el conocimiento de estas patologías en todo el personal de salud, especialmente en médicos pediatras.

La relevancia de este estudio se apoya en el abordaje de temas que se han estudiado muy poco en el país y que suponen una problemática para un grupo específico de la población, no obstante, es viable, puesto que existen muchos casos de TCA, incluso, centros

especializados para su manejo, además de que hay una gran cantidad de pediatras afiliados a la Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP) que podrán ser encuestados sobre el tema.

En la República Dominicana, realizar la presente investigación permitirá reconocer el nivel de conocimiento sobre TCA de médicos especializados en el área de pediatría, puesto que en el año 2018 se hizo una publicación donde se evidenciaba que los médicos de atención primaria tienen bajo conocimiento relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, y se recomendaba indagar en grupos específicos de especialistas, principalmente en aquellos cuyos pacientes son vulnerables a un diagnóstico de TCA. Además, es conveniente; con los resultados obtenidos se beneficiará el personal sanitario, el sistema de salud y todas las personas que sufran de trastornos de la conducta alimentaria.

Un pediatra con una formación íntegra relacionada con los TCA podría realizar un diagnóstico temprano y referir los pacientes a médicos especializados en el área, puesto que, la rápida identificación y evaluación de estas afecciones influyen en la mejoría y aumento de calidad de servicios ofrecidos. Por otro lado, tener un personal sanitario orientado con respecto a los TCA, disminuye la incidencia de diagnósticos erróneos y las consecuencias que esto podría traer.

Al finalizar la presente investigación podremos identificar el nivel de conocimiento de TCA en médicos pediatras dominicanos. Los hallazgos obtenidos serán la base para reconocer este estudio como una herramienta indispensable para alentar a las autoridades y a los médicos pediatras a fomentar el aprendizaje de los trastornos de la conducta alimentaria, y de esta forma evitar diagnósticos erróneos o tardíos en niños/as y adolescentes.

### **1.5. Limitaciones**

Al inicio de la investigación sobre el tema surgieron muchas dificultades para encontrar la forma adecuada de encuestar a una muestra representativa de pediatras dominicanos. Trabajando en conjunto con CP Enmanuel y con la SDP, recibimos las estrategias adecuadas para realizar la recolección de información, puesto que usaremos la base de datos de la SDP para realizar el levantamiento en línea, de forma segura y eficaz.

En el país no existen muchas investigaciones relacionadas con la prevalencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en niños/as y adolescentes, por lo que se desconoce la frecuencia con la que un pediatra recibe pacientes con estos posibles diagnósticos de TCA.

Como parte de la comunidad dominicana se deberá buscar maneras de recolectar la información de forma segura, tomando en cuenta las medidas de precaución.

Realizar un levantamiento de datos vía internet es muy complicado, puesto que muchas personas pueden decidir ignorar el correo y ni siquiera abrirlo, también, podría pasar que no todos los médicos de la base de datos de la SDP usen y revisen activamente el correo electrónico. Por otro lado, también puede surgir la situación en la que no sepan completar la encuesta.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Antecedentes y referencias**

#### **2.1.1. Prevalencia de los TCA**

Según una investigación realizada por Zimmerman J, Fisher M. <sup>13</sup> el estudio sobre la prevalencia del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se ve altamente limitada por la deficiencia de instrumentos validados para medir los comportamientos característicos del trastorno. Mientras que otras investigaciones expresan que su prevalencia es del 3 al 14% de los niños y adolescentes con trastornos alimentarios. La edad de inicio es entre los 9 y 17 años <sup>14</sup>.

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia tienen una considerable prevalencia dentro de las enfermedades psiquiátricas. Las estimaciones en promedio de prevalencia de por vida de AN es del 0.6% y de BN del 1.0% <sup>15</sup>.

La AN se ha investigado, desde el punto de vista de su prevalencia, principalmente en muestras poblacionales de mujeres jóvenes, en Europa y América del Norte, donde se ha obtenido una prevalencia puntual del 0.3% <sup>16</sup>. El DSM-V estipula que la prevalencia a los 12 meses de la AN entre las mujeres jóvenes se encuentra cerca de un 0,4 %<sup>1</sup>. Por otro lado, en dos grandes encuestas poblacionales realizada una en Estados Unidos y otra en Canadá, entre las mujeres adultas se encontró una prevalencia de por vida entre un 0.5 – 0.6 % <sup>17,18</sup>.

Se sabe mucho menos sobre la prevalencia en los hombres, aunque la AN es certeramente menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1 <sup>1</sup>. Sin embargo, un estudio realizado por Garfinkel PE <sup>18</sup> demostró una prevalencia de AN entre los hombres adultos de 0.1%.

La prevalencia de bulimia nerviosa de por vida en mujeres adultas se ha estimado en 1.1% –2.8% en 3 grandes encuestas poblacionales en Nueva Zelanda, Estados Unidos y Canadá <sup>19,20,21</sup>.

Según el DSM-V la prevalencia a los doce meses de la BN entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5 %, por otra parte, se debe saber que la prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana <sup>1</sup>.

Muy poco se sabe sobre la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en los hombres, aunque esta es mucho menos común en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1 <sup>1</sup>. Sin embargo, en un estudio realizado por Kinzl JF <sup>22</sup>, se demostró que, para los hombres, la prevalencia de BN de por vida se estimó en 0.1% en el estudio canadiense y 0.2% en el estudio de Nueva Zelanda, pero la prevalencia puntual de bulimia nerviosa en un estudio en Austria se informó como 0.5%.

Por otro lado, se sabe que la prevalencia a doce meses del trastorno de atracones en hombres y mujeres adultos (igual o mayores de 18 años) de Estados Unidos es de 1,6 y 0,8, respectivamente. La proporción del sexo es menos desequilibrada que en bulimia nerviosa <sup>1</sup>. Mientras que en mujeres europeas hay una prevalencia <1 a 4% <sup>23</sup>.

### **2.1.2. Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ta edición**

#### **Criterios diagnósticos del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimento**

- A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej. la falta de interés aparece por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
  2. Deficiencia nutritiva significativa.

3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
  4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no, se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria; excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado <sup>1</sup>.

### **Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa**

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- **Leve:** IMC >17 kg/m<sup>2</sup>
- **Moderado:** IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Grave:** IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Extremo:** IMC < 15 kg/m<sup>2</sup> <sup>1</sup>.

### **Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa**

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

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Moderado:** Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Grave:** Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Extremo:** Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <sup>1</sup>.

### **Criterios diagnósticos del trastorno de atracones**

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej. dentro de un período cualquiera de dos de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio-inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** 1-3 atracones a la semana.
- **Moderado:** 4-7 atracones a la semana.
- **Grave:** 8-13 atracones a la semana.
- **Extremo:** 14 o más atracones a la semana <sup>1</sup>.

#### **Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado**

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por consumo excesivo de alimentos después de cenar <sup>1</sup>.

### **2.1.3. Herramientas diagnósticas de los TCA**

Además de los criterios diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, el médico también se puede auxiliar de otros métodos para la comprobación. Herramientas psicométricas, estudios de imágenes y pruebas de laboratorio, orientan a los especialistas a la confirmación de un TCA.

Entre las medidas psicométricas que ayudan al diagnóstico de los TCA se pueden mencionar: Trastornos de la Alimentación en los Jóvenes - Cuestionario (Eating Disturbances in Youth – Questionnaire, EDY-Q), Prueba de Actitud Alimentaria de los Niños (Children 's Eating Attitude Test, ChEAT). También hay otros cuestionarios donde son los padres que auto registran la información como el Cuestionario de Comportamiento Alimentario Infantil (Child Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ) o Exanimación de Trastornos Alimentarios Infantiles – Cuestionario (Children's Eating Disorder Examination – Questionnaire, ChEDE-Q), pero se ha encontrado subestimación de datos en estos instrumentos. Es por ello que se recomienda en mayor medida utilizar EDYQ <sup>24, 25</sup>.

La evaluación de los parámetros hematológicos y bioquímicos es de importante análisis, puesto que, en sentido general, la Sociedad de Medicina Adolescente (Society for Adolescent Medicine) demostró que se encontraron deficiencias significativas de calcio, vitamina D, ácido fólico, vitamina B12 y otros minerales en las personas con TCA <sup>26</sup>.

A causa de todas estas deficiencias, entre los pacientes con TCA, medición de magnesio, recuento sanguíneo completo, electrolitos séricos, calcio, creatinina, nitrógeno ureico en sangre, fosfato, ferritina, albúmina, vitamina B12, ácido fólico, velocidad de sedimentación globular (VSG), pruebas de función hepática, glucemia aleatoria, zinc y los niveles de manganeso y análisis de orina de rutina se han recomendado <sup>27, 28, 29, 30</sup> Mientras que, un estudio publicado en la Revista de Trastornos Alimentarios (Journal of Eating Disorders) apoya firmemente la recolección de un conteo sanguíneo completo de rutina, electrolitos, fosfato, pruebas de función hepática, colesterol, vitamina B12, ácido fólico rojo, vitamina D, magnesio y zinc en la presentación inicial <sup>31</sup>.

En la anorexia nerviosa se pueden observar anomalías en los parámetros hematológicos y bioquímicos, como presencia de leucopenia de todo tipo de células, pero normalmente hay una linfocitosis aparente, puede haber anemia, trombocitopenia y rara vez problemas hematológicos <sup>1</sup>. La anemia puede ser a causa de la baja demanda metabólica, además de la disminución en la ingesta de hierro y folato <sup>32</sup>. Los cambios en parámetros hematológicos podrían estar relacionados con el peso del usuario, puesto que, en un estudio publicado por la Revista de Trastornos Alimentarios (Journal of Eating Disorders) se demostró que en pacientes con AN, el recuento total de leucocitos, neutrófilos, eosinófilos y monocitos, así como el nivel de hemoglobina, estaban altamente correlacionados con la masa de grasa expresada en valores absolutos o en porcentaje del peso corporal<sup>33</sup>.

Por otro lado, en un estudio publicado en la Revista Paulista de Pediatría se demostró que en el momento cuando el IMC es muy bajo y hay bradicardia e hipotensión, los cambios de laboratorio más frecuentes se encuentran en el análisis de gases en sangre venosa, en orden de frecuencia, cambios en ferritina (72% con elevación), alteración de la función tiroidea (53% con disminución de tiroxina), dislipidemia (31% con LDL elevada, 25% con hipercolesterolemia), urea elevada (25%), elevación de ALT (14%), hipoglucemia (14%) y anemia (9%) <sup>34</sup>.

Los pacientes con BN pueden presentar en las pruebas de laboratorio, anomalías hidroelectrolíticas, como hipopotasemia, hipocalcemia e hiponatremia <sup>1</sup>. Estos pacientes pueden presentar cifras de potasio inferiores a 2 mEq/l y cifras de sodio inferiores a 125 mEq/l y no presentar prácticamente ningún signo clínico <sup>32</sup>.

La mayoría de los estudios de morfología cerebral realizados en TCA muestran una pérdida tanto de sustancia gris como de sustancia blanca y un aumento de los volúmenes ventriculares durante la enfermedad. No obstante, técnicas como la resonancia magnética y la resonancia magnética espectroscópica han revelado una normalización parcial de estas alteraciones con la recuperación de la enfermedad, lo que indica que estos cambios estructurales observados en pacientes con TCA son reversibles y acompañan al síndrome clínico <sup>35</sup>.

En la Tomografía Axial Computarizada (TAC) se puede además identificar degeneración de mielínolisis pontina y la encefalopatía de Wernicke <sup>36</sup>. Por otro lado, realizarle un encefalograma al paciente ayudará a detectar encefalopatías metabólicas, causadas principalmente por alteraciones electrolíticas <sup>1</sup>.

Según un estudio realizado por A. Baño Rodrigo et al <sup>37</sup> en pacientes con AN y BN, los trastornos de la conducta alimentaria producen, en un elevado número de pacientes, alteraciones electrocardiográficas consistentes fundamentalmente en bradicardia y alteraciones de la repolarización ventricular, que, aunque en su mayoría son asintomáticas, deben conocerse para su evaluación y seguimiento oportuno en cada caso.

La evaluación electrocardiográfica permite analizar el estado del paciente y si presenta complicaciones cardiovasculares que son la razón más común de muerte en pacientes con AN <sup>32</sup>. En este procedimiento, se presenta comúnmente bradicardia sinusal y menos frecuentemente arritmias, y en algunas personas se puede observar alargamiento del intervalo QTc <sup>1</sup>.

Por otro lado, es importante realizar procedimientos para estudiar la masa ósea en AN, donde frecuentemente se encontrará disminución de la densidad ósea, presencia de osteoporosis u osteopenia, siendo el riesgo de fracturas bastante elevado <sup>1</sup>.

#### **2.1.4. Hallazgos físicos de los TCA**

##### **2.1.4.1. Hallazgos físicos de anorexia nerviosa**

Los pacientes con AN pueden presentar deficiencia de vitaminas y nutrientes esenciales, y deficiencia en proteína. Pueden presentarse con anemia por deficiencia de hierro, deshidratación, porcentaje de grasa corporal menor de 10%, crecimiento de lanugo, alopecia, alteración en el metabolismo de la tiroide, infertilidad anovular, amenorrea, halitosis, y callos <sup>38</sup>.

#### **2.1.4.2. Hallazgos físicos de bulimia nerviosa**

Amenorrea, flatulencia, hinchazón, constipación, reflujo gastroesofágico, erosión del esmalte dental, callos, inflamación de las glándulas salivares y malnutrición son hallazgos físicos que pueden estar presente en un paciente con BN <sup>39</sup>.

#### **2.1.4.3. Hallazgos físicos de trastorno por atracón**

El hallazgo físico más común en pacientes con trastorno por atracón es la ganancia de peso, al nivel que pone al paciente en alto riesgo a padecer de obesidad <sup>40</sup>.

#### **2.1.4.4. Hallazgos físicos de trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria.**

Los pacientes pueden informar síntomas atribuibles a la desnutrición aguda, como fatiga, mareos y síncope y / o desnutrición más prolongada, como dolor abdominal, estreñimiento, intolerancia al frío, amenorrea, piel seca y caída del cabello. En el examen, los signos de desnutrición pueden incluir caquexia, hipotermia, bradicardia, taquicardia e hipotensión ortostática, abdomen escafoides, lanugo y palidez <sup>41</sup>.

### **2.1.5. Tratamiento de los TCA**

#### **2.1.5.1. Tratamiento de anorexia nerviosa**

El tratamiento para la AN es multidisciplinario. Este incluye terapia conductiva conductual, terapia basada en la familia, fluoxetina y consejería nutricional <sup>42</sup>.

#### **2.1.5.2. Tratamiento de bulimia nerviosa**

En un estudio hecho por B. Timothy Walsh, se determinó que la terapia cognitiva conductual es superior al momento de reducir los síntomas conductuales de los pacientes con BN en comparación a psicoterapia de soporte. También se determinó que la terapia conductual combinado con medicamentos (fluoxetina) es mejor que un tratamiento medicamentoso exclusivamente <sup>43</sup>.

#### **2.1.5.3. Tratamiento de trastorno por atracón**

Farmacológicamente el trastorno por atracón puede ser tratado con antidepresivos, siendo Imipramina y desipramina los mayor estudiado. La fluoxetina ayuda a disminuir los episodios atracones. También se debe tratar con terapia cognitiva conductual <sup>44</sup>.

#### **2.1.5.4. Tratamiento de trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria.**

El tratamiento del trastorno de evitación/restricción de ingesta alimentaria es multidisciplinario, y puede requerir hospitalización. Una guía de tratamiento todavía no ha sido publicada y el tratamiento es en base de la necesidad del paciente. Estos pacientes pueden ser tratados con terapia cognitiva conductual <sup>45</sup>.

#### **2.1.6. Comorbilidades de los TCA**

Más del 70% de las personas con trastornos alimentarios informan trastornos comórbidos: los trastornos de ansiedad (> 50%), los trastornos del estado de ánimo (> 40%), las autolesiones (> 20%) y el consumo de sustancias (> 10%) son comunes <sup>23</sup>.

##### **2.1.6.1. Comorbilidades en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos**

Los trastornos comórbidos que se observan más frecuentemente son los trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del neurodesarrollo (especialmente el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) <sup>1</sup>.

##### **2.1.6.2. Comorbilidades en la anorexia nerviosa**

Son comunes los trastornos de depresión, bipolaridad y ansiedad. Muchos individuos con anorexia nerviosa refieren la presencia de síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del trastorno de la conducta alimentaria. También se han descrito casos de TOC, principalmente en anorexia de tipo restrictiva. Por otro lado, los trastornos por consumo de sustancia son frecuentes en la anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas<sup>1</sup>.

#### **2.1.6.3. Comorbilidades en la bulimia nerviosa**

Son comunes los trastornos relacionados con el estado de ánimo, como depresión y bipolaridad. Muchas personas presentan estas comorbilidades al inicio o después del diagnóstico de bulimia nerviosa. Sin embargo, en algunos individuos, la alteración del estado de ánimo aparece antes del desarrollo de la bulimia nerviosa. También son comunes los trastornos de ansiedad y al menos un 30% puede tener un trastorno por abuso de sustancias<sup>1</sup>.

#### **2.1.6.4. Comorbilidades en el trastorno de atracones**

El trastorno de atracones está asociado con una comorbilidad psiquiátrica significativa que es comparable a la de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa<sup>1</sup>.

#### **2.1.7. Nivel de conocimiento de profesionales de la salud sobre los TCA**

Seah, Tham, Kamaruzaman, Yobas, realizaron en el año 2016, una revisión literaria sobre aquellos conocimientos que tienen los profesionales de la salud sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos<sup>46</sup>. Consiguiente a esto, se analizó si factores como la edad, el entrenamiento y el sexo juegan algún papel fundamental en el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de la salud. Nueve estudios revisados, examinaron el nivel de conocimiento que tenían los participantes, donde solo uno dio como resultado un nivel adecuado. En sentido general, este análisis y revisión literaria recomendó que se deben hacer cursos de entrenamiento para profesionales, para que los niveles de conocimiento de los TCA sean suficientes para realizar un diagnóstico certero y precoz.

Campbell y Peebles en 2014, afirman que los TCA siguen pasando desapercibidos, principalmente para pediatras, por esta razón no muchos adolescentes reciben un tratamiento oportuno o un diagnóstico acertado y rápido<sup>47</sup>. Esto hace que los pacientes alcancen un estadio crónico, que aumenta la posibilidad de complicaciones y la mortalidad de muerte. En conclusión, esta investigación recomienda que los profesionales, especialmente los pediatras deben tener un alto índice de sospecha para diagnosticar un TCA, puesto que el diagnóstico temprano, mejora el pronóstico.

Ravenau, Feinstein, Rosen y Fisher realizaron un estudio en 2013, donde utilizaron un cuestionario tanto para enfermeras como para residentes, un 58.2% de los participantes entendían que estos pacientes eran responsables de sufrir de estas enfermedades<sup>48</sup>.

Por último, en el año 2018, se Gyana Canaán y Kendra Cueto, realizaron un estudio, donde utilizaron una encuesta aplicada a profesionales médicos de Atención Primaria de Salud, donde se buscó medir el nivel de conocimiento sobre los TCA<sup>49</sup>. Llegando a la conclusión de que la mayoría de los encuestados, tenía un nivel de conocimiento insuficiente, que después de talleres informativos, mejoró y aumentó el nivel de suficiencia.

## **2.2. Marco conceptual**

### **2.2.1. Encefalopatía de Wernicke**

Es un síndrome neuropsiquiátrico agudo producido por el déficit de tiamina. Es una condición de distribución mundial con una prevalencia entre 0,8-2,8%. Históricamente se ha asociado al consumo crónico de alcohol, pero han surgido nuevas situaciones que pueden producir <sup>50</sup>.

## **2.3. Contextualización**

El estudio tomo lugar en la República Dominicana con la ayuda de CP Enmanuel y la Sociedad Dominicana de Pediatría. CP Enmanuel ayudó con la recolección de datos, y al momento de construir nuestro cuestionario. La Sociedad Dominicana de Pediatría nos ayudó a ponernos en contacto con los posibles participantes y a distribuir la encuesta a todos los miembros de la asociación.

Consultorios Psicoterapéutico Enmanuel, está formado por un equipo de profesionales al servicio de aquellas personas que elijan y confíen en sus experiencias, a fin de hacer emerger en los pacientes la alegría y la tranquilidad que desaparece, muchas veces, ante determinadas situaciones. Su filosofía es: La mente es un mar de inagotables ideas y en ocasiones se transforman en imponentes olas que pueden llegar a causar miedos incontrolables que deterioran la vida del individuo. Es nuestra meta de servicio acompañar al individuo en la conquista de esas aguas internas dando lugar a quien honor y honra merece nuestro Dios y creador.

Dentro los servicios que ofrecen están terapias manejadas, como terapia individual y grupal, terapia familiar, terapia sexual y de parejas, entre otras; también ofrecen programas de tratamiento para déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta alimentaria, trastorno del estado de ánimo, trastornos de aprendizaje y trastorno generalizado del desarrollo <sup>51</sup>.

La Sociedad Dominicana de Pediatría es una organización de carácter civil, autónoma, científica sin fines de lucro cuya misión es participar en el ámbito público y privado aportando criterios que contribuyan a beneficiar, satisfacer y garantizar la demanda y fomento de salud de la niñez y la adolescencia; y a la vigilancia de la ética profesional, la dignidad y la eficiencia en la práctica de la perdurará en la República Dominicana <sup>52</sup>. Para ser parte de la misma el/la doctor especializado en pediatría deberá llenar una aplicación y contar con los requisitos que pide la sociedad.

### **3. Diseño metodológico**

#### **3.1. Contexto**

Los TCA están incrementando en prevalencia, siendo AN y BN lo más frecuentes. Estas patologías son de suma importancia ya que pueden afectar significativamente la calidad de vida de un paciente. Complicaciones tan severas como enfermedades cardiacas se ha demostrado ser causada por AN y BN <sup>53</sup>.

En la República Dominicana existe una escasez de estudios sobre TCA. Además de esto, en el país no hay actualmente protocolos de detección temprana TCA, pero la existencia de dicho protocolo es importante porque los pacientes con estas enfermedades están en riesgo de complicaciones que afectarán el resto de sus vidas si no son tratados con rapidez o prevenidos.

Un grupo importante de la atención primaria son los pediatras. Los pediatras son importantes cuando hablamos de la detección temprana de TCA ya que ellos son los que más frecuentemente tienen contacto con la población en alto riesgo para TCA, que es pacientes entre las edades de 14 a 25 años <sup>54</sup>.

Por la importancia de los pediatras al momento de la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y manejo de trastornos alimentario que poseen los pediatras dominicanos. Por esta razón, en esta investigación por igual se identificaron los aspectos claves relacionados con la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos alimentarios. Con la finalidad de aportar al avance de la detección temprana de TCA.

El estudio se llevó a cabo virtualmente con la ayuda de CP Enmanuel, localizado en Roberto Pastoriza No. 57, Naco, Distrito Nacional, Santo Domingo, República Dominicana, y la colaboración de la Sociedad Dominicana de Pediatría. La realización de esta investigación fue desde noviembre 2020 hasta junio del año 2021.

### 3.2. Modalidades del trabajo final

Este estudio es un proyecto de investigación, puesto que se busca analizar el nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria en médicos pediatras dominicanos.

Orientando nuestros objetivos al estudio de los factores importantes que influyen en un diagnóstico rápido, certero y preciso de TCA, principalmente en consultas pediátricas. Permitiendo de esta manera, que en nuestro país surjan guías y protocolos para el aumento en la calidad de atención de usuarios TCA.

### 3.3. Tipo de estudio

La metodología utilizada para el estudio es a través del método prospectivo, observacional y descriptivo, para analizar el nivel de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en médicos pediatras dominicanos, en el periodo de tiempo 2020 - 2021.

### 3.4. Variables y su operacionalización

Variable	Tipo y Subtipo	Definición	Indicador	Escala de Medición
Edad	Cuantitativa Continuo	Tiempo a partir del nacimiento de un individuo.	25 – 35 años 35 – 45 años Más de 45 años	1: 25 – 35 años 2: 35 – 45 años 3: Más de 45 años
Sexo	Cualitativa Nominal	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en seres humanos,	Masculino Femenino	1: Femenino 2: Masculino
Lugar de Gerencia	Cualitativa Nominal	Lugar donde el profesional se desenvuelve.	Santo Domingo Distrito Nacional Otro	1: Santo Domingo 2: Distrito Nacional 3: Otro

<b>Nivel de conocimiento general sobre los TCA</b>	Cualitativa ordinal	Conocimientos que tienen los pediatras dominicanos sobre los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene el cuestionario con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje total del cuestionario 1: 0 – 22 o <79%: Insuficiente 2: 23–28 o > 80%: Suficiente
<b>Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de los TCA</b>	Cualitativa ordinal	Identificación de cuáles son los factores que llevan a desarrollar un TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 1 pregunta: 1: 0 ó <79%: Insuficiente 2: 1 ó > 80%: Suficiente
<b>Conocimiento sobre la clasificación de TCA</b>	Cualitativa ordinal	Identificación de cuáles son los TCA, sus clasificaciones	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 3 preguntas 1: 0 – 2 ó <79%: Insuficiente 2: 3 ó > 80%: Suficiente
<b>Conocimiento sobre las comorbilidades de TCA</b>	Cualitativa ordinal	Identificación de cuáles son las comorbilidades de los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 2 preguntas: 1: 0 – 1 ó <79%: Insuficiente 2: 1 ó > 80%: Suficiente
<b>Conocimiento sobre disparadores de TCA</b>	Cualitativa ordinal	Identificación de cuáles son los disparadores de los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 1 pregunta: 1: 0 ó <79%: Insuficiente 2: 1 ó > 80%: Suficiente
<b>Conocimiento sobre síntomas y hallazgos físicos de los TCA</b>	Cualitativa ordinal	Conocimiento sobre manifestaciones clínicas de los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 8 preguntas: 1: 0 – 6 ó <79%: Insuficiente 2: 7 – 8 ó > 80%: Suficiente
<b>Conocimiento sobre el diagnóstico de los TCA</b>	Cualitativa ordinal	Conocimiento sobre la detección y diagnóstico de los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 9 preguntas: 1: 0 – 7 ó <79%: Insuficiente 2: 8 – 9 ó > 80%: Suficiente

<b>Conocimiento sobre tratamiento de los TCA</b>	Cualitativa ordinal	Conocimiento sobre el tratamiento y manejo de los TCA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 3 preguntas 1: 0 – 2 ó <79%: Insuficiente 2: 3 ó > 80%: Suficiente
<b>Manual que se utiliza para diagnosticar un TCA</b>	Cualitativa ordinal	Conocimiento de DSM 5 como el manual diagnóstico para TA	Sumatoria de las preguntas que contiene esta sección con un valor de 1 por cada ítem correcto	Puntaje de 1 pregunta: 1: 0 ó <79%: Insuficiente 2: 1 ó > 80%: Suficiente

### 3.5. Métodos y técnicas de investigación

#### 3.5.1 Instrumentos de recolección de datos

Se realizó una encuesta en línea donde se incluyeron distintas preguntas para evaluar el nivel de conocimiento sobre TCA, incluyendo aspectos clave de detección, diagnóstico y tratamiento, se administró a pediatras dominicanos que pertenecen a la Sociedad Dominicana de Pediatría. La encuesta fue distribuida mediante un correo electrónico por vía de la SDP. La misma estuvo organizada en 10 secciones, 31 preguntas. Las secciones incluidas son: Consentimiento informado, datos personales, patogenia, clasificación, comorbilidades, disparadores, síntomas y signos, diagnóstico, tratamiento y guías de uso. La información que fue recolectada y fue utilizada de forma que las preguntas contestadas correctamente alineadas con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su 5ta edición, permitieron conocer el nivel de conocimiento de los pediatras dominicanos. Todas las preguntas fueron cerradas.

#### 3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación fue realizada bajo los conceptos expresados en el Manual de Ética de la Universidad Iberoamericana que a su vez está bajo los criterios de Belmont: respeto hacia las personas, justicia y beneficencia. Esta investigación fue sometida al Comité de Ética de UNIBE, para su evaluación y análisis, contando con el siguiente número de aprobación: CEI2020 – 336.

La selección de la muestra se hizo independientemente del estado de vulnerabilidad de los usuarios. Se solicitó una carta de aprobación de CP Enmanuel, quienes funcionaron como enlace para utilizar la información de la Sociedad Dominicana de Pediatría, de donde se usó la base de datos de pediatras asociados, para poder llevar a cabo dicha actividad. Se realizó la recolección de datos en línea, vía correo electrónico, al cual se envió individualmente la encuesta. Las respuestas de los participantes fueron totalmente anónimas.

Además, solo las investigadoras tuvieron acceso a los correos electrónicos de los participantes. Por otro lado, se adjuntó en la encuesta un consentimiento informado, explicando todo lo relacionado con la investigación y que especificó que automáticamente la persona comienza a completar las preguntas, acepta su participación en el estudio.

Aseguramos de esta forma, la confidencialidad de todos los participantes de esta investigación.

### **3.7. Selección de la población y muestra**

De los pediatras que forman parte de la Sociedad Dominicana de Pediatría, se eligieron de forma no probabilística en bola de nieve los participantes de este estudio. Se calculó el tamaño muestral en el programa Raosoft tomando en cuenta un análisis a priori con un nivel de confianza del 95% y un error del 10%, lo cual resultó en un tamaño de 93 personas.

Criterios de inclusión:

- Ser pediatra.
- Ser parte de la Sociedad Dominicana de Pediatría.
- Residir y trabajar en la República Dominicana.
- Tener más de 25 años.

Criterios de exclusión:

- No ser pediatra.
- No pertenecer a la Sociedad Dominicana de Pediatría.
- Residir y trabajar fuera de la República Dominicana.

- Tener menos de 25 años.

### **3.8. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos**

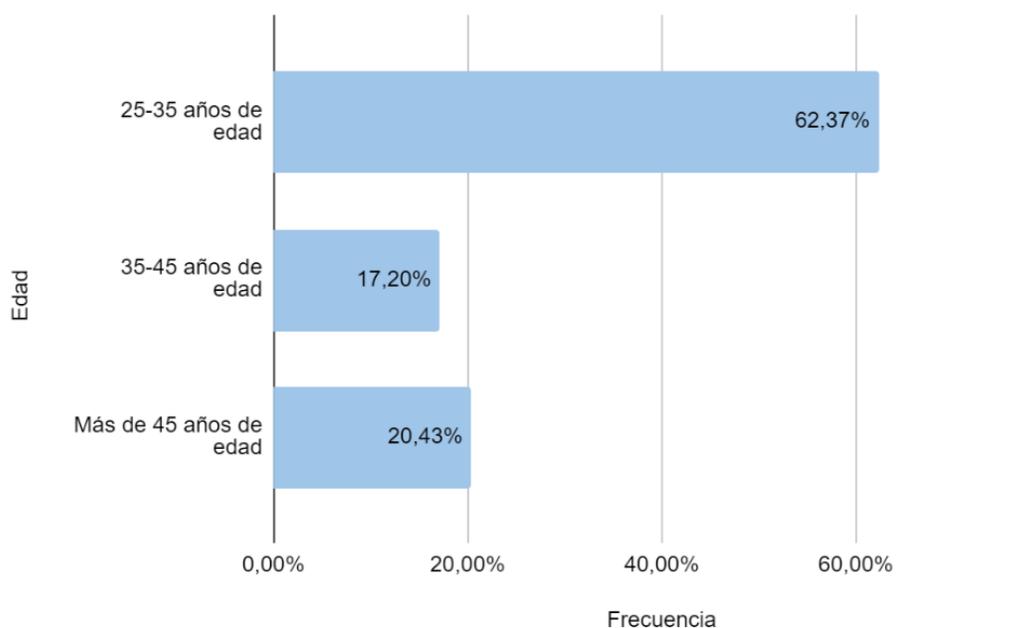
Se tomó la información de las respuestas dadas por los pediatras dominicanos que participaron en la encuesta en línea suministrada por nosotras y CP Emanuel por vía de Google forms. Se evaluaron y compararon los datos en el programa de hoja de cálculos Microsoft Excel 16.0, 2016.

Se evaluó el nivel de conocimiento sobre los TCA de cada individuo y también se evaluó el nivel de conocimiento de todos los participantes unidos por cada pregunta/sección. Se determinó como un nivel de conocimiento suficiente de una sección o del cuestionario completo que sea respondido de forma correcta de mayor o igual de un 80% y un nivel insuficiente con menos o igual de un 79%.

Las variables, en sentido general, fueron analizadas con tablas de frecuencia para ordenar los datos y estudiar su distribución, de igual manera, se uso la media, la moda y la mediana, así como también la desviación estándar, para analizar algunas variables en particular. Por otro lado, se usaron figuras para graficar los resultados.

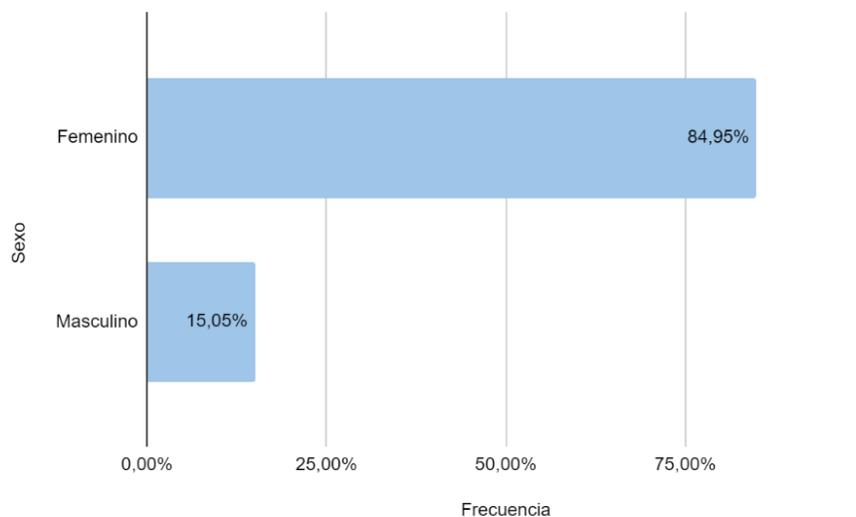
#### 4. Resultados

De la encuesta aplicada en una muestra de 93 pediatras (79 de sexo femenino y 14 de sexo masculino) pertenecientes de la Sociedad Dominicana de Pediatría que participaron en la investigación: “Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos: aproximación en pediatras, República Dominicana, 2020-2021” se obtuvieron los siguientes resultados:



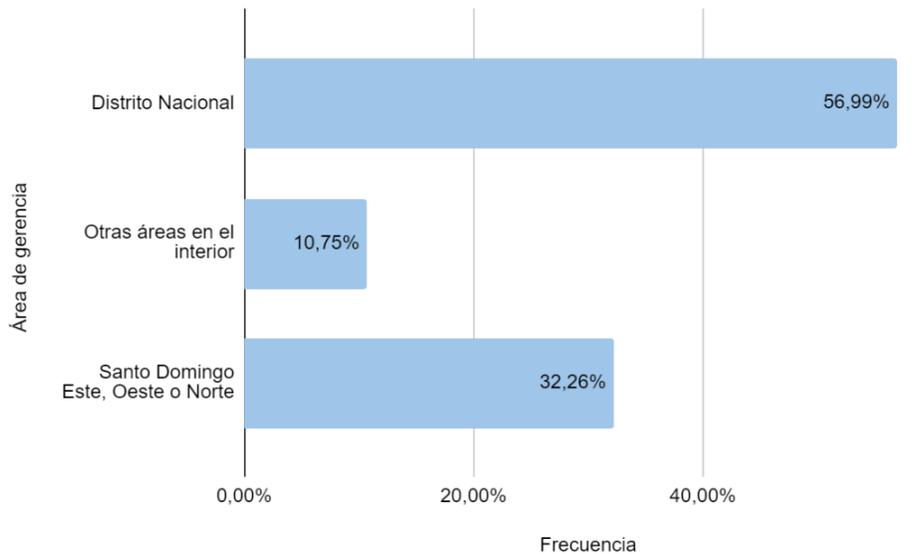
**Figura 1. Porcentaje relacionado a la edad**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



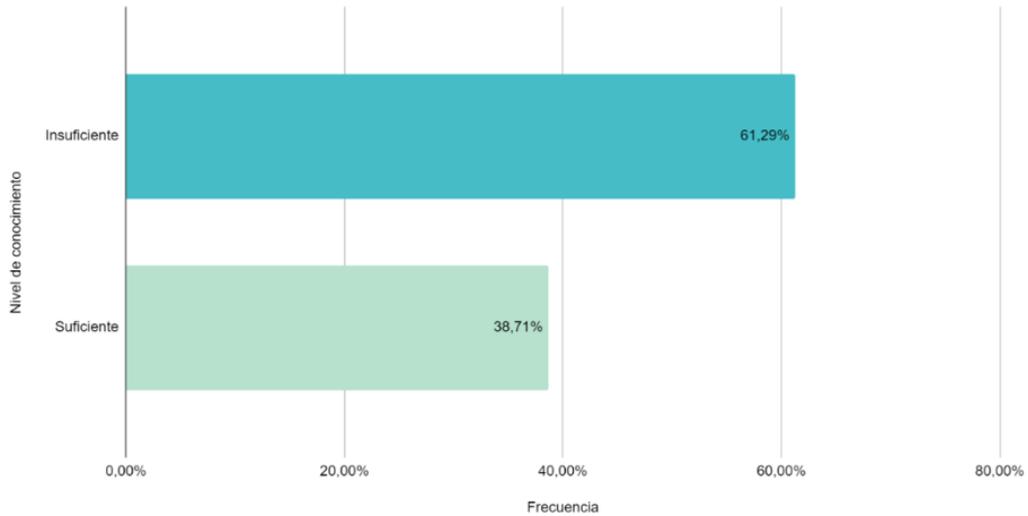
**Figura 2. Porcentaje relacionado con el género de pediatras encuestados.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



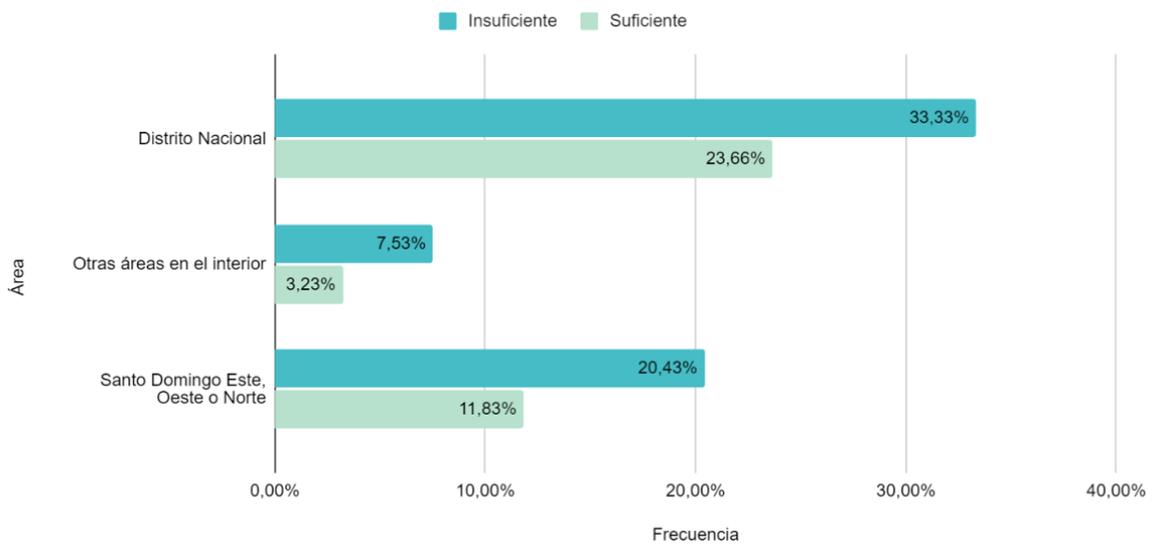
**Figura 3. Porcentaje relacionado con el área de gerencia.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



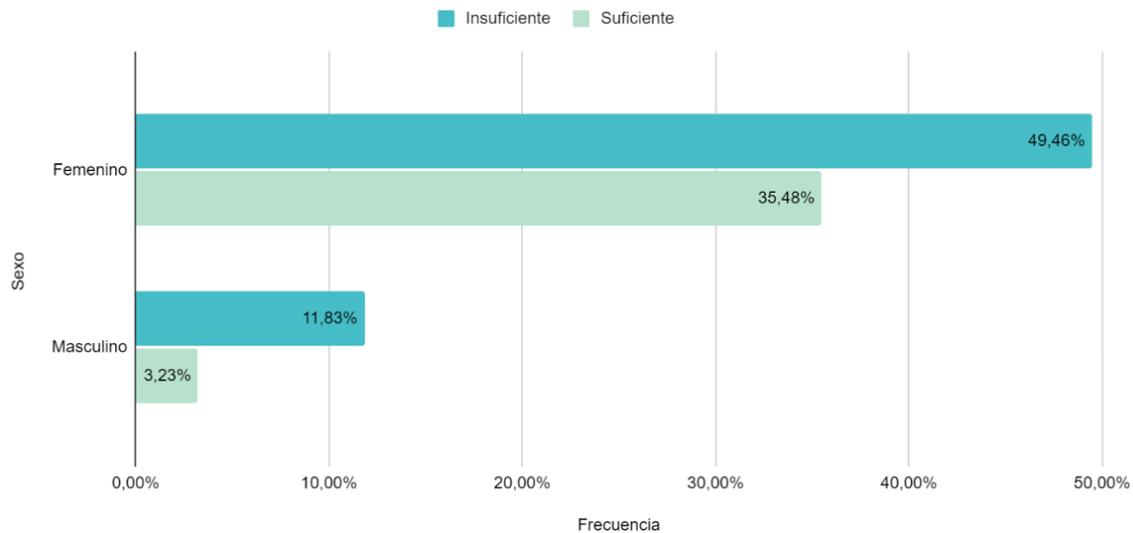
**Figura 4. Nivel de conocimiento general en porcentaje sobre trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



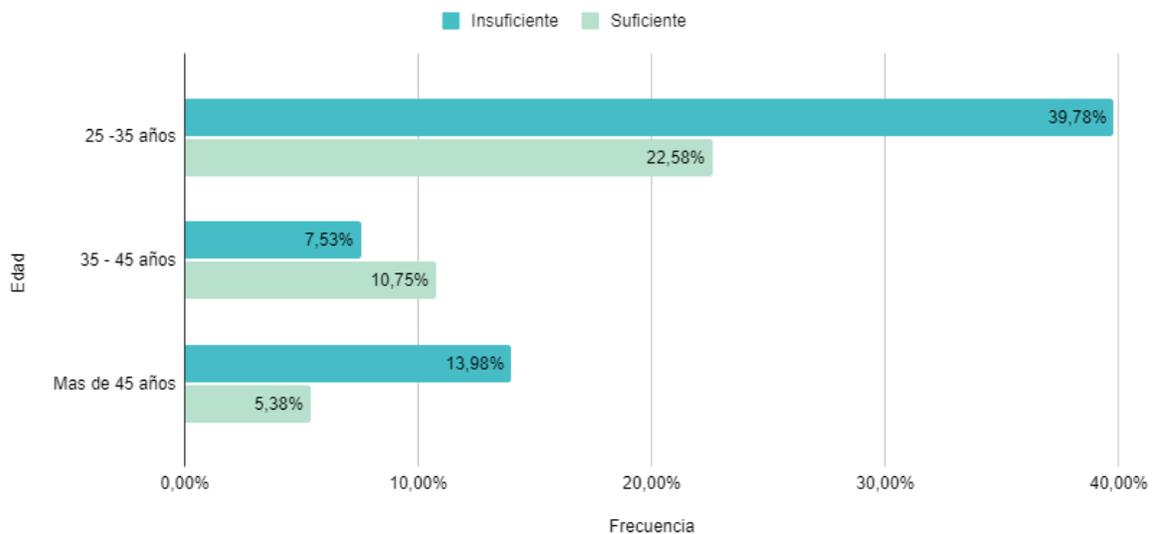
**Figura 5. Nivel de conocimiento general en porcentaje sobre trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos por área de gerencia del encuestado.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



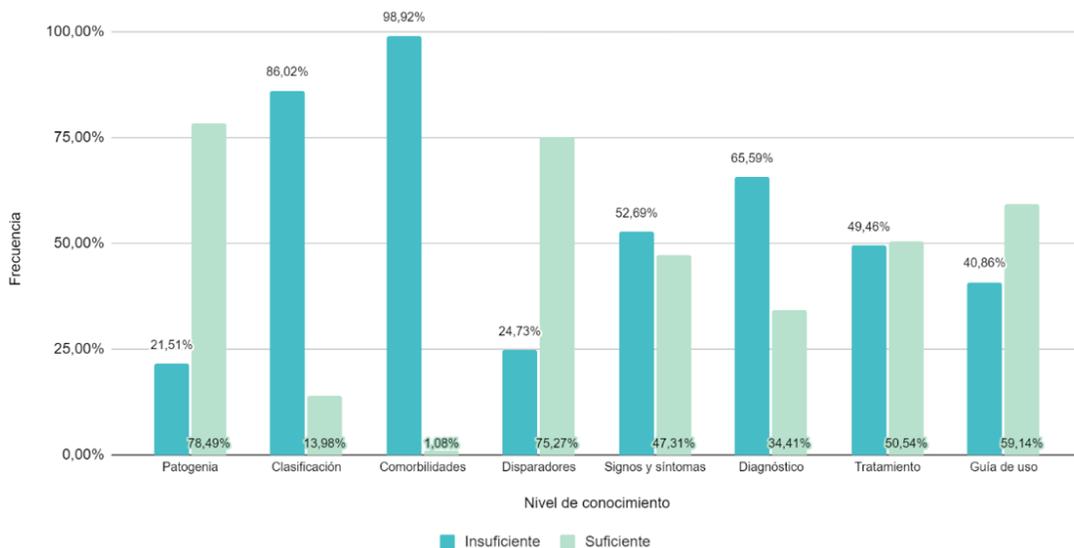
**Figura 6. Nivel de conocimiento general en porcentaje sobre trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos por género del encuestado.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



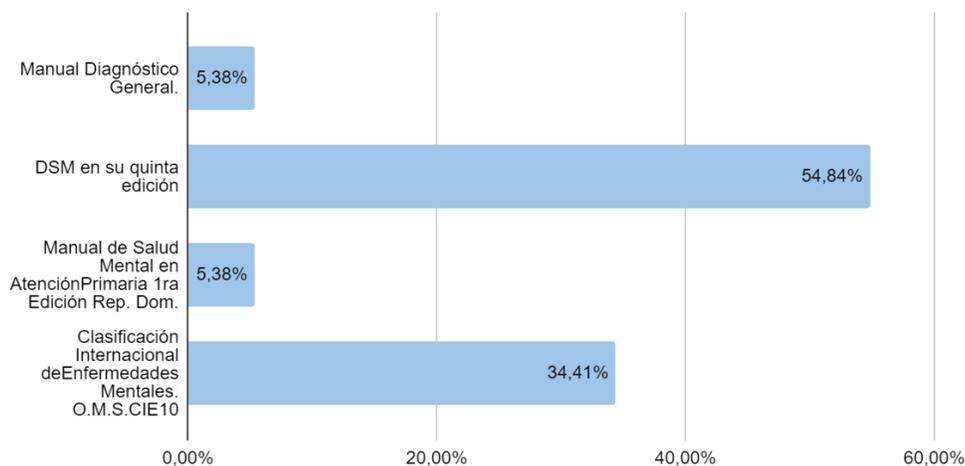
**Figura 7. Nivel de conocimiento general en porcentaje sobre trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos por edad del encuestado.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



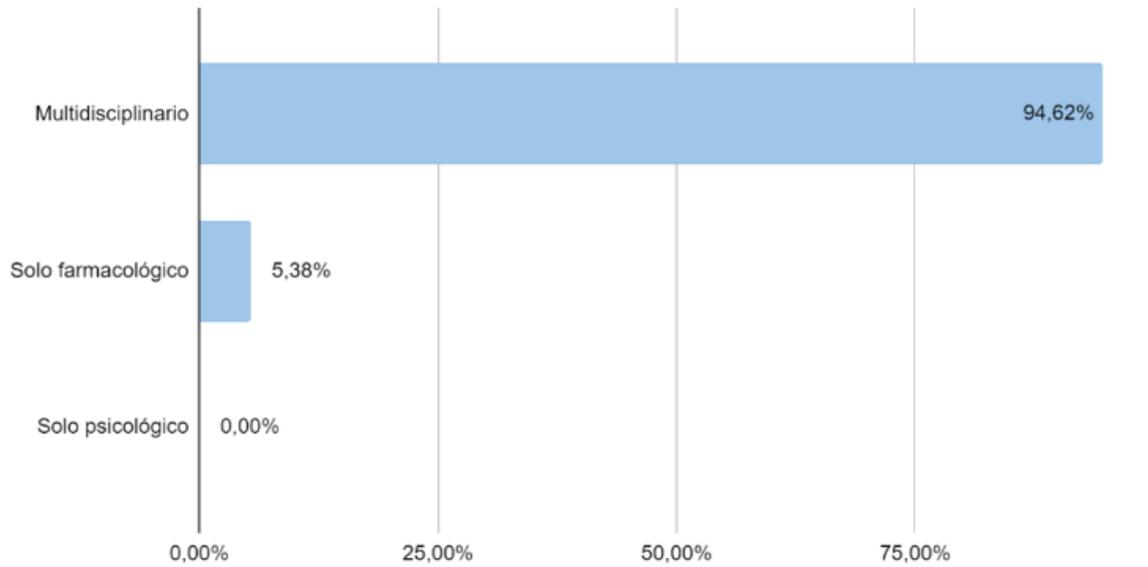
**Figura 8. Nivel de conocimiento, por secciones, en porcentaje sobre los trastornos de la conducta alimentario e ingesta de alimentos.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



**Figura 9. Manual utilizado para el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.



**Figura 10. Principios aplicados en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos.**

**Fuente:** Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.

## 5. Discusión

Siendo los pediatras son profesionales de salud que más comúnmente tienen más interacciones con los pacientes en etapa infantil y los adolescentes que son una la población de mayor riesgo para sufrir TCA <sup>8</sup>, se desconoce el conocimiento el abordaje de los TCA que ellos tienen.

Es por esto, que el propósito de este estudio fue conocer el nivel de conocimiento que tienen los pediatras dominicanos sobre los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos.

Tomando en cuenta la poca cantidad de evidencia sobre los TCA en la República Dominicana, incluyendo tanto la prevalencia, así como también el nivel de conocimiento en pediatras, es complicado analizar y evaluar las razones por las cuales los pacientes que sufren de una de estas enfermedades tienen acceso a una atención y un diagnóstico rápido y eficaz.

A raíz de esto, se suponía que los pediatras tienen un nivel de conocimiento insuficiente, con respecto al tema, por esta razón, se decidió analizar cuál es el dicho nivel que tienen estos profesionales sobre estas afecciones, que pueden afectar niños, niñas y adolescentes del país.

Dentro el proceso investigativo los resultados determinaron que, en sentido general, el nivel de los pediatras es insuficiente para el 61.29% y suficiente para el 38.71%. De esta manera, apoyando nuestra suposición de que la mayoría de pediatras manejan un nivel de conocimiento insuficiente sobre los TCA. Estos resultados se contrastan con aquellos obtenidos por Kristen Anderson et al et al. (2017), donde ochenta médicos de todas las disciplinas completaron una encuesta. Los participantes demostraron un conocimiento limitado de los trastornos alimentarios<sup>55</sup>.

Asimismo, una investigación realizada por F. McNicholas et al. (2015), donde los participantes tenían un promedio de 15,8 años de experiencia clínica e incluían psiquiatras, médicos de cabecera, psicólogos y consejeros, y que difieren de este estudio, puesto que, el conocimiento de los participantes sobre los TCA fue moderadamente bueno en general. Entre los profesionales encuestados, los psiquiatras eran los más conocedores de los TCA, y tenían más confianza en su capacidad para diagnosticar y tratar los TCA que los profesionales de todas las demás disciplinas, excepto los psicólogos<sup>56</sup>.

Por otro lado, un estudio realizado en 2018 por Gyana Canaán y Kendra Cueto, evidenció que más de un 90% de los participantes perteneciente a la Atención Primaria de Salud, incluyendo pediatras, demostraron un nivel de conocimiento insuficiente con respecto a los TCA<sup>49</sup>.

En cuanto a los factores sociodemográficos, se encontró que todas las áreas de gerencia presentan una frecuencia mayor de pediatras con nivel conocimiento insuficiente sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos comparado con un nivel conocimiento suficiente.

De manera general, mediante la investigación se determina que el nivel de conocimiento general por área de gerencia, todas las áreas presentan un nivel más alto de pediatras con un nivel insuficiente que suficiente, destacándose más la diferencia en el porcentaje de 10% en el Distrito Nacional, difiriendo a un estudio realizado en 2018 por Gyana Canaán y Kendra Cueto, donde un 25% de participantes del Distrito Nacional tuvieron un nivel suficiente, en relación con el 8.7% que tuvo un nivel insuficiente en esa área de gerencia<sup>49</sup>. En resumen, el Distrito Nacional tuvo un porcentaje de insuficiencia de 33.33% en contraste con un 23.66%, Santo Domingo 20.43% de insuficiencia, con un nivel suficiente de 11.83% y otras áreas en el interior un 20.43% de insuficiencia en comparación con el 3.23% de suficiencia.

Tanto para el género masculino como femenino demuestran un nivel de conocimiento general insuficiente, para el género femenino un 49,46% fue insuficiente en comparación con un 35,48% de suficiente, mientras que el género masculino tuvo un 11,83% de insuficiente y un 3,23% de suficiente sobre trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos. Sin embargo, se puede decir que el género masculino (8,6%) tiene un mejor conocimiento en relación al género femenino (13,98%). Encontramos que hay un nivel insuficiente mayor que suficiente en ambos sexos, siendo mayor la diferencia de casi un 14% en el sexo femenino. En relación con Seah, Tham, Kamaruzaman, Yobas (2016) que afirman que el sexo no afecta el nivel de conocimiento que tienen los profesionales<sup>46</sup>.

Dentro del proceso investigativo se encontró que existe entre las edades 25-35 años (17,2%) demuestran un mayor nivel de conocimiento general insuficiente (39,72%), en comparación con un nivel suficiente (35,48%) sobre los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos, habiendo una diferencia de 4,24%, teniendo la mayoría un nivel de conocimiento suficiente. A diferencia entre las edades 35-45 años encontramos un nivel de insuficiencia de un 7,53% y de suficiencia de un 10,75%, por lo que hay un porcentaje de 3,22% mayor de pediatras con un nivel de conocimiento general suficiente sobre los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos. Por otro lado, se determinó un nivel de insuficiencia de 13,98% y de suficiencia de 5,38% en participantes mayores de 45 años, habiendo una diferencia de 8,6%

Cuando se analiza el nivel de conocimiento por edades se determina que entre las edades 35 y 45 años la mayoría si posee un nivel suficiente, pero lo mismo no se puede decir de los pediatras entre las edades 25 a 35 y mayores de 45 años. Difiriendo nuevamente de Seah et al. (2016), que exponen que la edad, al igual que el sexo como se mencionó anteriormente, no está relacionada con el nivel de conocimiento que tienen los profesionales<sup>46</sup>.

Un 94,62% de los pediatras entrevistados reconocen el tratamiento de los TCA como un tratamiento multidisciplinario, el cual debe incluir una integración entre el tratamiento farmacológico y psicológico, para adquirir una mejoría de la calidad de vida del paciente. Lo cual difiere de un metaanálisis realizado por Seah et al. (2016), que demuestra que aquellos profesionales que trabajan en Atención Primaria carecen de los niveles adecuados de conocimiento en el diagnóstico y manejo<sup>46</sup>.

Recae una gran importancia en identificar cuales aspecto de los TCA son relevantes para reforzar en los pediatras, para crear y aconsejar estrategias que aumenten las aptitudes relacionadas con estos aspectos, consiguiente a esto, la debilidad más significativa que el estudio encontró es el conocimiento sobre las comorbilidades, con un 98.92% de insuficiencia, y clasificación de los TCA con un 86.02% de insuficiencia.

Por otro lado, un mayor porcentaje de nivel suficiente de conocimiento en los aspectos de la patogenia con un 78.49% de suficiencia, disparadores con un 75.27% de suficiencia y cual guía se debe utilizar para el diagnóstico con un 59.14% de suficiencia.

Con respecto a la patogenia, donde un 78.49% tuvo un nivel suficiente, en contraste con un estudio realizado por Gladys Raveneau, Ronald Feinstein, Lisa M. Rosen and Martin Fisher (2013), expresa que tanto las enfermeras como los residentes de medicina creían que los problemas emocionales, la influencia de amigos y familiares, la presión familiar, la influencia de los medios de comunicación y la autoinducción eran las causas más probables de los TCA. La genética y la influencia de otros problemas médicos se consideraron causas menos probables<sup>48</sup>.

Asimismo, en términos generales, un estudio realizado por Gyana Canaán y Kendra Cueto en 2018, en profesionales médicos de Atención Primaria de Salud, demostró que las áreas con nivel de conocimiento más bajo recaen en la clasificación, el tratamiento, y el manual diagnóstico utilizado<sup>49</sup>. Mientras que se demostró un alto nivel de conocimiento en la evaluación de los pacientes, diagnóstico y posibles comorbilidades. Específicamente en el tratamiento, esa investigación obtuvo un 90% de respuestas incorrectas, calificando el conocimiento como insuficiente, en comparación con un 49.46% de nivel de insuficiencia en el estudio que se expone actualmente.

Dicho de esta manera, en contraste, Campbell y Peebles (2014) afirmaron que los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos, son desapercibidos por parte de aquellos profesionales pediatras, y muchos adolescentes no reciben el tratamiento oportuno, por lo cual no se recuperan y pueden llegar a alcanzar un estadio crónico que aumenta el riesgo de complicaciones, así como la mortalidad<sup>47</sup>.

En términos de guías que toman en cuenta los pediatras para diagnosticar un TCA: Un 54.84% adecuadamente utilizan el DSM-V. Esto puede implicar la importancia de

implementar un protocolo en el país para orientar a los pediatras dominicanos para utilizar la guía mundialmente aceptada para el diagnóstico de TCA.

Dentro del proceso investigativo se encontró que el 54.84% de los pediatras toman en DSM en su quinta edición como la guía que toma en cuenta al momento de diagnosticar trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos, 34.41% toma en cuenta la clasificación internación de enfermedades mentales OMS, y en ambas ocasiones un porcentaje de 5.38% toma en cuenta el manual diagnóstico general y el manual de salud mental en atención primaria 1ra edición Rep. Dom. En contraste con una investigación realizada en 2018 por Gyana Canaán y Kendra Cueto por donde más de un 80% de los participantes contestó que no utiliza el DSM, en su 5ta edición, para evaluar un paciente con el diagnóstico de un TCA<sup>49</sup>.

En este marco, es importante mencionar que este tema no ha sido ampliamente estudiado e investigado en el país, por lo que esta investigación significa la puerta de futuras investigaciones encaminadas en establecer un diagnóstico temprano en pediatras y futuros pediatras con el fin de proporcionar mecanismos para disminuir la presentación de complicaciones asociadas a los TCA, así como mejora se la calidad de la vida del paciente y disminución en gastos relacionados a una tardanza en el diagnóstico correcto. Puesto que, en un estudio publicado en 2011, el sesenta y ocho por ciento de los encuestados indicaron que no pensaban en detectar un trastorno de la alimentación porque no era la preocupación que presentaba y casi el 59% de los proveedores no creían tener las habilidades necesarias para intervenir con los trastornos de la alimentación<sup>57</sup>.

## 6. Recomendaciones

Se recomienda:

- La creación de un protocolo estandarizado dominicano, dirigido para profesionales de la salud, incluyendo a los pediatras, que tomen como base el DSM-V, y que sirva como guía para el buen abordaje de pacientes que presenten características significativas que señalen un diagnóstico de TCA.
- Fomentar el conocimiento de los aspectos importante sobre los TCA, ya siendo mediante cursos o charlas fácilmente accesibles para los pediatras dominicanos.
- Reforzar la importancia de la detección temprana de los TCA para minimizar la complicación que pueden surgir de las mismas y minimizar los gastos relacionados con esto.
- Impulsar estudios sobre los TCA dentro el país con fin de mejorar y ampliar el conocimiento actual.
- Integrar talleres de capacitación sobre la detección temprana de TCA en la formación de los residentes dominicanos de pediatría.

## Referencias

1. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. In: Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014. p. 338–50.
2. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. National Institute of Mental Health; 2011. [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901\\_152220.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901_152220.pdf).
3. Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010 Dec 1;126(6):1240-53
4. Aguilera Eguía R, Jorquera Pino PJ, Salgado CJ, Flores C. Efectividad de la suplementación de calcio en la disminución de grasa corporal en personas obesas: un overview de revisiones sistemáticas. *Nutrición Hospitalaria*. 2016 Oct;33(5):1229-35.
5. Behar Astudillo R. El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2020 Jun;58(2):171-85.
6. Yeh TC, Wu CH, Tseng YM. Improvement of the RFID authentication scheme based on quadratic residues. *Computer Communications*. 2011 Mar 15;34(3):337-41.
7. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*. 2019 May 1;109(5):1402-13.
8. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*. 2012 Apr;27(2):391-401.
9. Facts About Eating Disorders: What The Research Shows. Eating Disorders Coalition.; 2016. [http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/fact sheet\\_2016.pdf](http://eatingdisorderscoalition.org.s208556.gridserver.com/couch/uploads/file/fact sheet_2016.pdf)
10. Why Early Intervention for Eating Disorders is Essential [Internet]. National Eating Disorders Association. 2020 [cited 4 August 2020]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/why-early-intervention-eating-disorders-essential>
11. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *Journal of general internal medicine*. 2000 Aug 1;15(8):577-90.
12. American Academy of Pediatrics. Identifying and treating eating

- disorders. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1):204.
13. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *CurrProblPediatricAdolescHealthCare*2017;47:95-103
  14. Canale M, Gaitan B, Lucero M, Somario E, Shakespear S. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS: UN NUEVO NOMBRE, UN VIEJO TRASTORNO
  15. James I. Hudson, Eva Hiripi, Harrison G. Pope, Jr., Ronald C. Kessler *Biol Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC 2008 Feb 1. Published in final edited form as: *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1; 61(3): 348–358. Published online 2006 Jul 3. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
  16. Hoek HW, van Hoeken D. Revisión de la prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios. *Int J Eat Disord*. 2003; 34 : 383–396) (Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *PsychosomMed*. 2004;65:701–708
  17. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *AmJPsychiatry*. 1995;152:64–71
  18. Garfinkel PE, Lin E, Goering C, Spegg D, Goldbloom D, Kennedy S. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *EvidencefromaCanadiancommunitysample*. *Br J Psychiatry*. 1996;168:500–506
  19. Bushnell JA, Wells JE, Hornblow AR, Oakley-Browne MA, Joyce P. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *PsycholMed*. 1990;20:671–680.
  20. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *AmJPsychiatry*. 1991;148:1627–1637.
  21. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison subgroups. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1052–1058
  22. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Mangweth B, Biebl W. Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *Eat Weight Disord*. 1999b;4:169–174.
  23. Keski-Rahkonen A, Mustelina L. Epidemiología de los trastornos alimentarios en Europa, Opinión actual en psiquiatría [internet]. 2016 [citado 25 oct 2020]; 29(6):340-345 Disponible en: doi: 10.1097 / YCO.0000000000000278
  24. Hilbert A, &vanDyck Z. Eating Disorders in Youth-Questionnaire.Universidad de Leipzig [internet]. 2016 [citado 25 oct 2020]. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz>

25. Maloney M, Bell McGuire N, Stephen N. Reliability Testing of a Children's Version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988; 27(5):541-543
26. Golden NH, Katzman DK, Kneipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, et al. Trastornos de la alimentación en adolescentes: documento de posición de la Society for Adolescent Medicine. *J de Salud del Adolescente*. 2003; 33: 496–503.
27. Birmingham CI, Beumont P. Gestión médica de los trastornos alimentarios. Cambridge: Cambridge University Press; 2004
28. Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Denham H, Jordan A, et al. Guías de práctica clínica de Australia y Nueva Zelanda para el tratamiento de la AN. *Aust NZ J Psiquiatría*. 2004; 38: 659–70.
29. Thornton C, Touyz S, Buckingham CL. Trastornos alimenticios: manejo en la práctica general. *Medicina hoy*. 2005; 6 (10): 29–36.
30. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kneipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. Trastornos de la alimentación en adolescentes: un documento de antecedentes. *J Adolesc Health*. 1995; 16 (6): 420–37.
31. Barron LJ, Barron RF, Johnson JC, Wagner I, Ward CJ, Ward SR, Barron FM, Ward WK. A retrospective analysis of biochemical and haematological parameters in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2017 Dec 1; 5(1):32.
32. Soto A. Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia. p. 239-255
33. Lambert M, Hubert C, Depresseux G, Vande Berg B, Thissen JP, de Deuxchaisnes CN, Devogelaer JP. Hematological changes in anorexia nervosa are correlated with total body fat mass depletion. *International Journal of Eating Disorders*. 1997 May; 21(4):329-34
34. Pires Sofia Alexandra Pereira, Soares Joana Costa, Luz Alexandra Maria Branco da, Moleiro Pascoal. AVALIAÇÃO LABORATORIAL EM AMBULATÓRIO NA ANOREXIA NERVOSA: A IMPORTÂNCIA DA GASOMETRIA VENOSA. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2020 [cited 2020 July 04] ; 38: e2018358. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822020000100420&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100420&lng=en). Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018358>.
35. Perera JC. Estudios de resonancia magnética funcional en los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(3):183-188.
36. Verma R, Bell D. Anorexia nervosa (CNS manifestations) | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org. [citado el 4 de julio 2020]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/anorexia-nervosa-cns-manifestations>
37. Rodrigo A, Fernández P, Moreno A, Saldaña D, Rubio M, Fraile P. El

- electrocardiograma en la anorexia y bulimia nerviosas. Alteraciones del ritmo y la actividad eléctrica. In *Anales de Pediatría*. 2007;66,(2):210
38. Beumont PJ. Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002;2:162-70.
  39. Rushing JM, Jones LE, Carney CP. Bulimia nervosa: a primary care review. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2003;5(5):217.
  40. Devlin MJ. Assessment and treatment of binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1996 Dec 1;19(4):761-72.
  41. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Current opinion in pediatrics*. 2017 Aug 1;29(4):407-13.
  42. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(S1):S26-30.
  43. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, Fleiss J, Wateraux C. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 1997 Apr 4;154(4):523-31.
  44. Fairburn CG, Wilson GT, Schleimer K. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1993 Aug.
  45. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Current pediatrics reports*. 2018 Jun 1;6(2):107-13.
  46. Seah XY, Tham XC, Kamaruzaman NR, Yobas PK. Knowledge, attitudes and challenges of healthcare professionals managing people with eating disorders: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017 Feb 1;31(1):125-36.
  47. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014 Sep 1;134(3):582-92.
  48. Raveneau G, Feinstein R, Rosen L, Fisher M. Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2014;26(1): 131-136. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0015> Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014 Sep 1;134(3):582-92.
  49. Canaán Dotel GH, Cueto Hilario KM. Nivel de conocimiento sobre trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos que posee el personal médico de atención primaria de salud en la zona metropolitana, República Dominicana, durante el mes de agosto de 2017 [thesis]. 2018.
  50. Garcia R, Arenas A, González-Hernández J. Encefalopatía de Wernicke: a propósito de un caso clínico. *Memoriza.com*. 2010;(6):15-24.

51. ¿Quiénessomos? (n.d.). Retrieved July 06, 2020, from <http://cpenmanuel.com/es/nosotros/>
52. Asociación Dominicana de Pediatría (n.d.). Extraído 24 de octubre, 2020, de <https://pediatriadominicana.org/>
53. Acerete DM, Trabazo RL, Ferri NL. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolo AEPED. Capítulo. 2013;7.
54. About Eating Disorders (n.d.). Extraído 24 de octubre, 2020, de <https://www.anorexiabulimiacare.org.uk/about/about-eating-disorders>
55. Anderson K, Accurso EC, Kinasz KR, Le Grange D. Residents' and fellows' knowledge and attitudes about eating disorders at an Academic Medical Center. *Academic Psychiatry*. 2017 Jun;41(3):381-4.
56. McNicholas F, O'Connor C, O'Hara L, McNamara N. Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Irish Journal of Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 2016;33(1):21–31.
57. Linville D, Brown T, O'Neil M. Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey. *Eating Disorders*. 2012 Jan 1;20(1):1-3.

## Anexo 1: Aplicación CEI

<b>APLICACION SCREENER ESTUDIANTIL AL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN</b>	
Código de Aplicación	CEI2020-336
Cantidad de Estudiantes en la Investigación	2
Nombre del Estudiante #1	Alexa Lai-Siu Joa Gilbert
Matrícula del Estudiante #1	160838
Correo Electrónico del Estudiante #1	ajoa2@est.unibe.edu.do
Teléfono del Estudiante #1	(829) 4470232
Nombre del Estudiante #2	Shirley Leong Joa
Matrícula del Estudiante #2	160002

## Anexo 2: Programa Raosoft para el tamaño muestral

← → ↻ No seguro raosoft.com/samplesize.html

 **Sample size calculator**

What margin of error can you accept? <small>5% is a common choice</small>	<input type="text" value="10"/> %	The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer yes, while 10% answer no, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.
What confidence level do you need? <small>Typical choices are 90%, 95%, or 99%</small>	<input type="text" value="95"/> %	The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer yes would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.
What is the population size? <small>If you don't know, use 20000</small>	<input type="text" value="2285"/>	How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.
What is the response distribution? <small>Leave this as 50%</small>	<input type="text" value="50"/> %	For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under <b>More information</b> if this is confusing.
Your recommended sample size is	<input type="text" value="93"/>	This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of the sample responds to your survey.

### Anexo 3: Cronograma

Investigación: Nivel de conocimientos sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en Pediatras Dominicanos, 2020 - 2021												
Investigadoras: Alesa L. Joa Gilbert y Shirley Leong Joa.												
Presupuesto: N/A												
Duración: 07 meses												
Línea de tiempo (Noviembre 2020 - Mayo 2021)												
Actividades/Tareas	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Duración	Presupuesto	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
<b>Pre - Aprobación</b>						<b>N/A</b>						
1. Aplicar CEI	Shirley J.	11/2/2020	11/2/2020	24 hrs		█						
2. Solicitar carta a SDP	Shirley J.	11/9/2020	11/9/2020	24 hrs		█						
3. Revisión final del anteproyecto	Alesa J. Shirley L.	11/5/2020	11/10/2020	5 días			█					
4. Entrega formal del anteproyecto	Alesa J.	11/13/2020	11/13/2020	24 hrs			█					
<b>Recolección de datos</b>						<b>N/A</b>						
5. Reunión en la SDP	Alesa J. Shirley L.	11/28/2020	11/28/2020	24 hrs		█	█					
6. Recolección de datos en línea	Alesa J. Shirley L.	11/28/2020	2/12/2021	87 días		█	█	█	█			
<b>Trabajo profesional 2</b>						<b>N/A</b>						
7. Procesar datos y realizar estudios estadísticos	Shirley L.	2/13/2021	2/20/2021	7 días					█			
8. Realizar gráficos y tablas	Alesa J.	2/21/2021	2/28/2021	7 días					█			
9. Trabajar con los resultados	Shirley L.	3/3/2021	3/10/2021	7 días						█		
10. Trabajar con la discusión	Alesa J.	3/11/2021	3/18/2021	7 días						█		
11. Revisar el trabajo final	Alesa J. Shirley L.	3/19/2021	3/26/2021	7 días						█		
<b>Entrega y Presentación</b>						<b>N/A</b>						
12. Finalizar diseño e impresión	Alesa J. Shirley L.	4/4/2021	4/4/2021	24 hrs							█	
13. Entrega de la investigación	Alesa J. Shirley L.	5/5/2021	5/5/2021	24 hrs								█
14. Presentación de la investigación	Alesa J. Shirley L.	5/10/2021	5/10/2021	24 hrs								█

## Anexo 4: Autorización de CP Emmanuel



### Consultorios Psicoterapéuticos Emmanuel

Carta de Aprobación Colaborativa

Asunto: Presentación de Proyecto de investigación

Distinguidos miembros del Comité de Ética de Investigación, UNIBE:

Luego de saludarles cordialmente y esperando que se encuentren en salud en medio de la actual situación de pandemia, presentamos el siguiente documento con la finalidad de notificar a la instancia correspondiente la aprobación del trabajo colaborativo de investigación entre Consultorios Psicoterapéuticos Emmanuel, desde su Unidad de RENOVATUS, encargada del manejo de los Trastornos de Conducta Alimentaria, la Sociedad Dominicana de Pediatría, y las médicas internas Shirley Leong y Alexa Joa.

La investigación tiene por título “Nivel de conocimiento de conducta alimentaria del pediatra dominicano”.

Se trata de un proyecto de investigación sobre medición del nivel de conocimiento en patologías de alto impacto social, emocional, económico y físico para los niños/as, y los/as adolescentes que la padecen.

Como criterio de inclusión, se tomarán a todos los pediatras que estén inscritos en la sociedad dominicana de pediatría. Destacamos que la recogida de información será a través de una encuesta anónima que será enviada a los correos correspondientes.

Estamos entusiasmados de poder colaborar de manera conjunta en este proyecto y poder contribuir a una cultura de investigación responsable y humana, acorde a los estándares éticos en uso en el mundo científico nacional.

Atentamente,

Dra. Zuleika Morillo  
Directora Médica de Consultorios Psicoterapéuticos Emmanuel

Lic. Jorge Lynch  
Coordinador de la Unidad de Investigación

## **Anexo 5: Encuesta**

### **Cuestionario para medir los conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos en médicos pediatras, República Dominicana.**

#### **Propósito**

Los pediatras juegan un papel importante al momento de la detección temprana de trastornos alimentarios, ya que son uno de los profesionales de salud que más frecuentemente le proveen atención a una parte importante de la población en alto riesgo de padecer de estos trastornos.

Nuestro principal objetivo es analizar el nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que poseen los pediatras dominicanos.

#### **Consentimiento informado**

Intervención:

En esta investigación se recolectaran los datos con un cuestionario en línea, enviado por correo electrónico, por medio del programa RENOVATO de CP Enmanuel, especializado en trastornos de la conducta alimentaria, y junto con la Sociedad Dominicana de Pediatría.

Riesgos y beneficios:

Este estudio no conlleva a ningún riesgo para los participantes, así mismo, no supone beneficios para los participantes, pero es muy probable que gracias a su participación en este estudio, nos ayude a encontrar respuesta a las preguntas de investigación.

Confidencialidad:

La selección de la muestra se hará independientemente del estado de vulnerabilidad de los usuarios. Se solicitará una carta de aprobación de CP Enmanuel, quienes funcionarán como enlace para utilizar la información de la Sociedad Dominicana de Pediatría, de donde se usará la base de datos de pediatras asociados, para poder llevar a cabo dicha actividad. Se

realizará la recolección de datos en línea, vía correo electrónico, al cual se enviará individualmente la encuesta. Las respuestas de los participantes serán totalmente anónimas. Además, solo las investigadoras tendrán acceso a los correos electrónicos de los participantes. Por otro lado, se adjuntará en la encuesta un consentimiento informado, explicando todo lo relacionado con la investigación y que especificará que automáticamente la persona comienza a completar las preguntas, acepta su participación en el estudio. Aseguramos de esta forma, la confidencialidad de todos los participantes de esta investigación.

Compartiendo los resultados:

Luego de haber finalizado la recolección de datos, se analizarán y compartirán posteriormente los resultados de la investigación, para que otras personas puedan aprender. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse:

Usted no tiene que participar en este estudio si no lo desea. Si decide no hacerlo, sus derechos serán respetados.

### **Autorización**

He sido seleccionado/a para participar en la investigación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos: aproximación en pediatras, República Dominicana, 2020-2021. Esta investigación tiene como finalidad analizar el nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que poseen los pediatras dominicanos.

Los datos serán recolectados con un cuestionario en línea, enviado por correo electrónico, a través de la Sociedad Dominicana de Pediatría junto con el programa RENOVATUS de CP Enmanuel, especializado en el manejo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Este estudio no conlleva a ningún riesgo ni supone beneficios para los participantes. Las respuestas de los mismos serán totalmente anónimas, asegurando de esta forma, la confidencialidad de todos los que participen de esta investigación.

Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación y comprendo que automáticamente acceda al cuestionario, estaré aceptando mi participación en este estudio.

### **Datos del evaluado**

#### **Edad:**

- a. 25-35 años de edad
- b. 35-45 años de edad
- c. Más de 45 años de edad

#### **Sexo:**

- a. Femenino
- b. Masculino

#### **Gerencia de área a la cual pertenece**

- a. Santo Domingo
- b. Distrito Nacional
- c. Otro: (Especifique)

### **Cuestionario**

Solo seleccione solo una respuesta por pregunta.

#### **1. ¿Cuáles son los trastornos alimentarios?**

- a. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno por atracones
- b. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, pica, trastorno de rumiación, y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- c. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado, pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado.

#### **2. ¿Cómo se constituyen los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)?**

- a. Factores predisponentes (factores socio-culturales, factores individuales, factores familiares, y factores biológicos)
- b. Factores desencadenantes (estresores, dietas/prácticas de control de peso, situaciones típicas de ciclo vital)

- c. Factores de nacimiento (rasgos de personalidad, consecuencias físicas y anímicas, dificultades en el manejo de conflictos, red social escasa, prácticas de control de peso)
  - d. Todas las anteriores
  - e. Ninguna de las anteriores
- 3. Para diagnosticar cualquier trastorno de la conducta alimentaria, ¿Qué tipos de exámenes se realizan?**
- a. Examen físico
  - b. Análisis de laboratorio
  - c. Solo A es correcta
  - d. A y B son correctas
- 4. Dentro de las evaluaciones físicas a realizar, se encuentran:**
- a. Examen físico completo, tomar la temperatura oral, chequear pies y manos para hinchazón y color, y presión sanguínea,
  - b. Examen físico completo, tomar la temperatura oral, chequear pies y manos para hinchazón y color, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, y frecuencia cardíaca en posición supina y posición parada.
  - c. Examen físico completo, tomar la temperatura oral, chequear pies y manos para hinchazón y color, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca en posición supina y posición parada, medir peso y altura en una sala de examen, y tomar peso a considerando los pacientes que pueden ver su peso y los que no.
- 5. Se realizan los mismos tipos de análisis de laboratorio para los pacientes normales y para los pacientes con un 15% o más por debajo del peso corporal ideal:**
- a. Verdadero
  - b. Falso
- 6. Para diagnosticar algún trastorno de conducta alimentaria en cualquier paciente, se necesitan los siguientes exámenes:**

- a. Electrocardiograma, conteo sanguíneo completo con diferencial, panel completo de tiroides (T2, T3, T4, TSH), análisis de orina; sodio y gravedad específica (specificgravity)
- b. Electrocardiograma, conteo sanguíneo completo con diferencial, panel completo de tiroides (T2, T3, T4, TSH), análisis de orina; sodio y gravedad específica (specificgravity), química completa de la amilasa, prueba de sangre de Magnesio, glucosa, y electrolitos.
- c. Ninguna de las anteriores

**7. Para diagnosticar algún trastorno de conducta alimentaria en pacientes con un 15% o más por debajo del peso corporal ideal, se necesitan los siguientes exámenes:**

- a. Electrocardiograma y scan de absorciometría de rayos X de doble energía
- b. Radiografía de pecho, componente de complemento 3 (C3), examen de depuración de la creatinina (24h), ecocardiograma, niveles de estradiol (testosterona en hombres), pruebas de anticuerpos antinucleares (ANA), amilasa, lipasa, hormona luteinizante, hormona folículo estimulante (FSH) y prolactina
- c. A y B son correctas

**8. Los síntomas característicos de la anorexia nerviosa son:**

- a. Pérdida de peso, imagen corporal distorsionada, intolerancia al frío, debilidad/fatiga, mareos/desmayos, y estreñimiento
- b. Pérdida de masa muscular, depresión/ansiedad, retraso o pérdida de la menstruación y deterioro cognitivo
- c. A y B correctas

**9. Los síntomas característicos de la bulimia nerviosa son:**

- a. Atracones y purga, dolor abdominal, hinchazón/acidez, depresión/ansiedad, sentimientos de vergüenza y culpa, abuso de laxantes, píldoras de dieta, y/o diuréticos, dolor de garganta, conductas de auto-lastimarse
- b. Ausencia de conductas de purga, fluctuaciones de peso, pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, comer en secreto, y auto medicarse con comida

- c. Ninguna de las anteriores

**10. Los síntomas característicos de trastorno por atracón son:**

- a. Ausencia de conductas de purga, fluctuaciones de peso, pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, comer en secreto, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente físicamente hambriento, comer mucho más rápido de ;p normal y auto medicarse con comida
- b. Pérdida de masa muscular, depresión/ansiedad, retraso o pérdida de la menstruación, y deterioro cognitivo
- c. Ninguna de las anteriores

**11. Los síntomas característicos de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentación son:**

- a. Pérdida de peso significativa o falta de crecimiento, comen muy poco o/y evitan ciertos alimentos.
- b. Pérdida de más muscular, depresión/ansiedad, retraso o pérdida de la menstruación, y deterioro cognitivo
- c. Ninguna de las anteriores

**12. Dentro de los hallazgos físicos encontrados en un paciente con anorexia nerviosa se encuentran:**

- a. Esquelético, hipotensión, bradicardia, hipotermia, hipoglicemia
- b. Amenorrea, cabello lanugo, piel seca
- c. Hipercarotinemias, edema, anemia, y extremidades cianóticas
- d. Todas las anteriores

**13. Dentro de los hallazgos físicos encontrados en un paciente con bulimia nerviosa se encuentran:**

- a. Algún cáncer, problemas de riñón, y sobrepeso
- b. Hipertensión, edema, deshidratación, desequilibrio electrolítico, pancreatitis, debilidad de las extremidades, signo de Russell, erosiones dentales, esofagitis, desgarro de Mallory-Weiss, y el síndrome de Boerhaave
- c. Ninguna de las anteriores

**14. Dentro de los hallazgos físicos encontrados en un paciente con trastorno por atracón se encuentran:**

- a. Algún cáncer, problemas de riñón, sobrepeso, apnea del sueño, enfermedad del corazón, diabetes tipo II, y enfermedad de la vesícula biliar
- b. Aumento del colesterol, osteoartritis, anomalías lipídicas, y aumento de presión sanguínea
- c. A y B son correctas

**15. Los hallazgos físicos en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimento son:**

- a. Desnutrición aguda, fatiga, mareos
- b. Estreñimiento
- c. Intolerancia al frío
- d. Piel seca, caída del cabello
- e. Todas las anteriores

**16. Al diagnosticar con anorexia nerviosa, se debe especificar:**

- a. Si es tipo restrictivo, tipo con atracones/purgas, en remisión parcial, en remisión total
- b. Si es leve, moderado, grave, extremo
- c. A y B son correctas

**17. Las posibles comorbilidades con una anorexia nerviosa son:**

- a. Depresión
- b. Trastornos de ansiedad
- c. Espectro obsesivo-compulsivo
- d. Todas las anteriores

**18. Las posibles comorbilidades con una bulimia nerviosa son:**

- a. Trastorno negativista desafiante
- b. Trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad
- c. Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

**19. Los disparadores más frecuentes de los atracones son:**

- a. Felicidad
- b. Ansiedad, soledad, aburrimiento, restricción alimentaria, estadio premenstrual, ingesta de alcohol
- c. Consumo de sustancias y/o falta de rutina cotidiana

- d. B y C son correctas

**20. Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificado son:**

- a. Pica y rumiación
- b. Anorexia atípica, bulimia nerviosa y síndrome de ingestión nocturna de alimentos
- c. Anorexia atípica, bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por purgas, y síndrome de ingestión nocturna de alimentos

**21. Los criterios para diagnosticar el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentación**

- a. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej. la falta de interés aparece por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas
- b. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- c. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución
- d. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no, se explica mejor por otro trastorno mental.
- e. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- f. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

- g. Todas las anteriores son correctas
- h. Solo ABCD son correctas

**22. Los criterios para diagnosticar anorexia nerviosa son:**

- a. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- b. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- d. Todas las anteriores

**23. Los criterios para diagnosticar bulimia nerviosa son:**

- a. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1) Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- b. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso
- c. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- d. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal
- e. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- f. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

- g. Todas las anteriores
- h. A, B, C, D, E son correctas

**24. Los criterios para diagnosticar trastorno por atracón son:**

- a. Episodios recurrentes de atracones
- b. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: 1) Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4) Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5) Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- c. Malestar intenso respecto a los atracones.
- d. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- e. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.
- f. Todas las anteriores

**25. ¿Cómo debe ser el enfoque de tratamiento de los TCA?**

- a. Multidisciplinario
- b. Solo farmacológico
- c. Solo psicológico

**26. Para la anorexia nerviosa, los psicofármacos más utilizados son:**

- a. Lamotrigina
- b. Antipsicóticos: olanzapina, quetiapina, aripiprazol y risperidona
- c. Ansiolíticos
- d. Antidepresivos: IRSS
- e. B,C, D son correctas

**27. Para la bulimia nerviosa, los psicofármacos más utilizados son:**

- a. IRSS en bajas dosis (Fluoxetina, paroxetina, escitalopram y sertralina)

- b. Antipsicóticos: risperidona, quetiapina y aripiprazol. Ansiolíticos, benzodiazepinas. Antidepresivos: IRSS en altas dosis (Fluoxetina, paroxetina, escitalopram y sertralina)
- c. Antirrecurrentes: sales de litio y el topiramato
- d. B y C son correctas.

**28. ¿Cuál es el Manual Diagnóstico que se utiliza para diagnosticar los Trastornos de la Conducta Alimentaria?**

- a. Manual Diagnóstico General.
- b. DSM en su quinta edición.
- c. Manual de Salud Mental en Atención Primaria 1ra Edición Rep. Dom.
- d. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. O.M.S. CIE10