

**UNIVERSIDAD  
HISPANOAMERICANA  
CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en medicina y cirugía*

**ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LAS  
ÚLTIMAS GUÍAS DE PRÁCTICA  
CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE  
ALIMENTACIÓN DE ESTADOS UNIDOS,  
MÉXICO Y ESPAÑA 2021**

**DANIELA AGUILAR BRENES**

Octubre, 2021

## **TABLA DE CONTENIDO**

<i>ÍNDICE DE TABLAS</i> .....	5
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i> .....	7
<i>ÍNDICE DE GRÁFICOS</i> .....	8
<i>DEDICATORIA</i> .....	9
<i>AGRADECIMIENTO</i> .....	10
<i>RESUMEN</i> .....	11
<b><i>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN</i></b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>16</b>
1.1.1 Antecedentes del problema .....	16
1.1.2 Delimitación del problema .....	21
1.1.3 Justificación.....	22
<b>1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>24</b>
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>25</b>
1.3.1 Objetivo general .....	25
1.3.2 Objetivos específicos.....	25
<b>1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES</b> .....	<b>26</b>
1.4.1 Alcances de la investigación.....	26
1.4.2 Limitaciones de la investigación .....	26
<b><i>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</i></b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 CONTEXTO TEÓRICO- HISTÓRICO</b> .....	<b>28</b>
2.1.1 Guías de práctica clínica (GPC).....	28
2.1.2 AGREE II .....	29

2.1.3 Trastornos de la conducta alimentaria.....	30
<b>2.2 CONTEXTO TEÓRICO .....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Guías de práctica clínica.....	34
2.2.2 Trastornos de la conducta alimentaria.....	37
2.2.3 Epidemiología .....	40
2.2.4 Anorexia nerviosa.....	42
2.2.5 Bulimia nerviosa.....	47
2.2.6 Trastorno por atracones .....	51
2.2.7 Trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos.....	53
2.2.8 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado/ especificado .....	55
<b><i>CAPÍTULO III: MARCO METOLÓGICO.....</i></b>	<b>57</b>
<b>3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>59</b>
<b>3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>60</b>
3.3.1 Fuentes de información .....	60
3.3.2 Población.....	60
3.3.3 Muestra.....	60
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	60
<b>3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>62</b>
3.4.1 Validez del cuestionario .....	62
3.4.4 Interpretación.....	62
<b>3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>64</b>
<b>3.6 METOLOGÍA.....</b>	<b>65</b>
<b>3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>71</b>
<b><i>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....</i></b>	<b>73</b>
<b>4.1 Comparación de variable estructura .....</b>	<b>74</b>

<b>4.2 Comparación de variable contenido .....</b>	<b>78</b>
<b>4.3 Evaluación de la calidad de las guías a través de la aplicación del instrumento AGREE</b>	
<b>II      82</b>	
4.3.1 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA estadounidense .....	82
4.3.2 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA mexicana .....	89
4.3.3 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA española.....	96
4.3.4 Comparación por dominios de la calidad de las tres guías de TCA estadounidense, mexicana y española.....	102
4.3.5 Comparación de calidad general de las tres guías de TCA estadounidense, mexicana y española.....	108
4.3.6 Comparación de evaluación global de las tres guías de TCA según criterios de los evaluadores .....	109
4.3.7 Comparación de evaluación global de las tres guías de TCA según criterio de evaluadores y evaluación general según dominios.....	110
<b><i>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</i></b>	<b><i>111</i></b>
<b>5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>112</b>
<b><i>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</i></b>	<b><i>124</i></b>
<b>6.1 CONCLUSIONES .....</b>	<b>125</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>127</b>
<b><i>BIBLIOGRAFÍA .....</i></b>	<b><i>128</i></b>
<b><i>GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....</i></b>	<b><i>135</i></b>
<b><i>DECLARACIÓN JURADA.....</i></b>	<b><i>136</i></b>
<b><i>CARTA DEL TUTOR.....</i></b>	<b><i>137</i></b>
<b><i>CARTA DEL LECTOR .....</i></b>	<b><i>138</i></b>
<b><i>CARTA DE AUTORIZACIÓN .....</i></b>	<b><i>139</i></b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla No. 1</b> Criterios de inclusión y exclusión.....	61
<b>Tabla No. 2</b> Operacionalización de variables .....	71
<b>Tabla No. 3</b> Comparación de los dominios en la variable estructura de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 1). .....	74
<b>Tabla No. 4</b> Comparación de los dominios en la variable estructura de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 2). .....	76
<b>Tabla No. 5</b> Comparación de los dominios en la variable contenido de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 1). .....	78
<b>Tabla No. 6</b> Comparación de los dominios en la variable contenido de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 2). .....	80
<b>Tabla No. 7</b> Evaluación del dominio 1: Alcances y objetivos, guía estadounidense ....	82
<b>Tabla No. 8</b> Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía estadounidense.....	83
<b>Tabla No. 9</b> Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía estadounidense	84
<b>Tabla No. 10</b> Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía estadounidense .....	85
<b>Tabla No. 11</b> Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía estadounidense.....	86
<b>Tabla No. 12</b> Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía estadounidense .....	87
<b>Tabla No. 13</b> Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria estadounidense.....	87
<b>Tabla No. 14</b> Evaluación del dominio 1: Alcances y objetivos, guía mexicana .....	89

<b>Tabla No. 15</b> Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía mexicana .....	90
<b>Tabla No. 16</b> Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía mexicana .....	91
<b>Tabla No. 17</b> Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía mexicana .....	92
<b>Tabla No. 18</b> Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía mexicana .....	93
<b>Tabla No. 19</b> Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía mexicana .....	94
<b>Tabla No. 20</b> Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria mexicana .....	94
<b>Tabla No. 21</b> Evaluación del dominio 1: alcances y objetivos, guía española .....	96
<b>Tabla No. 22</b> Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía española .....	97
<b>Tabla No. 23</b> Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía española .....	98
<b>Tabla No. 24</b> Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía española .....	99
<b>Tabla No. 25</b> Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía española .....	100
<b>Tabla No. 26</b> Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía española .....	101
<b>Tabla No. 27</b> Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria española .....	101

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura No. 1</b> Procedimientos involucrados en la creación y aplicabilidad de las GPC en relación con las tres áreas de la práctica médica .....	37
<b>Figura No. 2</b> Fórmula para el cálculo de la puntuación de los dominios, AGREE II ...	63
<b>Figura No. 3</b> Dominios para la evaluación de la variable estructura de las guías estadounidense, mexicana y española .....	65
<b>Figura No. 4</b> Dominios para la evaluación de la variable contenido de las guías estadounidense, mexicana y española .....	67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico No. 1</b> Comparación del promedio del dominio 1: Alcances y objetivos, de las guías estadounidense, mexicana y española .....	102
<b>Gráfico No. 2</b> Comparación de promedios del dominio 2: Participación de los implicados, de las guías estadounidense, mexicana y española .....	103
<b>Gráfico No. 3</b> Comparación de los promedios del dominio 3: Rigor en la elaboración, de las guías estadounidense, mexicana y española.....	104
<b>Gráfico No. 4</b> Comparación de los promedios del dominio 4: Claridad de presentación, de las guías estadounidense, mexicana y española.....	105
<b>Gráfico No. 5</b> Comparación de los promedios del dominio 5: Aplicabilidad, de las guías estadounidense, mexicana y española .....	106
<b>Gráfico No. 6</b> Comparación de los promedios del dominio 6: Independencia editorial, de las guías estadounidense, mexicana y española.....	107
<b>Gráfico No. 7</b> Comparación de la calidad general según los promedios de dominios, de las guías estadounidense, mexicana y española.....	108
<b>Gráfico No. 8</b> Comparación de evaluación global de las guías de TCA según criterios de los evaluadores, de las guías estadounidense, mexicana y española .....	109
<b>Gráfico No. 9</b> Comparación de evaluación global de las guías de TCA según criterio de evaluadores y evaluación general según dominios de las guías estadounidense, mexicana y española .....	110

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios quien me ha bendecido y guiado durante toda la vida y en especial por mi recorrido en la carrera de medicina.

Quiero dedicar también esta tesis a mi mamá y abuela que me han apoyado siempre con todas mis decisiones dándome sus sabios consejos.

También a Andrea, mi hermana, que fue la que me motivó a escribir la tesis con el tema correspondiente y me apoyó durante el proceso.

Y a Marcelo que siempre me ha dado su apoyo incondicional junto con sus consejos y motivación.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por guiarme y dejarme llegar hasta este punto.

A mi mamá y abuela que siempre han creído en mi y han estado dispuestas a ayudarme siempre que lo necesite, dándome la fortaleza que fue tan necesaria en momentos en los que más lo necesité.

A mi tío Randall, que gracias a su ayuda me encuentro en este punto y a toda a mi familia por siempre darme su apoyo incondicional.

A Don Reinol, que de igual forma gracias a su ayuda he llegado hasta este punto.

A todos los doctores que durante la carrera me enseñaron tanto, me motivaron a dar lo mejor de mí para llegar a ser una gran profesional y por mostrarme lo increíble que es medicina.

A mi tutor, el doctor Christian Valverde, por apoyarme durante el desarrollo de la tesis y por darme sus consejos y palabras que nunca olvidaré.

A las doctoras que me dieron su apoyo en la recolección de datos los cuales contribuyeron enormemente en la investigación.

A mi por confiar en que siempre puedo mejorar y por siempre salir adelante de las situaciones que me presenta la vida.

Y a mis compañeros y amigos que me ha dado la universidad por siempre ayudarme cuando lo necesitaba.

¡Muchas gracias!

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han ido en aumento desde hace algunos años debido a la gran cantidad de desinformación que aún existe y también por el gran crecimiento de las herramientas digitales como las redes sociales, las cuales en muchas ocasiones fomentan hábitos no saludables con tal de cumplir con estereotipos de belleza. Dentro de los trastornos más padecidos se encuentran la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). **Objetivo general:** Determinar las diferencias y similitudes en cuanto al contenido de las tres diferentes guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021. **Metodología:** Se realizó una comparación de tres guías sobre los TCA, tomando en cuenta diferentes variables como lo son la estructura, contenido y calidad. Para la variable estructura y contenido se recolectó información de las guías utilizadas y se evaluaron por medio de diferentes aspectos para hacer una comparación entre los tres documentos. Para evaluar la calidad de las guías se utilizó AGREE II que cuenta con 6 diferentes dominios sumando un total de 23 ítems, que evalúan múltiples ámbitos. Para tener una mayor efectividad con el uso del instrumento mencionado se requirió ayuda de cuatro evaluadoras, una especialista en nutrición, una especialista en nutrición y medicina general, una médico general y una estudiante de medicina. **Resultados:** En cuanto a la evaluación de la estructura y contenido, la guía que destacó fue la española, cumpliendo satisfactoriamente con la mayor cantidad de indicadores. En la evaluación de la calidad la guía la guía española obtuvo el mayor nivel de calidad con un puntaje de 92%, después la guía estadounidense con 63% y por último la guía mexicana con un 59%. **Discusión:** Las tres guías a pesar de ser sobre TCA, se pudieron notar algunas diferencias, principalmente que la guía estadounidense se basa ante todo en los diferentes tipos de tratamiento para los TCA y todas sus recomendaciones están basadas en evidencia. La guía mexicana es una

recopilación de diferentes recomendaciones dadas por otras guías y está dirigida principalmente al primer nivel de atención. Por último, la guía española tiene como fin orientar a los profesionales de salud con datos básicos y necesarios de los TCA con énfasis en la prevención y tratamiento. **Conclusión:** La guía española destacó en la evaluación dada por AGREE II en cuanto a la calidad, después se encuentra la guía estadounidense y finalmente la guía mexicana con carencias en contenido y cumplimiento de criterios, según el instrumento utilizado.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria, AGREE II, Análisis comparativo, Estados Unidos, México, España

## ABSTRACT

**Introduction:** Eating disorders (ED) have been on the rise for some years due to the large amount of misinformation that still exists and also due to the great growth of digital tools such as social networks, which in many cases promote unhealthy habits in order to comply with beauty stereotypes. Among the most suffered disorders are anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). **General Objective:** To determine the differences and similarities regarding the content of the three different guidelines for eating disorders in the United States, Mexico and Spain in 2021. **Methodology:** A comparison of guidelines on eating disorders was made, taking into account different variables such as structure, content and quality. For structure and content, information was collected from the guides and evaluated through different aspects to make a comparison between the three documents. To evaluate the quality of each guideline, AGREE II was used, which has 6 domains, adding a total of 23 items, which evaluated multiple areas. To be more effective with the use of the aforementioned instrument, the help of four evaluators was required, a nutritionist, a nutritionist and general practitioner, a general practitioner and a medical student. **Results:** Regarding the evaluation of the structure and content, the guide that stood out was the Spanish one, satisfactorily complying with the largest number of indicators. In the quality assessment, the Spanish guide obtained the highest level of quality with a score of 92%, then the American guide with 63% and finally the Mexican guide with a score of 59%. **Discussion:** The three guidelines being about eating disorders, some differences could be noticed, mainly that the US guideline is based on the different types of treatment for ED and all its recommendations are based on evidence. The Mexican guide is a compilation of different recommendations given by other guides and is aimed mainly at the first level of care. Finally, the purpose of the Spanish guide is to guide health professionals with basic and necessary data on eating disorders with an

emphasis on prevention and treatment. **Conclusion:** The Spanish guide stood out in the evaluation given by AGREE II in terms of quality, followed by the American guide and finally the Mexican guide with deficiencies in content and compliance with criteria, depending on the used instrument.

**Keywords:** Eating Disorders, AGREE II, Comparative analysis, United States, Mexico, Spain

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han estado presentes desde épocas remotas, sin embargo, desde el siglo pasado algunos países notaron su importante presencia en la sociedad por lo cual se empezaron a realizar diversos estudios para poder obtener más información respecto al tema. Con estas investigaciones regiones como Estados Unidos, Canadá y otras más en Europa notaron que los TCA son mucho más frecuentes de los que se esperaba, tanto así que se podrían considerar como una epidemia (1).

Con el tiempo se ha visto un incremento de los trastornos alimenticios, llegando a tener una prevalencia mundial en adolescentes de 0,5% a 1% para anorexia nerviosa (AN) y un 4% para bulimia nerviosa (BN), por mencionar algunas de estas enfermedades. También se ha observado un incremento de las consultas para el tratamiento de la obesidad, lo cual ha sido una condición que con los años ha ido de igual forma en aumento (2).

Es común entre la gente el pensamiento de que las mujeres son las que se ven más afectadas y hasta cierto punto es cierto, sin embargo, la población masculina no queda exenta de padecer algún tipo de trastorno alimenticio y con el tiempo se ha visto que este género ha aumentado su prevalencia, siendo la proporción mujeres: hombres, 3:1 y 18:1 (2).

Los trastornos alimenticios pueden afectar a cualquier persona, género o grupo etario, no obstante, es de importancia saber que estos pueden empezar desde los 12 años de edad (3). Algunos de los hábitos presentes en los TCA no suelen ser los mismos a todas las edades, por ejemplo, en la etapa de adolescencia en mujeres se ha visto que es más común

que se purguen vomitando mientras que las mujeres adultas tienden a presentar una mayor restricción de alimentos (3).

Se ha visto que de los pacientes que padecen un TCA un 16% lo representa con consumo de una gran cantidad de alimentos en un corto lapso de tiempo, 20% utilizan laxantes, diuréticos, vómitos y demás en forma de purga y la mayoría con un 60% presenta conductas como el ayuno, restricción de alimentos, entre otras (4).

Según Baldares (5), de las personas que padecen anorexia nerviosa el 90 a 95% resultan ser del género femenino y afecta al 1% de la población, siendo las edades más frecuentes entre los 14 y 18 años. Por otro lado, la bulimia afecta al 1,9% de la población general (5).

En un estudio realizado en México, se observó que en el grupo estudiado el trastorno alimenticio menos frecuente era la anorexia nerviosa, mientras que la que tenía mayor prevalencia era el trastorno por atracones (6). Además, se ha notado que los pacientes que padecen de algún trastorno de alimentación, por ejemplo, en anorexia el 94.9% llega a sufrir en algún momento de su vida otro trastorno diferente, mientras que en trastorno por atracones es de un 86.8% y un 94.9% en bulimia (6).

Este tipo de trastornos tienen que hacer un llamado a los servicios de salud, ya que, los pacientes no solo llegan a padecer anorexia, bulimia, entre otros, sino que la situación podría ser fatal llegando a que estas personas tengan ideación suicida, de hecho, de acuerdo a Benjet et al (6) observó que de los que sufren de anorexia 1/3 parte llegan a tener este tipo de ideación, mientras que en bulimia es un 40% y estos datos en comparación con las personas que no tienen ningún tipo de trastorno alimenticio es un 11%. También se notó que en cuanto al intento suicida este va a ser mayor en las personas con trastorno por atracones con un 20.2% (6).

Por consiguiente, en el estudio mexicano realizado por Guadarrama et al (7), llegan a la conclusión de que puede existir una correlación entre los trastornos alimenticios y la ideación suicida, sin embargo, todavía quedan muchas investigaciones más por realizar para poder confirmarlo, ya que, los datos presentados eran mínimos.

Como ya se sabe los TCA ha ido en incremento bastante rápido durante los últimos años y más que todo en la población adolescente. Sin embargo, ¿Por qué se ha dado esta respuesta? Para poder responder a esta duda es necesario saber los siguientes datos que pueden ser una gran parte del problema.

Desde hace muchos años la moda mediante sus modelos han impuesto estándares de belleza, así como hace unas décadas la moda eran mujeres curvilíneas, tener cierta forma en las cejas, entre otros, en estos tiempos la moda por medio de las redes sociales (RRSS) ha llegado a imponer estándares que no son reales y mas bien lo que se ha logrado con eso es aumentar la tensión y el estrés de los consumidores haciendo que practiquen hábitos que dañan su salud (8).

En la actualidad existen más de 200 páginas en internet consideradas como RRSS entre ellas están las plataformas que apoyan en específico dos trastornos de alimentación que son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (8).

De acuerdo a Sánchez (8), únicamente hablando de estas páginas pro anorexia y pro bulimia existen alrededor de 500,000 búsquedas en Google y de las cuales el 75% de las consumidoras de este tipo de información son menores de edad y el 95% entran a ellas para encontrar personas en su mismo estado y con el deseo máximo de poder perder peso de cualquier forma.

Es de gran importancia notar que muchas veces los pacientes con trastornos de alimentación suelen hacer su sintomatología lo más silenciosa posible, para que así la familia o seres que los rodean no se den cuenta, sin embargo, al observar la cantidad de usuarios activos que se encuentran en las páginas web pro ana y mia (pro anorexia y bulimia), se puede notar que existe un número mayor de pacientes que los que se encuentran oficialmente diagnosticados (9).

Por otra parte, conforme han pasado los años cada vez más usuarios hacen uso del internet. En un estudio mexicano realizado en el año 2014 se obtuvo la información que 59.2 millones de personas lo utilizan y esta cifra va cada vez más en aumento gracias a las nuevas tecnologías que se poseen (10).

Algunas de las redes sociales más utilizadas como Instagram en 2019 contaba con 900 millones de usuarios activos, mientras que Facebook contaba con 350 millones de usuarios, además los usuarios de Facebook la mayoría se encuentran entre las edades de 18 y 24 años y son el género masculino quienes lideran el uso de esta plataforma (11,12).

Con todo lo mencionado anteriormente se puede notar la gran vulnerabilidad en la que se encuentra la población, más que todo adolescente, a padecer cualquier tipo de trastorno alimenticio y la gran necesidad de los profesionales de salud de saber utilizar y manejar un guía de práctica clínica para poder diagnosticar y manejar de forma temprana los TCA.

La atención temprana realizada por los profesionales de salud hacia los TCA es de vital importancia, ya que, se podrían evitar muchos de los problemas y demás padecimientos que puede generar estos trastornos. De igual forma es importante que los países noten la existencia de esta problemática para que así se puedan crear leyes respecto a la salud mental para que así sea más rápido y fácil el proceso.

Por ejemplo, en México se creó el artículo 72 de la Ley General de Salud que tiene como fin un buen control de la enfermedad con carácter prioritario para así poder hacer que los pacientes tengan un buen desarrollo con su salud mental (13).

Sin embargo, uno de los problemas actuales más notables en los médicos es tener tanta abundancia de información que en algunas ocasiones podría llevar a la confusión en el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades. Por lo cual, desde hace algunos años ha ido en aumento el interés por la creación y actualización de las guías de práctica clínica (GPC) (14).

Las GPC pueden ser de gran utilidad para los profesionales de salud gracias a que estas contienen la información más relevante acerca de la enfermedad además de su fácil acceso. No obstante, no todas las GPC son del todo confiables o a veces carecen de información vital para el manejo del padecimiento lo que hace que su uso se limite. Es por esto que desde que se comenzó el uso y la creación de las guías se han inventado diversos instrumentos para poder así maximizar su utilidad (15).

El instrumento más utilizado en aproximadamente 70 organizaciones internacionales es el que significa por sus siglas en inglés *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (15). Con esta herramienta se pretende que los creadores de guías tengan un formato que seguir para el mejoramiento de las GPC.

Otra característica a tomar en cuenta es que aunque se haga uso del instrumento GRADE para el desarrollo de una guía no significa que diferentes GPC de una enfermedad en específico vayan a tener la misma calidad o datos equivalentes. Esto se da porque los resultados obtenidos pueden provenir de diferentes zonas geográficas lo que implica que es probable que existan cambios en la prevalencia, tecnología utilizada, tratamientos

existentes en el país, entre otros (16). El cambio puede ser tan radical entre una guía a otra que, Alva Díaz (16), menciona que la diferencia puede ser de hasta un 94% de variación gracias a las evidencias utilizadas.

En una investigación realizada hace unos cuantos años se obtuvieron resultados alarmantes acerca de la forma que eran creadas las GPC y también la información que éstas contenían como por ejemplo, que de 431 GPC estudiadas el 67% no tenía ningún tipo de información acerca de las personas que creaban dichos documentos, el 88% no expresaban datos de dónde ni cómo fue identificada la evidencia, el 82% no mostraban el grado de evidencia de la información recolectada, increíblemente sólo el 5% cumplía con lo mencionado (17,18). Lo que muestra la gran necesidad para de la creación de algún tipo de instrumento que guiara a los autores de las GPC a crear documentos más fidedignos, lo que unos años más tarde se pudo crear.

Después de la creación del instrumento AGREE en el año 2003, éste fue modificado múltiples veces para así culminar con la creación de AGREE II, que es una herramienta encargada de ayudar a los individuos a evaluar la calidad de las GPC por medio de diferentes ítems, específicamente 23 (19). La evaluación de cada uno de estos 23 ítems se cree que tiene una duración de 1,5 horas por cada evaluador, claro que todo va a depender del tamaño de la guía, de su estructura y que tan compleja sea (20).

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La investigación se hará por medio del instrumento AGREE II, el cual va a ser útil para la comparación de tres diferentes guías de trastornos de la conducta alimentaria.

Estas guías corresponden a los países de Estados Unidos en el cual se utilizará la “Guía de práctica clínica para el tratamiento en pacientes con trastornos de alimentación, 3º edición”, México con la “Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria” y por

último, España con la “Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria”

### **1.1.3 Justificación**

La población con el paso de los años y gracias a toda la tecnología presente se ha podido superar en diferentes situaciones de la vida cotidiana. Es claro que en este momento el uso de internet, el teléfono celular y cualquier dispositivo electrónico se podría decir que son indispensables para la vida diaria.

Los TCA son un problema mundial que ha ido creciendo con los años y esto se debe en muchas ocasiones al fácil acceso que tienen las personas con las redes sociales o a literatura encontrada en páginas cibernéticas de dudosa procedencia, lo que hace que las personas se eduquen con el tema de forma errónea. Lo más preocupante es que muchas personas nacieron con internet por lo cual se ha visto tantos niños pequeños y adolescentes navegando en este tipo de web sin ningún control parental.

Los profesionales de salud se encuentran beneficiados de dicha tecnología, puesto que, ahora es mucho más fácil poder tener acceso a información de salud como artículos científicos, libros, investigaciones y demás.

Debido a que es tanta la información a la que pueden tener acceso los médicos, en algún momento puede ser estresante y abrumador no saber cuales datos ejercer, ya que, pueden tener diferentes tratamientos, métodos para diagnóstico, entre otros lo cual hace que los médicos recurran guías con información sintetizada y las más relevante posible.

Como se ha mencionado, uno de los problemas con la guías de práctica clínica es que al hacerlas en diferentes países los datos pueden variar de gran manera o algunos pueden no tener referencias del todo fidedignas.

Es por esto que con el desarrollo de esta investigación se planea poder comparar tres guías de trastornos de la conducta alimentaria de tres países diferentes y así demostrar cuáles

son las diferencias y semejanzas entre cada una, al igual que mencionar cuál guía o si las tres son recomendadas por los evaluadores involucrados, claro, tomando en cuenta todos los criterios a cumplir con la herramienta de AGREE II.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las diferencias y similitudes entre de las guías de trastornos de la conducta alimentaria más recientes de Estados Unidos, México y España durante el año 2021?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las diferencias y similitudes en cuanto al contenido de las tres diferentes guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Identificar las similitudes y diferencias en la estructura de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.
2. Describir las similitudes y diferencias en cuanto al contenido de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.
3. Evaluar la calidad, claridad y aplicabilidad por medio del instrumento AGREE II de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

Con la presente investigación se logra hacer una comparación que pueda ayudar a futuros lectores a escoger la guía de mayor conveniencia, además de que se aportan diferentes datos que puede ayudar en futuras investigaciones y trabajos.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

A causa de la situación de pandemia de COVID-19 toda la investigación y participación de las evaluadoras tuvo que ser de forma virtual, ya que, se imposibilitaba reunirse de forma física por el riesgo de contagio.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 CONTEXTO TEÓRICO- HISTÓRICO

### 2.1.1 Guías de práctica clínica (GPC)

El origen de las guías médicas se remontan al siglo XIX específicamente por tres personajes que son: *Pierre c. Alexander Louis, Bichot y Magendie*, los cuales apoyaban la idea que los profesionales en medicina no podían tratar a sus pacientes únicamente con su experiencia, sino, que también era importante que tomaran sus decisiones basadas en investigaciones con resultados más cuantificables (21).

Para el año 1948 se empezó a discutir lo que se conoce como un ensayo clínico aleatorio, todo esto dado gracias a la gran cantidad de técnicas de estudio y análisis basados en estadística y epidemiología clínica (21). Dado esto, algunos médicos como *David Sackett, Archibald Cochrane , Iain Chalmers, R. Brian Inés, Gordon H. Guyatt*, entre otros notaron que este nuevo método los ayudaba a mejorar el trato con sus pacientes en cuanto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad (22).

En 1960 y 1970 se dieron cambios que iban a cambiar la forma en la que se enseñaba medicina, empezando en los 60's con la Universidad McMaster en Canadá la cual se basó en nueva metodología para la enseñanza teniendo un adecuado juicio sobre la competencia y el desempeño en la práctica clínica por los profesionales de salud y en los 70's con *Archie Cochrane* el cual hizo un reclamo sobre la revisión crítica de todas las investigaciones (21).

Sin embargo, no fue hasta 1989 que se dio el nacimiento de las guías de práctica clínica, lo que hizo que los profesionales de salud se dieran cuenta de las tantas y diferentes opciones como guías, protocolos, entre otros que existían en información para el manejo de sus pacientes (21).

La formación de guías de práctica clínica se hace con la intención de poder mejorar ciertos aspectos y solucionar otros que son, como menciona Constantino- Casas et al (14), el deseo de los profesionales de salud y pacientes a otorgar y recibir la mejor atención posible, el aumento del costo en relación con el aumento de la demanda de los servicios junto con el envejecimiento de la población y como ya se ha mencionado anteriormente el ingreso de nuevas tecnologías y las variaciones que se dan debido a la geografía con la sub y sobreutilización de las tecnologías.

Desde hace ya unos 20 años las GPC vienen en aumento y cada vez se están generando más por su tan útil función (17). De hecho el mayor productor de guías, recomendaciones y políticas alrededor del mundo es la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual gracias a comentarios realizados en el año 2007 por la OMS se dio a conocer que la mayoría de sus guías estaban basadas únicamente en la opinión profesional de sus autores y rara vez en métodos basados en evidencia científica (16,23). Al notar la forma en la que se realizaban las GPC se decidió hacer ciertos cambios teniendo como resultados mejoras en el rigor de desarrollo e independencia editorial, lo que hace que las guías sean más sistematizadas y transparentes (16,23).

### **2.1.2 AGREE II**

The AGREE collaboration (*Appraisal of Guideliness Research and Evaluation*) fue creado en 1998 por un cierto grupo de investigadores con la preocupación de crear un herramienta que el resto de profesionales pudiera utilizar para el desarrollo de las GPC, no obstante, en el año 2003 se dio a conocer el AGREE que es un instrumento fácil de usar para evaluar la calidad y otros aspectos de cualquier GPC (24).

### **2.1.3 Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria han estado presentes a lo largo de la historia, en épocas como la medieval y renacentista, pero también se han visto presentes como parte de prácticas religiosas o ideológicas en las que por supuesto no se ve como una enfermedad o algo negativo, sino, que se toma como una actitud ejemplar (25).

No es un dato nuevo que los estándares de belleza, como la divinización de un cuerpo delgado, también han estado presentes en todas las épocas históricas afectando a una cierta porción de la sociedad, provocando diferentes enfermedades y ejerciendo presión en las personas para poder cumplir con cierto patrón de belleza (25,26).

En cada etapa de la historia se ha creado un estándar de belleza dependiendo de las necesidades del momento, por ejemplo hace algunos años ver una mujer “gorda” era sinónimo de una mujer sana, poseedora de una excelente fecundidad, no obstante, en esa misma época una mujer delgada era el sinónimo de alguien desnutrido, sin salud y estéril, por otro lado a inicios del siglo XIX la imagen de una mujer con cintura de avispa y un poco más delgada, aún conservando sus curvas, se volvió la meta de la sociedad (26).

Para principios del siglo XX el estándar de belleza una vez más había cambiado ahora pasando a hacer negativo una mujer con curvas y la meta siendo una mujer delgada sin importar lo que conllevara poder cumplir con el objetivo (26). Ahora, en el siglo XXI gracias a que las redes sociales se encuentran en su punto máximo un cuerpo delgado en el occidente se considera símbolo de belleza y éxito (26). Una vez más no importan las dietas, ayunos, restricciones alimenticias que tenga que sufrir una persona con tal de poder cumplir con lo que la sociedad considera como belleza.

La anorexia, de acuerdo a lo anterior, ha tenido un largo recorrido en la historia de la humanidad. Anorexia proviene del griego y significa “falta de apetito”, por lo que se

conoce hoy en día esa definición no es del todo cierta en cómo es la función fisiopatológica de la enfermedad (27).

La religión ha desempeñado un papel muy valioso en lo que es la anorexia. Se han podido cuantificar diversos casos de personas devotas que tenían este padecimiento como los son Santa Catalina de Siena, Santa Rosa de Lima, Santa Catalina de Asís, Santa Teresa de Ávila, entre muchos otros casos más (25,27). A esto se le solía llamar la “santa anorexia” y su forma de diferenciarla con la anorexia nerviosa es simplemente por el cual estaban practicando estas restricciones alimentarias, entonces si una persona a por prácticas religiosas tenía este trastorno de le decía santa anorexia, mientras que si la persona lo hacía por encajar en un estereotipo de belleza o por cualquier otra razón que no fuera religiosa se le decía anorexia nerviosa (27).

En el año 1689, el *Dr. Richard Morton* explica el caso de una joven de 18 años la cual presentaba síntomas de lo que se conoce actualmente como anorexia nerviosa, sin embargo, para esa época se le diagnostica con “consunción nervosa” a lo que se refiere como una alteración mental que en ese tiempo se relacionaba con lo que fue la gran enfermedad de la época, la tuberculosis (27). Con este ejemplo se puede apreciar claramente como a pesar de que este padecimiento existe hace tanto tiempo no fue hace muchos años que se dio a conocer como un trastorno psiquiátrico y no un síntoma más de otra enfermedad.

Para el año 1764 el médico escocés, *Dr. Whytt*, denomina a este trastorno como “atrofia nerviosa” y no fue hasta un tiempo después que otro médico empieza a asociar la anorexia con la muy conocida histeria (27).

En el año 1873 un médico llamado *Dr. William Gull*, expone el caso de una mujer que llega a su consulta, él inmediatamente observa el aspecto decadente y delgado de la mujer por lo cual la empezó a estudiar pensando que podría ser por un problema gástrico su

restricción alimenticia, sin embargo, luego de diferentes estudios se da cuenta que es un problema central y no periférico y que ya otros médicos llamaban a esta condición como apepsia histérica, pero para el ese término no fue lo suficientemente adecuado para describir esta enfermedad y es ahí cuando decide diagnosticarla con anorexia nerviosa (28).

La bulimia proviene del griego que significa *boulimos*, “hambre de buey”, se conoce que hay datos de personas que la padecían en la antigua Roma (29). Para el siglo XVIII se hablaban de dos tipos la *true boulimus* en la que la persona tenía una preocupación por los alimentos, ingería una gran cantidad de comida y pasaba a desmayarse y la otra variante es la de *caninus appetitus* en la que se ingerían una cantidad fuera de lo común de alimentos para después vomitarla (29).

No fue hasta el año 1979 que Russell hizo la primera descripción clínica de lo que se conoce actualmente como bulimia nerviosa, que en ese momento denominó como una variante de la anorexia y que ahora bien se sabe que es un trastorno completamente aparte (30).

La bulimia nerviosa se podría decir que es el segundo trastorno más conocido alrededor del mundo después de la anorexia nerviosa y esto no ha cambiado en muchos años hasta se podría decir que en siglos. En el siglo XIX se pensaba que la bulimia era un subtipo de la anorexia que se presentaba, como la describían muchos médicos, con un apetito voraz (30).

En el mismo siglo XIX se pensaba que la bulimia era una enfermedad provocada por otro padecimiento gástrico, inclusive algunas veces no se podía reconocer si más bien este trastorno alimenticio provocaba problemas gastrointestinales o simplemente era una enfermedad proveniente del cerebro, la cual en algunas ocasiones era tratada meramente como un síntoma más de otra enfermedad (30).

Con lo presentado anteriormente se puede ver como los trastornos alimenticios han existido desde épocas inmemorables. Simplemente en la actualidad se le ha dado mucho más importancia debido a toda la tecnología y redes sociales presentes, pero gracias a todos los documentos de años anteriores se dio con el diagnóstico y todo lo que conllevan los trastornos de la conducta alimentaria.

Más adelante se hablará en sí de la clasificación de los TCA, no obstante, es de importancia decir que dicha clasificación va a ser tomada en su mayoría del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health* conocido por sus siglas en inglés como DSM. El DSM publicó su contenido acerca de los TCA en el año 1980 con el llamado DSM-III, después pasó a actualizarse en el año 1994 con el DSM-IV y por último, sacó su versión más nueva en el año 2013 con el DSM-V, después de múltiples revisiones (31).

Por otro lado, la información presentada más adelante también será apoyada con la literatura del *International Classification of Diseases and Related Health Problems* que se conoce por sus siglas en español como CIE; fue publicado y creado por la OMS en el año 1977, pero más tarde se actualizó la información publicándolo nuevamente como CIE-10 en 1990 (31).

## **2.2 CONTEXTO TEÓRICO**

### **2.2.1 Guías de práctica clínica**

Las profesiones relacionadas a la salud abundan diversos temas, ya que, es claro que el cuerpo humano tiene una elevada complejidad en la que es necesario saber cada aspecto de cómo funciona la fisiología, fisiopatología, los tratamientos para cada enfermedad y entre muchos más. Al haber tanta información, investigaciones y artículos científicos de cada uno de los temas médicos a veces puede llegar a ser abrumador para el médico saber cuál método seguir en el trato con sus pacientes.

Es por esto que hace algunos años la práctica de la medicina era basada casi que únicamente en la experiencia vivida por ellos mismos, de sus profesores o conocidos. Sin embargo, se empezó a hablar de lo que era la medicina basada en evidencia y de la importancia en cómo podía influir una guía que incluyera lo más relevante de cada tema médico en la práctica de todos los días.

La pregunta es, ¿Para qué sirve una guía de práctica clínica? Para poder entenderlo hay que saber que las GPC desde que fueron creadas como concepto han ido cambiado conforme pasan los años, para poder así ir mejorando cada vez más. Estas en sí contienen recomendaciones que fueron tomadas de la medicina basada en la evidencia, también incluyen revisiones totalmente fidedignas y aprobadas y una síntesis del tema médico respectivo o también las describe como “ directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos” (32,33).

Las GPC vinieron a facilitar la práctica médica, ya que, si en algún momento la tecnología cambia o se crea algún nuevo tratamiento, por mencionar algo, la guía únicamente se

actualiza. Por lo cual brindan una buena opción para los médicos de mantenerse actualizados con la información (33).

Las guías al contener información tan actualizada ayuda a que se mejore el trato médico-paciente asegurándose de brindar la mejor atención posible al igual que también ayuda a que algunas intervenciones o tratamientos ineficaces se dejen de utilizar debido a que en lugar de brindar apoyo más bien se está causando un daño (33).

No sólo las GPC tuvieron un debut como una gran herramienta clínica sino que también están las guías de atención y los protocolos de atención que su función, al igual que las GPC, son las de optimizar la duración, servicio y calidad en cuánto al manejo de un paciente (32).

La función de que las GPC fundamenten su contenido en medicina basada en la evidencia es de gran utilidad, dado que, todas las recomendaciones utilizadas mencionan el grado de confiabilidad dejando al médico que las ponga en práctica bajo su criterio (32). Otro dato a mencionar es que a pesar de que se incluye una síntesis de la literatura, casi siempre las guías van a estar enfocadas en aspectos muy específicos como podrían ser el diagnóstico de una enfermedad (32).

Es claro que no siempre toda la información presentada en las GPC va ser de buen calidad. Es por eso mismo que existen diferentes herramientas, como ya se ha mencionado anteriormente, encargadas de verificar en sí la formación de cualquier guía. AGREE II es uno de los instrumentos creados para esta situación y cuenta con el objetivo de garantizar a los usuarios de respectiva guía que tiene una buena estructura, claridad, calidad y también se encarga de evaluar las recomendaciones, por otro lado, este método se puede usar tanto en una guía completamente nueva como en las actualizaciones de éstas (14).

AGREE ha sido una excelente herramienta para muchos profesionales desde su creación. Contando los cambios que ha tenido desde que fue lanzada han logrado que sea aprobada en 14 idiomas diferentes, ha sido utilizada en innumerables publicaciones y también ha sido utilizada por diversos entes internacionales (18).

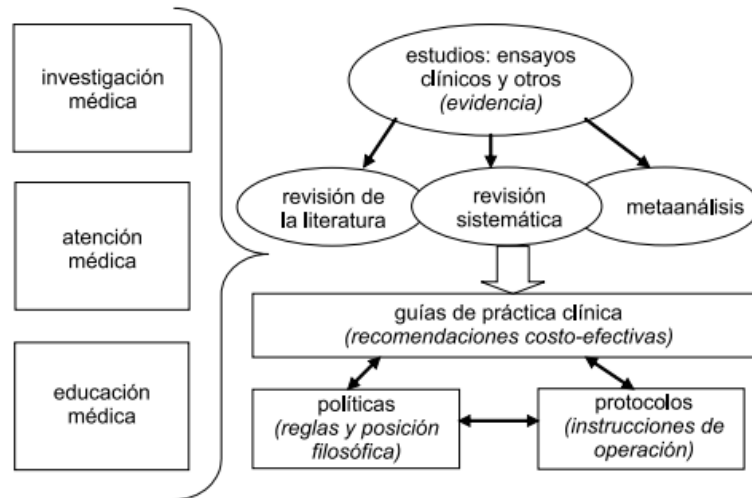
El instrumento, AGREE II, cuenta con seis áreas que son (14):

1. Alcance y objetivo
2. Participación de los implicados
3. Rigor en la elaboración
4. Claridad de presentación
5. Aplicabilidad
6. Independencia editorial

Al evaluar cada una de estas áreas más aparte 23 ítems que se encuentran divididos en éstas se garantiza una mejor estructura en la planificación y formación de las GPC aparte de un mejor entendimiento por parte de los lectores.

A continuación, se puede observar una figura que explica los procesos involucrados que conlleva la creación de una guía.

**Figura No. 1** Procedimientos involucrados en la creación y aplicabilidad de las GPC en relación con las tres áreas de la práctica médica



**Fuente: El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención (14).**

A pesar de que existen diversos aspectos positivos de acuerdo a las GPC no siempre todo va ser bueno, existen ciertas desventajas como podrían ser que los tratamientos que se recomienden no estén disponibles en esa zona, que lo que se recomienda en cuanto al diagnóstico por más buena que sea su recomendación no siempre se va a poder realizar en la práctica clínica diaria, generalizar el manejo de un paciente cuando más bien debería ser todo lo contrario e individualizar el caso, entre otros (14).

Por eso se recomienda siempre saber tanto los aspectos positivos como negativos en el uso de una GPC, para que así el profesional en salud sepa con mayor confianza que aplicar y cómo manejar los casos de sus pacientes.

## 2.2.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria, como se ha mencionado anteriormente, se han ido haciendo cada vez más importante dentro de los trastornos psiquiátricos, debido a que

este padecimiento también ha ido en aumento en los pacientes a causa de diversas situaciones.

Los TCA se pueden describir como un tipo de trastorno psiquiátrico en el cual se ven afectados los hábitos alimenticios y por ende el peso del paciente; además se ha visto que la duración suele ser de unos 6 años, sin embargo, ciertas prácticas o preocupación y ansiedad pueden seguir presentes por muchos años más o incluso el resto de la vida (31,34,35).

Además de los TCA afectan diferentes aspectos de la vida de los pacientes, también los familiares se ven afectados, lo que de igual forma es importante y requiere ayuda y más porque los pacientes pueden tener bastantes recaídas o pasar a tener depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o hasta abuso de sustancias, entre otros (36).

Se ha notado que el pico de presentación es entre los 15-25 años de edad, aunque los TCA se pueden presentar en cualquier momento de la vida (34). También se observó que el padecer anorexia nerviosa ha causado un riesgo de mortalidad mayor que otras enfermedades como asma y diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (34,35).

Según Schmidt (34), las mujeres que padecen de cualquiera de los trastornos de conducta alimentaria se observó que una parte nunca tiene hijos, otra parte tienen pocos hijos y las mujeres restantes se afrontan a problemas de infertilidad las cuales van a requerir múltiples tratamientos para poder concebir a un bebé (34).

No solo se van a presentar diferentes problemas de salud a causa de los TCA para los pacientes y sus familiares sino que el costo que puede tener para un gobierno también es bastante alto, de hecho se vio que la carga de la enfermedad de los TCA va ser mucho mayor que los de ansiedad y depresión (34).

Es claro que para poder combatir y tratar de una forma más rápida a los pacientes que padecen de un TCA las personas como sociedad tienen que estar informadas de cuáles son las señales que muestran que una persona posiblemente tenga uno de estos trastornos, sin embargo, por más fácil que suena no es del todo así, ya que, en un estudio se observó que las mujeres y los hombres tienen puntos de vista diferentes conforme a los TCA, siendo que el género femenino percibe de alta importancia y preocupante el tratamiento y diagnóstico de una persona que practique de forma frecuente los hábitos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracones y demás, mientras que el género masculino percibe que el vómito frecuente en una mujer es algo normal y que una persona que tiene atracones de comida no merecen tener ningún tratamiento (37).

Lo anterior es de gran importancia porque como se ha visto los TCA van a repercutir en el paciente, familia y sociedad y por eso es tan importante que exista un mejor manejo gubernamental en este tema. El problema es que el género masculino sobrepasa a las mujeres en cuanto a toma de decisiones sobre la financiación que se le da a este tipo de trastornos, por supuesto, tomando este caso como ejemplo de los muchos otros que también afectan el manejo económico (34,37).

Según el DSM-V, los trastornos alimenticios se pueden clasificar como alteraciones que persisten en el tiempo en cuanto a la alimentación o también al comportamiento relacionado con esta, que llevan a una alteración ya sea al consumo de los alimentos o a la absorción y que finalmente conducen al paciente a un deterioro físico, psicológico y social (38).

Dentro de los trastornos que se encuentran en el área de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en el DSM-V están pica, el trastorno de

rumiación, trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones (38).

Es de importancia aclarar que la obesidad no se toma en cuenta en esta sección, aunque es cierto que algunos trastornos alimenticios de los ya mencionados pueden llevar a la obesidad y esta puede causar otros trastornos psiquiátricos como la depresión (38).

Cuando el paciente consulta al especialista por cualquier síntoma que haga pensar en un trastorno alimenticio, siempre hay que tener de forma muy clara la historia clínica de este, ya que, puede estar consumiendo alguna sustancia que sea la razón de sus síntomas y si no se ve de esta forma el profesional en salud puede tener una confusión y dar un diagnóstico equivocado.

La información teórica de cada trastorno alimenticio a tratar en esta investigación, se obtuvo por medio del DSM-V, sin embargo, también se mencionará en algunos momentos al CIE-10. Se decidió usar como base al DSM-V, ya que, esta guía está enfocada principalmente en enfermedades psiquiátricas, por tanto, se ahonda más en cuanto a síntomas y características de cada trastorno.

Para efectos de la investigación y mayor facilidad se nombran los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos y trastornos de la conducta alimentaria no especificado/ especificado.

### **2.2.3 Epidemiología**

#### **I. Incidencia**

Al hablar de incidencia se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad, muertes o lesiones en específico en un determinado tiempo (39).

La incidencia no es del todo conocida, sin embargo, se puede decir que dos, tanto bulimia nerviosa y el trastorno por atracones, de todos los trastornos alimenticios se encuentran en aumento, empero, esta información no puede ser del todo confirmada (40).

Sin embargo, en un estudio español se observó que los TCA tenían una incidencia de 14,1 casos por cada 100,000 habitantes en la que para anorexia nerviosa eran de 3,1 casos por cada 100,000 habitantes y para bulimia se presentaron 4,4 casos por cada 100,000 habitantes (41). Las edades con un pico mayor son entre los 25 a 34 años edad, aunque también se observaron casos en personas mayores de 45 años (41).

## **II. Prevalencia**

Como ya se ha mencionado antes, diversos estudios han revelado que los trastornos alimenticios afectan principalmente a mujeres y a adolescentes (31). También se ha notado que la prevalencia ha tenido un aumento mayor en países desarrollados en el cual también se va a ver muy asociado a la obesidad (34).

En cuanto a la relación con la obesidad se ha visto que es un trastorno más común en padecerlo los pacientes que sufrieron de bulimia nerviosa y de trastorno por atracones, pero uno de los datos más preocupantes es que la edad de inicio en los TCA cada vez se ha visto en personas de menor edad, produciendo que los adolescentes pasen por terribles repercusiones a lo largo de sus vidas (34,42).

Principalmente, en un estudio realizado sobre otras investigaciones alrededor del mundo observó que la prevalencia de todos los trastornos alimenticios era de 19.4% en mujeres y en hombres de un 13.8%, lo que quiere decir que si se toma en cuenta la prevalencia tanto de mujeres como hombres en población mundial la prevalencia sería de 17% (31). No todos los trastornos alimenticios van a tener una mayor prevalencia en mujeres, ya

que, se ha visto que el trastorno por atracones tiene una prevalencia aumentada en las personas del género masculino (40).

En el estudio realizado por Larrañaga (41), se menciona que la prevalencia para los TCA es de 82,8 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que para anorexia nerviosa es de 18,6 casos por cada 100,000 habitantes y para bulimia fue de 25,7 casos por cada 100,000 habitantes.

Según el DSM-V (38), cuenta que a pesar de no saber con exactitud la prevalencia que tiene la bulimia en el género masculino, si se sabe con seguridad que este TCA es mucho más frecuente en la población femenina con un 10:1.

El TCA más común y conocido por la población es la anorexia nerviosa, siendo también le TCA más frecuente en adolescentes al igual que la diabetes mellitus tipo 1 (34). Por otro lado también se ha visto un aumento en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (40).

Gracias a la divulgación sobre los TCA dada por los medios de comunicación desde hace unos años se ha visto que la prevalencia de estos ha ido en aumento, no obstante, aún está en duda que la prevalencia siempre haya sido la misma y que la razón de esto fuera que los pacientes que tenían este padecimiento ocultaran sus síntomas, por lo cual nunca se les pudo hacer un diagnóstico correcto y todo como causa del miedo al rechazo o vergüenza que la sociedad les haría sentir (36).

## **2.2.4 Anorexia nerviosa**

### **Características Generales**

Este padecimiento se puede definir como lo menciona Méndez et al (36), como la incapacidad de una persona de poder mantener un peso normal en relación con su estatura, creando una obsesión con este y una insatisfacción con su delgadez ya alcanzada por más que se encuentren desnutridos, siempre queriendo ser aún más delgados y con el miedo constante de haber aumentado de peso. Siendo así, la base de este trastorno la idealización de un peso y figura delgada a base de una restricción de alimentos, incluyendo a las personas que pueden o no tener atracones de comida y los que practican métodos purgativos como el vómito, laxantes o diuréticos (40).

Una gran diferencia que se podría hacer con la anorexia es que estos pacientes se van a encontrar con un peso más bajo a diferencia de la bulimia en la que el peso se puede mantener normal o incluso hasta un poco más arriba de lo normal (40).

Es importante que a todo paciente diagnosticado con anorexia nerviosa se le refiera a un psiquiatra el cual pueda hacerle diferentes evaluaciones dentro de las que debe preguntar sobre ideación suicida, ya que, los pacientes con este trastorno tienen una tasa de suicidio de 12 personas por 100,000 al año (38).

### **Factores de Riesgo**

Se puede decir que los factores de riesgo provienen de tres diferente lugares que son: los primeros que son los temperamentales en el que se ha notado que las personas con trastornos de ansiedad u obsesivos tienen un riesgo mayor de padecer TCA, los segundos siendo los ambientales en el que la cultura se encuentra muy involucrada y más si existen perfiles de belleza con cuerpos delgados y los últimos siendo los genéticos en el que se estudió que es posible padecer un TCA en un paciente que tenga un familiar de primer grado con anorexia nerviosa (38).

## **Cuadro clínico**

Dentro de los síntomas y signos encontrados en anorexia nerviosa se pueden observar los siguientes: la amenorrea que se atribuye a la pérdida de peso y puede quitarse en mujeres que ya tuvieron su primera menstruación y en los casos en los que todavía no han tenido su menarquía ésta se les atrasa, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia, emaciación, hipotensión, hipotermia, bradicardia, edemas periféricos provocados por la etapa de aumento de peso o por el abuso de diuréticos y laxantes (38).

## **Diagnóstico/ Criterios Diagnósticos**

En el DSM-IV se mencionaba que la amenorrea era un dato importante para el diagnóstico de este trastorno. Sin embargo, el DSM-V eliminó este criterio, debido a que, también había que tomar en cuenta a los hombres que lo padecen y a la gran cantidad de mujeres que se encuentran tomando hormonas como métodos anticonceptivos lo que puede complicar la clínica (35).

Existen tres criterios clínicos dentro del DSM-V que son los que se tienen que tomar en cuenta para el diagnóstico, dado que en muchas situaciones se siguen utilizando criterios del DSM-IV pudiendo complicar el manejo con el paciente. Los criterios se mostrarán a continuación (38).

1. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física.
2. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

3. 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.

También es necesario mandarle al paciente estudios de laboratorio para poder confirmar el diagnóstico o descartar otras enfermedades. Los estudios a mandar son los siguientes: hemograma en el cual se puede ver una leucopenia, linfocitosis y en algunas ocasiones anemia, hormonas tiroideas en la cual la T4 y T3 pueden estar disminuidas, electrocardiograma (EKG) puede presentar una bradicardia sinusal y masa ósea en el que se puede observar osteopenia u osteoporosis (38).

Además es importante clasificar al paciente en los dos tipos que hay que son: el restrictivo el cual en los últimos 3 meses no pudo haber tenido ni atracones ni purgas y el que se presenta con atracones con purgas (38).

Un dato que no puede faltar en el estudio de un paciente con el trastorno es el índice de masa corporal (IMC) que con este número se va a poder clasificar si el paciente leve o hasta extremo y también va a ser posible saber que tan mal se encuentra la persona y el tratamiento necesario, pero para saberlo se clasifica de la siguiente forma (38):

- Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/ m}^2$
- Moderado:  $IMC 16-16,99 \text{ kg/ m}^2$
- Grave:  $IMC 15-15,99 \text{ kg/ m}^2$
- Extremo:  $IMC < 15 \text{ kg/ m}^2$

Existen algunos instrumentos usados en los pacientes para ayudar al profesional de salud a confirmar su diagnóstico, como *Eating Attitudes Test* (EAT) que valora la gravedad del caso, tiene una puntuación de 0-78 puntos, consta de unas preguntas que el paciente tiene

que contestar y se considera como punto de corte los 26 puntos, por otro lado también está escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en la que se le muestra al paciente una hoja con 13 siluetas el corte para anorexia es de 16,55, mientras que el de una persona sana es de 3,09 puntos (43).

Por otro lado, existen ciertos cuestionarios que se le realiza a los pacientes con posible diagnóstico de un TCA. El primer cuestionario es del SCOFF, el cual evalúa la conducta alimentaria de los 3 meses anteriores y cuenta con 5 preguntas que son (44):

1. ¿Usted se siente se provoca el vómito porque se siente muy llena?
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
3. ¿Ha perdido recientemente más de 7kg en un período de 3 meses?
4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?
5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?

Al los pacientes responder estas sencillas preguntas ayuda de gran manera a los profesionales de salud de pensar en hacer más estudios e investigar más sobre la historia clínica de las personas involucradas.

### **Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

Lo primero es tener una buena historia clínica y para eso no sólo hay que quedarse con la versión del paciente sino que sería ideal poder entrevistar a un familiar o a una persona muy cercana para que brinde los datos que tal vez al paciente le da miedo decir y prefiere omitir (35).

Para el tratamiento en sí es necesario proveer la ayuda y conocimiento de un equipo multidisciplinario en que el manejo no farmacológico van a existir diversas terapias psicológicas como el tratamiento basado en la familia, por parte de los fármacos se habla del uso de los antidepresivos aunque están del todo recomendados, ya que, se ha visto que

no tienen ningún efecto positivo o negativo en los pacientes, inclusive se dice que los síntomas que se pueden presentar como la depresión o ansiedad tienen que descartarse que no sean provocados por la restricción alimentaria (35).

Durante un estudio realizado en el año 2014, se menciona que lo primero y más importante en tratar en un paciente agudo es la ganancia de peso, no obstante, este no es el único tratamiento que se tiene que realizar porque los pacientes normalmente van a tener otros problemas al igual que no se puede considerar que el aumento de peso sea algo positivo cuando todavía se presentan síntomas clásicos de anorexia nerviosa (45).

Por otro lado, en algunos países se usan los antidepresivos y antipsicóticos como tratamiento de anorexia, pero en un estudio se observó que el tratar a los pacientes con estos fármacos daban el mismo resultado que los pacientes tratados con placebo, por lo cual se llegó a la conclusión de que no existe suficiente evidencia que el uso de estos medicamentos beneficien al paciente (45).

## **2.2.5 Bulimia nerviosa**

### **Características Generales**

La bulimia nerviosa al igual que la anorexia temen el aumento de peso e idealizan un cuerpo con figura delgada. La diferencia es que esta va a presentar episodios en los que hay una ingesta importante de alimentos y después pasan a tomar medidas exageradas para aliviar la culpa de lo que comieron anteriormente, además es común que los pacientes tengan un peso normal o inclusive aumentado (43).

Los pacientes con bulimia nerviosa no realizan una restricción de alimentos, sino, que realizan un estudio en los alimentos que comen siendo la única regla que sean los de menor calorías posible y evitan otros alimentos por miedo a causar un atracón (38).

Es frecuente que el inicio de la enfermedad se de entre la etapa de adolescencia y de adulto joven, después de este período es infrecuente, pero claro que pueden existir casos registrados (38). Un dato importante es que este trastorno normalmente se desarrolla gracias la práctica de dietas para adelgazar y que la mayoría de veces no está proporcionada por un profesional (38).

### **Factores de Riesgo**

Como en la mayoría de las enfermedades normalmente no existe un solo factor de riesgo sino que son múltiples y esta no es la excepción. Se pueden encontrar problemas con el peso, el autoestima, trastornos psiquiátricos, obesidad en la infancia, desarrollo puberal temprano y estereotipos de la sociedad en cuanto a lo que es un cuerpo físicamente lindo (38).

### **Cuadro clínico**

Las consecuencias de la enfermedad se van a ver reflejadas en todo el organismo del paciente. Dermatológicamente hablando en una investigación se encontró que los principales signos presentados por sus pacientes son xerosis, alopecia, caries dentales, cabello frágil y opaco y también debilidad en las uñas (46).

En cuanto al examen de ojos y nariz se ha visto que los pacientes normalmente se presentan con hemorragia subconjuntival al igual que epistaxis sin contar con ninguna otra patología que lo explique (47).

Debido a la frecuente práctica del vómito auto inducido es muy común encontrar erosión en los dientes de los pacientes que también pueden presentar con el tiempo fragilidad y decoloración al igual que caries e hipertrofia de las glándulas salivares (47,48).

Los pacientes que padecen de bulimia tienen un mayor riesgo de presentar el esófago de Barrett e igual que en la anorexia las mujeres pueden presentar amenorrea, anemias e incluso arritmias (43).

### **Diagnóstico/ Criterios Diagnósticos**

En el DSM-V se hablan de 5 criterios diagnósticos que son (38):

1. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
  - a. Ingestión en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias similares.
  - b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
2. 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.
3. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
4. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
5. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Además, se tiene que evaluar si el/la pacientes presentan un cuadro leve o severo y esto se puede hacer, según el DSM-V (38), de la siguiente forma:

- Leve: que se presenten entre 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados.
- Moderado: que se presenten entre 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados.
- Grave: que se presenten entre 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados.
- Severo: que se presenten 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados.

Al igual que como existen cuestionarios para ayudar en la evaluación de los TCA, existen algunos que son específicos para bulimia nerviosa como los son el cuestionario de bulimia revisado (BULIT R) y el test de Edimburgo de investigación de bulimia (BITE) (49).

### **Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

Se habla que el tratamiento es esencial para la recuperación de los pacientes, sin embargo, no todos logran recuperarse totalmente de la enfermedad, ya que, hasta un 30% sufren recaídas y tan sólo un 50% logran recuperarse (43).

Los principios del tratamiento para los TCA es similar para todos teniendo en cuenta que hay que recuperar el estado nutricional del paciente con una alimentación apropiada, tratar toda complicación que sea causada por este tipo de trastornos, educar a los pacientes y a sus familiares en cuanto a los TCA, ayudar a la persona con apoyo psicológico en el cual se recomienda que para bulimia nerviosa el mejor tratamiento es el cognitivo-conductual y usar fármacos como antidepresivos en caso de ser necesario (50,51).

## **2.2.6 Trastorno por atracones**

### **Características Generales**

No hace mucho tiempo se clasificó a este trastorno como un TCA, ya que, antes al estudiarlo sólo se veía como la sobreingesta de alimentos sin saber el gran daño que puede causar. Se va a distinguir por períodos de ingesta excesiva de alimentos en un determinado tiempo, en el que en algunos casos pueden llegar a ingerir en un día hasta 20.000 kcal (38,52).

La bulimia nerviosa y este trastorno tienen algunos aspectos similares como en la ingesta compulsiva, sin embargo, en el trastorno por atracones no existe la práctica de comportamientos compensatorios, por lo cual se puede ver relacionado de gran forma con el sobrepeso y la obesidad (52).

### **Factores de Riesgo**

Se ha visto que las personas que padecen el trastorno normalmente algún otro miembro de la familia lo padece, por lo cual se puede pensar que existe cierta influencia genética (38).

### **Cuadro clínico**

Se ha observado que este trastorno puede estar presente en cierta cantidad de personas que empiezan dietas para bajar de peso, al igual que se ha visto que es más frecuente que suceda en mujeres obesas y que la mayoría de los alimentos que se consumen durante cada atracón normalmente son altos en grasas y azúcar (53).

### **Diagnóstico/ Criterios Diagnósticos**

Los criterios diagnósticos para el trastorno de atracones según el DSM-V (38), son 5 en específico:

1. Episodios recurrentes de atracones. En el que cada episodio debe tener las siguientes características:
  - a. Ingestión en un período determinado de una gran cantidad de alimentos.
  - b. Sensación de una falta de control sobre lo que se ingiere en cada episodio.
2. Los episodios de atracones se asocian a tres de los siguientes:
  - a. Comer mucho de una forma veloz.
  - b. Comer hasta sentir desagrado por lo lleno que quedan.
  - c. Comer una cantidad exuberante a pesar de no tener hambre.
  - d. Esperar a estar solos para poder comer por la vergüenza que esto les causa.
  - e. Sentir un disgusto a sí mismo o vergüenza.
3. Malestar intenso respecto a los atracones.
4. Mínimo tiene que haber un atracón a la semana en los últimos 3 meses.
5. Posterior a los atracones no existe ningún comportamiento compensatorio.

De igual forma es importante clasificar la severidad de cada paciente y se hace según el DSM-V (38), de la siguiente forma:

- Leve: 1-2 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Severo: 14 o más atracones a la semana.

Al igual que en otros TCA existen cuestionarios que ayudan a guiar tanto al paciente como al médico tratante a hacer un diagnóstico. Algunos ejemplos de los cuestionarios

son *The Questionnaire of Eating and Weight Patteros*, *The Binge Eating Scale*, *The Disorder Inventory-2*, *The Three- Factor Eating Questionnaire* y *The Eating Disorder Examination* (53).

### **Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

El tratamiento farmacológico para el trastorno por atracones se basa primordialmente en antidepresivos como fluoxetina, citalopram y demás, mientras que en el no farmacológico la primera línea de tratamiento es la terapia cognitivo conductual (54).

## **2.2.7 Trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos**

### **Características Generales**

Se presenta más frecuentemente en la lactancia o infancia y en algunos casos el trastorno puede persistir hasta la adultez, por otra, parte se ha visto que los niños que lo presentan suele estar irritables la hora de la comida, con retrasos en el crecimiento y esto en algunas ocasiones puede deberse que el niño presenta malos tratos o desatención de sus padres; se ha visto que al diagnóstico se incluyen otros problemas de tipo emocionales, sociales y físicos (38). Es importante tomar en cuenta que si se trata de alguna práctica cultural no se puede hacer el diagnóstico (38).

### **Factores de Riesgo**

Los principales son los temperamentales como el trastorno de ansiedad, autismo, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), entre otros, los ambientales como ansiedad familiar, se ha visto que un gran factor es que la madre padezca de un trastorno de la conducta alimentaria y por último los genéticos y fisiológicos dentro de los cuales de encuentran las afecciones gastrointestinales, vómitos, entre muchos otros más (38).

## **Cuadro clínico**

En los pacientes que padecen esta enfermedad se puede observar una pérdida de peso significativa, cosa que en los niños no sucede, ya que, ellos lo manifiestan con un crecimiento de estatura y aumento de peso deficiente, también hay una deficiencia nutritiva, problemas psicosociales, algunos casos dependen totalmente de una nutrición enteral, hay hipotermia, bradicardia y anemia, entre otras características más (38).

## **Diagnóstico/ Criterios Diagnósticos**

El DSM-V (38), habla de algunos criterios a tomar en cuenta para poder orientar a los profesionales de salud en el diagnóstico que son:

1. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos como por ejemplo la falta de interés por comer o alimentarse; evitación a causa de la impresión sensorial que tengan los alimentos; preocupación acerca de consecuencias repulsivas de la acción de comer, que se ponen en manifiesto al no cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los siguientes
  - a. Pérdida de peso significativa o fracaso para alcanzar el peso esperado o crecimiento escaso en los niños.
  - b. Deficiencia nutritiva significativa.
  - c. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
  - d. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
2. En el trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

3. El trastorno no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.
4. El trastorno no se puede atribuir a un padecimiento médico o no se explica mejor por otro trastorno mental.

### **Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

La terapia cognitivo conductual no puede faltar en el manejo de esta enfermedad y siempre se recomienda reconocer las banderas rojas que pueden presentar los pacientes para así empezar un tratamiento temprano (55).

En cuanto a otros tratamientos es necesario dar al paciente suplementos vitamínicos como vitamina B12, hierro, zinc, calcio, vitamina D o en todo caso dar suplementos polivitamínicos, aparte de este tipo de sustancias a ingerir no se recomienda el uso de fármacos, ya que, no se ha comprobado que estos funcionen (55).

### **2.2.8 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado/ especificado**

#### **Características Generales**

En este caso se hace referencia a un paciente que no cumple todos los criterios diagnósticos específicos para cualquiera de los TCA mencionados anteriormente, pero que tiene cierta predominancia hacia alguno, por lo cual, se ve afectado física, mental y socialmente al igual que otros trastornos (38,56).

Si es posible el médico tratante debe de describir cuál es el TCA más parecido al de su paciente, por ejemplo en algunos casos se podría decir que el persona padece de anorexia

nerviosa atípica lo cual se refiere a que cumple con la mayoría de los criterios diagnósticos, no obstante, el peso se encuentra en un rango normal para dicha persona, también están los casos de bulimia nerviosa en los que puede no tener comportamientos compensatorios o están presentes, pero en menor cantidad de lo propuesto en los criterios, igualmente se encuentran el trastorno por atracones y el trastorno por purgas en el que los atracones suelen darse menos de una vez por semana y la práctica de hábitos purgativos se da sin atracones, respectivamente (38).

## **CAPÍTULO III: MARCO METOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Esta es una investigación de tipo cuantitativo, ya que, durante el desarrollo de esta se estará aplicando instrumentos calificados para la evaluación de las guías de trastornos alimentarios respectivas, para así poder tener tanto validez como confiabilidad en los resultados obtenidos (57). Por otro lado, se miden las variables, en este caso dominios, en un determinado contexto, para así al final obtener una serie de conclusiones respecto a la hipótesis (58).

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación basada en un estudio descriptivo, dado que, se especifican las propiedades relevantes y características del fenómeno a analizar (58).

En el actual estudio se hará por medio de la descripción de características de las tres guías utilizadas, para así poder analizar las diferencias o similitudes en la formación de cada una de ellas.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

El presente estudio se basará en los datos recolectado de las guía de práctica clínica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de Estados Unidos, la guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria de México y la guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria de España.

#### **3.3.1 Fuentes de información**

##### Fuente primaria

-Instrumento AGREE II (2009)

##### Fuentes secundarias

- Guía de práctica clínica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2010)

-Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria (2010)

-Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2009)

-Libros de texto

-Artículos, revistas y documentos de revisión bibliográfica

#### **3.3.2 Población**

Por las características de dicho estudio, no se va a requerir de una población.

#### **3.3.3 Muestra**

Por las características de dicho estudio, no se va a requerir de una población.

#### **3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

A continuación, se podrá observar la tabla en la cual se mencionarán los criterios de inclusión y exclusión utilizados en el desarrollo de la investigación.

**Tabla No. 1** Criterios de inclusión y exclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Personal de salud	Cualquier característica que imposibilite la colaboración en la investigación
Realización voluntaria	
Disponibilidad de tiempo	

**Fuente: elaboración propia, 2021.**

### **3.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El principal instrumento utilizado en esta investigación es el Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica o mejor conocido como AGREE II. Este fue creado para poder desarrollar guías o para poder evaluar la calidad de las mismas. Aunque fue creado en el año 2003 esta no es la última versión, sino, que se han hecho algunas actualizaciones manteniéndose el propósito inicial. Para el desarrollo de este estudio es importante aclarar que la versión utilizada es la del 2009.

Algunos de los objetivos principales al usar AGREE II son los de: evaluar la calidad de las guías, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías y establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías (19).

#### **3.4.1 Validez del cuestionario**

El instrumento AGREE II cuenta con un manual en el cual se explica el por qué fue creado, cómo se debe usar y cuál es la forma correcta de aplicarlo. Las guías en estudio deben de ser evaluadas por dominios, los cuales se explican en el manual, y a su vez tienen que contar con la puntaje de mínimo dos evaluadores o de cuatro evaluadores que es el número recomendado para un mejor uso y resultado con el instrumento.

#### **3.4.4 Interpretación**

Siguiendo el método de trabajo del instrumento AGREE II, cada voluntario evalúa en las tres guías a estudiar 23 ítems divididos en seis dominios. Cada ítem tiene un puntaje del uno al siete, siendo uno muy en desacuerdo y siete muy de acuerdo. Después de que cada evaluador decide el puntaje, se obtiene un promedio para cada dominio, el cual se hace por medio de la suma de la calificación de cada evaluador para dicho ítem y estandarizando el total, como se verá a continuación.

**Figura No. 2** Fórmula para el cálculo de la puntuación de los dominios, AGREE II

**Ejemplo:** Si 4 evaluadores dan las siguientes puntuaciones para el Dominio 1 (Alcance y objetivo):

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
Evaluador 1	5	6	6	17
Evaluador 2	6	6	7	19
Evaluador 3	2	4	3	9
Evaluador 4	3	3	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>53</b>

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84  
Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12  
Puntuación estandarizada del dominio sería

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}}$$
$$53 - 12 / 84 - 12 \times 100 = 41 / 72 \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57 \%$$

Si se excluyen ítems, debe modificarse adecuadamente los cálculos de la puntuación máxima y mínima posible del dominio.

**Fuente: (19)**

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

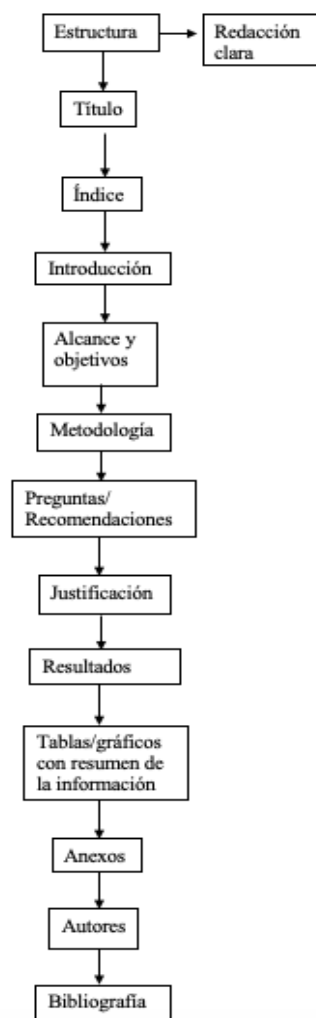
El diseño del actual proyecto es no experimental cuantitativa, transversal de tipo descriptivo, debido a que, en la investigaciones no se manipulan de forma deliberada las variables, sino, que sólo se analizan (58).

### 3.6 METODOLOGÍA

La presente investigación, como se mencionó anteriormente, se encuentra basada en tres diferentes guías clínicas sobre los trastornos alimenticios. Estos documentos corresponden a los países de Estados Unidos con Trastornos de la Conducta Alimentaria Guía de Cuidados Médicos, México con la Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria y España con Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La evaluación y comparación de la estructura de cada una de las guías se hará tomando en cuenta los siguientes aspectos.

**Figura No. 3** Dominios para la evaluación de la variable estructura de las guías estadounidense, mexicana y española

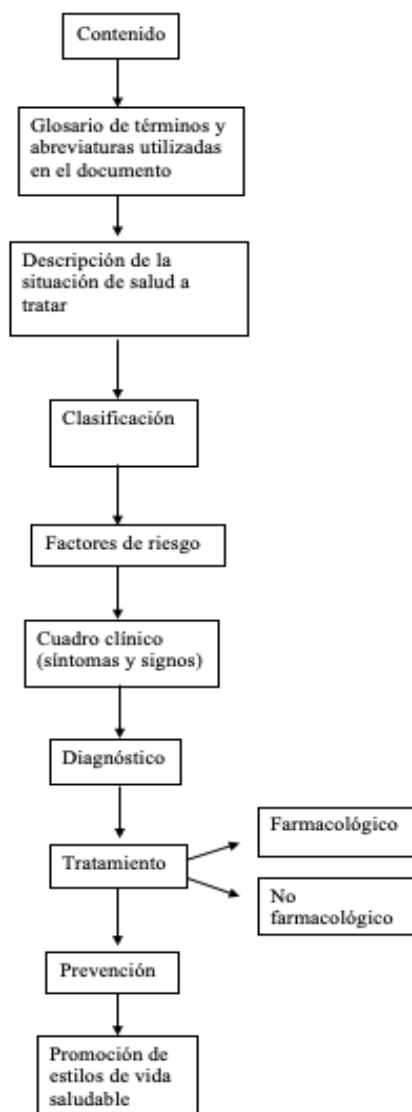


Fuente: elaboración propia, 2021

Con el diagrama presentado se pretende poder evaluar y comparar la estructura de cada una de las guías. Este contiene dos grandes grupos los cuales se conforman en lo que es la redacción clara y concisa, lo que quiere decir que la redacción sea de forma lineal y siga el orden mencionado en el índice. Por otra parte, la estructura en sí de cada guía será evaluada por medio de los siguientes dominios título, índice, introducción, alcance y objetivos, metodología, preguntas/ recomendaciones, justificación, resultados, tablas/gráficos, anexos, autores y bibliografía. Durante la evaluación de las guías se mencionará si el documento posee las características mencionadas o no.

En cuanto a la evaluación del contenido de las tres guías se utilizarán los siguientes aspectos reflejados en el diagrama a continuación.

**Figura No. 4** Dominios para la evaluación de la variable contenido de las guías estadounidense, mexicana y española



**Fuente: Elaboración propia, 2021**

En el diagrama anterior se observan todos los aspectos a utilizar para la evaluación y comparación del contenido de los documentos utilizados en la presente investigación. De igual forma se mencionará por cada una de las guías si estos aspectos forman parte de su contenido o no.

Los dominios a valorar son los siguientes: que contenga un glosario de términos y abreviaturas utilizadas en la guía, una descripción de la enfermedad o situación de salud a tratar la cual puede contener ya sea generalidades, epidemiología o cualquier

característica que describa a dicha situación de salud, la clasificación (si tiene) de las enfermedades, factores de riesgo para el padecimiento de cualquiera de los trastornos de alimentación, cuadro clínico en el cual se incluyan todos los síntomas y signos que puedan padecer los pacientes, diagnóstico de la enfermedad, tratamiento ya sea farmacológico o no farmacológico, prevención y recomendaciones para la promoción de la salud.

Para la evaluación de la calidad, claridad y aplicabilidad en cada una de las guías utilizadas en la presente investigación se utiliza el instrumento AGREE II el cual tiene como objetivo evaluar la calidad de las guías de práctica clínica, como se mencionó anteriormente. AGREE II divide su valoración en seis dominios y a su vez, los dominios, los divide entre 23 ítems y una evaluación global final. La puntuación va de uno a siete la cual queda a opinión del evaluador. Como último punto el instrumento pide que cada evaluador conteste la pregunta de si recomendaría la estudiada o no.

Cabe recalcar que en cuanto al puntaje el uno significa muy en desacuerdo y siete muy de acuerdo. A continuación, se podrá observar cuáles son los 23 ítems a evaluar y su respectivo dominio en cuanto al AGREE II.

Dominio 1 (alcance y objetivo), consta de tres ítems:

1. El(los) objetivos general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

Dominio 2 (participación de los implicados), consta de tres ítems:

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Dominio 3 (rigor en la elaboración), incluye ocho ítems:

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Dominio 4 (claridad de presentación), se pueden encontrar tres ítems:

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Dominio 5 (aplicabilidad), incluye cuatro ítems:

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.

19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.

21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

Dominio 6 (independencia editorial), consta de dos ítems;

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.

23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Para tener una mayor confiabilidad con la revisión y comparación de las diferentes guías a evaluar con AGREE II, se siguió el consejo del mismo instrumento de tener la opinión de 4 diferentes evaluadores que en este caso sean profesionales de la salud. La primera evaluadora es una profesional en nutriología que lleva años de experiencia en el campo, la segunda evaluadora es profesional en nutriología y medicina, la tercera evaluadora es una médico general la cual también tiene años de experiencia en el campo, por último, la cuarta participante es estudiante de medicina.

Cada una de las evaluadora se encargará de revisar los ítems mencionados por AGREE II y calificarlos, también tienen que proporcionar una nota general, con un puntaje de 1 a 7, siendo 7 el mejor puntaje para cada una de las guías utilizadas durante la investigación. Por último, se le pregunta a cada una de las participantes si recomienda las guías a otros usuarios o no.

### 3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización de variables, en el cual se refleja el modo de trabajo durante la presente investigación.

**Tabla No. 2** Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Identificar las similitudes y diferencias en la estructura de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.	Estructura	Orden y composición de los datos en las guías.		-Guía de práctica clínica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2010)  -Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria (2010)  -Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009)	-Título -Índice - Introducción y Alcance -Objetivos -Metodología -Preguntas/ Recomendaciones -Justificación -Resultados -Tablas/ gráficos con resumen de la información -Anexos -Autores -Bibliografía	Flujograma de estructura. Elaboración propia.
Describir las similitudes y diferencias en cuanto al contenido de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.	Contenido	Información presentada por las guías.		-Guía de práctica clínica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2010)	-Glosario de términos y abreviaturas utilizadas en el documento -Descripción de la situación de salud a tratar -Clasificación -Factores de riesgo	Flujograma de contenido. Elaboración propia.

				-Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria (2010)	-Cuadro clínico (síntomas y signos) -Tratamiento: Farmacológico No farmacológico
				-Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009)	-Prevención -Promoción de estilos de vida saludable
Evaluar la calidad, claridad y aplicabilidad por medio del instrumento AGREE II de las guías de trastornos alimenticios de Estados Unidos, México y España en el 2021.	Calidad, claridad y aplicabilidad	Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas.		-Guía de práctica clínica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2010)	-Alcance y Objetivo -Participación de los implicados -Rigor en la Elaboración -Claridad de la presentación
				-Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria (2010)	-Aplicabilidad -Independencia editorial
				-Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009)	

Fuente: Elaboración propia, 2021

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 Comparación de variable estructura

A continuación, se mostrarán en dos segmentos las tablas con los comentarios y comparación respectiva de los dominios de la variable estructura en cada una de las 3 GPC.

**Tabla No. 3** Comparación de los dominios en la variable estructura de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 1).

Variable Estructura	Guías de Trastornos de la Conducta Alimentaria		
	Americana	Mexicana	Española
Formato			
Redacción clara	Contiene una redacción clara y acomodada en 3 grandes partes con diferentes secciones cada una	Contiene una redacción clara y explicada de una forma cronológica	Contiene una redacción clara y explicada de una forma cronológica
Título	Presenta un título claro de acuerdo al contenido de la guía y que se encuentra en la primera página	Presenta un título claro de acuerdo al contenido de la guía y que se encuentra en la primera página	Presenta un título claro de acuerdo al contenido de la guía y que se encuentra en la primera página
Índice	Tiene un índice claro con título y subtítulos que muestran el contenido del documento	Tiene un índice claro con título y subtítulos que muestran el contenido del documento	Tiene un índice claro con título y subtítulos que muestran el contenido del documento
Introducción	Contiene una buena y completa introducción que explica datos específicos para un mejor entendimiento de los lectores	Contiene una buena y completa introducción que explica datos específicos para un mejor entendimiento de los lectores	Contiene una buena y completa introducción que explica datos específicos para un mejor entendimiento de los lectores
Alcances y objetivos	No existe una sección específica para los objetivos de la guía, sin embargo, en otras secciones se	Contiene una sección en la cual se mencionan los objetivos de la guía	Contiene una sección específica en la que se explican los alcances y objetivos de la guía

	menciona el interés por el cual se creo la guía.		
Metodología	Se explica el formato en el que se basó el documento y los pasos que se siguieron para poder escribir las guía además de mencionar cuáles fueron las palabras clave durante de la búsqueda de información	Existe una sección en la cual se explica la metodología utilizada en la guía	Se explica el formato en el que se basó el documento y los pasos que se siguieron para poder escribir las guía, además de que se agregan los criterios de inclusión y exclusión y las bases de datos que fueron utilizadas durante el desarrollo de la guía

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Al ser la tabla de comparación de estructura de gran longitud se decidió dividir las en dos partes para un mayor entendimiento del lector. Como se puede observar en la tabla anterior se califican los siguientes aspectos redacción clara, título, índice, introducción, alcances y objetivos y metodología. Dentro de la misma tabla se habla sobre lo que hay en cada una de las tres guías de Estados Unidos, México y España.

En el área de alcance y objetivos la guía estadounidense no tenía una sección específica de la misma mientras que las guías mexicana y española si contienen una sección única para este aspecto. Para el resto de puntos a comentar las guías fueron relativamente parecidas.

**Tabla No. 4** Comparación de los dominios en la variable estructura de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 2).

Variable Estructura	Guías de Trastornos de la Conducta Alimentaria		
Formato	Americana	Mexicana	Española
Preguntas/ Recomendaciones	Se brindan recomendaciones para los profesionales de salud en cuánto al trato de pacientes con trastornos de alimentación	Se brindan recomendaciones para los profesionales de salud en cuánto al trato de pacientes con trastornos de alimentación	Cuenta con una gran variedad de recomendaciones y de diferentes temas acerca de los TCA además de que hay un área de preguntas
Justificación	No contiene ninguna justificación	Contiene un área específica para la justificación de la guía	Contiene un área específica para la justificación de la guía en la que se explica ampliamente el gran problema que conllevan los TCA
Resultados	No contiene un área dedicada específicamente para los resultados	No contiene un área dedicada específicamente para los resultados	No contiene un área dedicada específicamente para los resultados
Tablas/ gráficos con resumen de la información	Se presentan tablas con información sintetizada de algunos TCA y de otros aspectos relevantes para el diagnóstico y tratamiento de éstos	Contiene tablas que explican algunos de los instrumentos utilizados para la evaluación de los TCA, además de otras tablas con información relevante	Contiene durante toda la guía diferentes tablas que resumen la información brindada
Anexos	Presentan como anexos libros de autoayuda recomendados para los familiares, los pacientes femeninos y masculinos y para profesionales de salud	No contiene ningún anexo	Contiene anexos debidamente explicados en el índice
Autores	Existe un área dedicada a la mención de los colaboradores en la realización de la guía	Existe un área dedicada a la mención de los colaboradores en la realización de la guía	Existe un área dedicada a la mención de los colaboradores en la realización de la guía

Bibliografía	Contiene una amplia bibliografía organizada de forma adecuada	Contiene un área dedicada a al bibliografía del la guía	Contiene un área dedicada a al bibliografía del la guía
--------------	---	---	---

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el cuadro anterior se presenta la segunda parte de la comparación de la variable estructura con los siguientes aspectos: preguntas/recomendaciones, justificación, resultados, tablas/ gráficos con resumen de la información, anexos, autores y bibliografía.

De igual forma se hizo un comentario al respecto de cada punto con las 3 diferentes guías. En esta segunda parte las guías fueron más cambiantes, siendo la estadounidense la que no contiene ciertos dominios como la justificación, mexicana no contiene anexos y la española siendo la más completa de las tres.

Por otro lado, las 3 guías se mantienen parecidas únicamente que en algunas se explican mejor ciertos aspectos y otras podrían ahondar más en otros dominios.

## 4.2 Comparación de variable contenido

A continuación, se mostrarán en dos segmentos las tablas con la comparación respectiva de los dominios de contenido en cada una de las 3 GPC.

**Tabla No. 5** Comparación de los dominios en la variable contenido de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 1).

Variable Contenido	Guías de Trastornos de la Conducta Alimentaria		
	Americana	Mexicana	Española
Formato			
Glosario de términos y abreviaturas utilizadas en el documento	No contiene glosario ni ningún área en el que se expliquen abreviaturas	No contiene glosario ni ningún área en el que se expliquen abreviaturas	Contiene glosario y además un área en el que se explican las abreviaturas utilizadas
Descripción de la situación de salud a tratar	Se describen ampliamente los trastornos de la conducta alimentaria	Se describen ampliamente los trastornos de la conducta alimentaria y la situación de éstos en el país	Se describen ampliamente los trastornos de la conducta alimentaria y la situación de éstos en el país
Clasificación	Se menciona en tablas los subtipos que existen de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	Se describen los subtipos que existen en anorexia y bulimia nerviosa	Se menciona como se clasifican y definen los TCA, incluidas las manifestaciones más comunes en cada subtipo
Factores de riesgo	Si contiene los diferentes factores de riesgo que existen en los TCA	Si contiene los diferentes factores de riesgo que existen en los TCA	Se explican los principales factores de riesgo que influyen en los TCA
Cuadro clínico (síntomas y signos)	Se explica el cuadro clínico únicamente de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	Se explican los síntomas en cuanto a la conducta alimentaria y los psicológicos	Se explican principalmente el cuadro clínico de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Al igual que con la variable estructura las tablas pertenecientes a la variable contenido se decidió dividirla en dos secciones para un mayor entendimiento de los lectores. En la primera sección se encuentran los siguientes dominios: glosario de términos y abreviaturas utilizadas en el documento, descripción de la situación de salud a tratar, clasificación, factores de riesgo y cuadro clínico (síntomas y signos).

En las guías estadounidense y la mexicana no se encuentra ningún área que haga referencia a un glosario o área de abreviaturas utilizadas en el documento. Mientras que en el resto las 3 guías tuvieron comentarios similares de cada uno de los dominios.

**Tabla No. 6** Comparación de los dominios en la variable contenido de las GPC de TCA de Estados Unidos, México y España (parte 2).

Variable contenido	Guías de Trastornos de la Conducta Alimentaria		
Formato	Americana	Mexicana	Española
Diagnóstico	Contiene tablas con criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa únicamente y una tabla adicional con diferentes pruebas para los pacientes	Contiene los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados	Explica la línea de diagnóstico que el profesional en salud debe de seguir, además de que incluye los diferentes tests y su función
Tratamiento			
– Farmacológico	Si contiene diferente opciones y recomendaciones acerca de fármacos	Se menciona la existencia del tratamiento farmacológico en ciertas situaciones, sin embargo, es de una forma carente	Si contiene diferente opciones y recomendaciones acerca de fármacos
– No Farmacológico	Se explican las diferentes opciones psicológicas y sus recomendaciones	Se explica ampliamente la diversidad y el proceso que hay en el manejo psicológico	Se explican las diferentes opciones psicológicas y sus recomendaciones
Prevención	Si se habla sobre la prevención en las escuelas y por diferentes medios	Se menciona que la guía es dedicada para el primer nivel de atención para una mejor detección temprana, sin embargo, no menciona cuáles prevenciones se pueden tomar	Se explican las estrategias más importantes para realizar en cuanto a la prevención de los TCA y se habla de la eficacia de estas
Promoción de estilos de vida saludable	No se menciona la promoción de estilos de vida saludables	No se menciona la promoción de estilos de vida saludables	No se menciona la promoción de estilos de vida saludables

**Fuente:** Elaboración propia, 2021.

En la parte 2 de la tabla sobre los dominios de la variable contenido se encuentran: diagnóstico, tratamiento el cual incluye el farmacológico y no farmacológico, prevención y promoción de estilos de vida saludables.

En general las 3 guías explican cada dominio algunas de forma más detallada como es el caso del tratamiento farmacológico en la guía estadounidense y la prevención en la guía española. Lo que si se logró observar es que ninguna de las GPC habla sobre la importancia de los estilos de vida saludable.

Existe también el caso en el ítem de prevención en el que la guía estadounidense se enfoca más que todo en las escuelas, ya que menciona, que es justamente esa etapa en al que los TCA suelen desarrollarse, por otro lado la guía mexicana sólo menciona la importancia de la prevención mas no especifica cuales métodos se pueden ejecutar y por último en cuanto a la guía española si se mencionan diferentes métodos de prevención y la eficacia que estos pueden tener.

### 4.3 Evaluación de la calidad de las guías a través de la aplicación del instrumento AGREE II

#### 4.3.1 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA estadounidense

##### Dominio 1: Alcance y objetivos

**Tabla No. 7** Evaluación del dominio 1: Alcances y objetivos, guía estadounidense

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
<b>Evaluador 1</b>	1	6	2	<b>9</b>
<b>Evaluador 2</b>	3	7	3	<b>13</b>
<b>Evaluador 3</b>	1	6	5	<b>12</b>
<b>Evaluador 4</b>	2	5	7	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>48</b>

**Fuente:** Elaboración propia, 2021.

Como se puede observar en la tabla anterior se muestran las notas obtenidas por los evaluadores del dominio 1 según AGREE II.

Con los datos presentados anteriormente y según los cálculos presentados por AGREE II en la **Figura No. 2** se obtuvo un porcentaje de calidad para el dominio 1 de 50%.

El instrumento utilizado no brinda información de lo que puede ser una nota alta o baja, por lo cual primero se describe el puntaje individual de cada dominio y posteriormente se hace una comparación de los dominios para así poder determinar cuál es la de mejor calidad.

## Dominio 2: Participación de los implicados

**Tabla No. 8** Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía estadounidense

	<b>Ítem 4</b>	<b>Ítem 5</b>	<b>Ítem 6</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	3	1	4	<b>8</b>
<b>Evaluador 2</b>	5	5	5	<b>15</b>
<b>Evaluador 3</b>	4	1	5	<b>10</b>
<b>Evaluador 4</b>	3	2	7	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>45</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla que anterior se mencionan las notas obtenidas por cada uno de los 4 evaluadores para el dominio 2 de la guía estadounidense.

Los resultados obtenidos de igual forma de obtuvieron por medio de la fórmula presentada anteriormente para dar así una calificación de calidad de 45%.

Dominio 3: Rigor en la elaboración

**Tabla No. 9** Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía estadounidense

	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Total
	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Evaluador 1</b>	7	5	1	7	7	7	7	3	<b>44</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	6	7	5	6	5	7	5	<b>48</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	5	3	7	6	7	7	2	<b>44</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	5	2	6	6	7	2	1	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>172</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior se presenta las notas obtenidas por los 4 evaluadores para los 8 ítems del dominio 3.

Con la fórmula brindada por el instrumento y las notas obtenidas se obtuvo se da como resultado una calificación para la calidad de 72%.

Dominio 4: Claridad de presentación

**Tabla No. 10** Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía estadounidense

	<b>Ítem 15</b>	<b>Ítem 16</b>	<b>Ítem 17</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	5	7	7	<b>19</b>
<b>Evaluador 2</b>	6	7	6	<b>19</b>
<b>Evaluador 3</b>	6	7	6	<b>19</b>
<b>Evaluador 4</b>	6	7	7	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>77</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Anteriormente se presenta la tabla con las respectivas notas de cada evaluador para los 3 ítems pertenecientes al dominio 4 de la guía estadounidense.

Con la fórmula recomendada por el instrumento utilizado y las notas obtenidas se da como resultado una calificación de 90%.

## Dominio 5: Aplicabilidad

**Tabla No. 11** Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía estadounidense

	<b>Ítem 18</b>	<b>Ítem 19</b>	<b>Ítem 20</b>	<b>Ítem 21</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	2	7	7	1	<b>17</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	6	6	5	<b>24</b>
<b>Evaluador 3</b>	4	7	6	1	<b>18</b>
<b>Evaluador 4</b>	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>71</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

La tabla presentada anteriormente proporciona las notas obtenidas por los 4 evaluadores de los 4 ítems del dominio 5.

La calificación del dominio da como resultado 57% esto gracias a las fórmula brindada por AGREE II y el criterio evaluador de los participantes.

## Dominio 6: Independencia editorial

**Tabla No. 12** Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía estadounidense

	<b>Ítem 22</b>	<b>Ítem 23</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Evaluador 2</b>	4	5	<b>9</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Evaluador 4</b>	2	1	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el cuadro anterior se puede apreciar las notas de cada uno de los 4 evaluadores para los dos ítems del último dominio, el número 6, de la guía estadounidense.

El resultado total del dominio fue de 66%, calculándolo por medio de la fórmula brindada por el instrumento utilizado y las notas de cada uno de los evaluadores participantes.

## Evaluación global de la guía

**Tabla No. 13** Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria estadounidense

<b>Nota global para GPC de trastornos de la conducta alimentaria estadounidense</b>	
Evaluadora 1	5
Evaluadora 2	6
Evaluadora 3	5
Evaluadora 4	5

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Como se puede observar, en la tabla anterior se muestra la calificación global que cada una de las evaluadoras puso a la guía estadounidense de trastornos de la conducta alimentaria. La nota tiene que estar en el rango de 1 a 7, siendo 7 la mejor calificación. La puntuación se obtiene por medio del juicio que cada una de las participantes tiene respecto a la calidad de la guía.

Con los resultados mostrados en la tabla anterior, se puede apreciar que tres de las evaluadoras dieron un puntaje de 5 puntos mientras que y únicamente una evaluadora proporcionó una nota de 6 para la guía estadounidense.

### Recomendación

Como último paso en la evaluación de cada una de las guías se le preguntó a las evaluadoras participantes si podían responder la siguiente pregunta, ¿Usted recomendaría a otras personas la guía estadounidense de TCA utilizada en la investigación?

Para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: una de cuatro evaluadoras recomienda la guía a otras personas, dos de cuatro evaluadoras la recomiendan, pero bajo algunas circunstancias y una de cuatro evaluadoras del todo no recomienda la guía.

### 4.3.2 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA mexicana

#### Dominio 1: Alcances y objetivos

**Tabla No. 14** Evaluación del dominio 1: Alcances y objetivos, guía mexicana

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
<b>Evaluador 1</b>	7	5	6	<b>18</b>
<b>Evaluador 2</b>	5	7	7	<b>19</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	5	7	<b>19</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	5	7	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>27</b>	<b>75</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior se representa el puntaje obtenido por las evaluadoras para el dominio 1 de la guía de TCA mexicana.

Como se puede apreciar, la calificación tiene como resultado un 87%, esto según la fórmula establecida por el instrumento utilizado durante la investigación.

## Dominio 2: Participación de los implicados

**Tabla No. 15** Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía mexicana

	<b>Ítem 4</b>	<b>Ítem 5</b>	<b>Ítem 6</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	3	1	4	<b>8</b>
<b>Evaluador 2</b>	5	7	6	<b>18</b>
<b>Evaluador 3</b>	4	2	7	<b>13</b>
<b>Evaluador 4</b>	3	3	7	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>52</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el cuadro anterior se muestran las notas dadas por cada evaluadora para el dominio 2 del guía mexicana de TCA.

La calificación es de un 55% dado como resultado del uso de la fórmula mostrada anteriormente en la investigación.

Dominio 3: Rigor en la elaboración

**Tabla No. 16** Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía mexicana

	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Total
	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Evaluador 1</b>	2	2	1	3	7	2	7	1	<b>25</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	7	7	7	7	6	7	5	<b>53</b>
<b>Evaluador 3</b>	4	2	1	2	6	2	7	1	<b>25</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	3	2	5	6	3	7	1	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>137</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla mostrada se puede observar las notas brindadas según el juicio de cada evaluadora para el dominio 3 de la guía de TCA mexicana.

Después de utilizar la fórmula recomendada por el instrumento AGREE II la nota final para el dominio 3 fue de 54%.

Dominio 4: Claridad de presentación

**Tabla No. 17** Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía mexicana

	<b>Ítem 15</b>	<b>Ítem 16</b>	<b>Ítem 17</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	6	7	7	<b>20</b>
<b>Evaluador 2</b>	6	7	6	<b>19</b>
<b>Evaluador 3</b>	6	6	6	<b>18</b>
<b>Evaluador 4</b>	6	6	7	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>76</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el recuadro anterior se muestra el puntaje obtenido, según juicio, de cada una de las participantes para el dominio 4 de la GPC de trastornos de alimentación mexicana.

La nota final para el dominio es de 88% según la pauta indicada por el instrumento AGREE II.

## Dominio 5: Aplicabilidad

**Tabla No. 18** Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía mexicana

	<b>Ítem 18</b>	<b>Ítem 19</b>	<b>Ítem 20</b>	<b>Ítem 21</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	1	7	7	1	<b>16</b>
<b>Evaluador 2</b>	6	6	6	5	<b>23</b>
<b>Evaluador 3</b>	4	6	2	2	<b>14</b>
<b>Evaluador 4</b>	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>65</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior se muestra el puntaje obtenido por cada evaluadora para el dominio 5 de la guía mexicana.

AGREE II especifica la utilización de una fórmula para la obtención de una nota final para cada dominio, para la cual en este caso en especial se obtuvo un 51%.

## Dominio 6: Independencia editorial

**Tabla No. 19** Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía mexicana

	<b>Ítem 22</b>	<b>Ítem 23</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	1	1	<b>2</b>
<b>Evaluador 2</b>	6	6	<b>12</b>
<b>Evaluador 3</b>	1	1	<b>2</b>
<b>Evaluador 4</b>	2	1	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>19</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se muestran las notas obtenidas para el dominio 6 de la guía mexicana de cada una de las participantes. Para lo cual se obtuvo un 22% de nota final para el dominio. Los cálculos fueron realizados por las pautas mencionadas en AGREE II, instrumento utilizado para la investigación.

## Evaluación global de la guía

**Tabla No. 20** Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria mexicana

	<b>Nota global para la GPC de trastornos de la conducta alimentaria Mexicana</b>
Evaluadora 1	3
Evaluadora 2	6
Evaluadora 3	3
Evaluadora 4	4

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En la tabla anterior se puede observar la nota global de cada evaluadora para la guía mexicana de trastornos de la conducta alimentaria.

Para la cual, como se aprecia en el recuadro anterior dos evaluadoras dieron una calificación general de 3 puntos, una evaluadora dio otra nota de 6 puntos y por último una de las participantes otorgó una nota de 4.

#### Recomendación

De acuerdo al instrumento utilizado durante la investigación, después de que cada evaluador presenta el puntaje para cada dominio y la nota global de la guía se tiene que preguntar si se recomienda la guía a otras personas para lo cual 1 evaluadora recomienda el uso de la guía y tres evaluadoras niegan su recomendación.

### 4.3.3 Evaluación de la calidad de la GPC de TCA española

#### Dominio 1: Alcances y objetivos

**Tabla No. 21** Evaluación del dominio 1: alcances y objetivos, guía española

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Total
<b>Evaluador 1</b>	7	7	7	21
<b>Evaluador 2</b>	7	7	5	19
<b>Evaluador 3</b>	7	7	7	21
<b>Evaluador 4</b>	7	7	7	21
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>82</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior se representa el puntaje obtenido por las evaluadoras para el dominio 1 de la guía de TCA española.

Como se puede apreciar, la calificación tiene como resultado un 97%, esto según la fórmula establecida por el instrumento utilizado durante la investigación.

## Dominio 2: Participación de los implicados

**Tabla No. 22** Evaluación del dominio 2: Participación de los implicados, guía española

	<b>Ítem 4</b>	<b>Ítem 5</b>	<b>Ítem 6</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	6	1	7	<b>14</b>
<b>Evaluador 2</b>	6	7	7	<b>20</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	5	7	<b>19</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	7	7	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>74</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el cuadro anterior se muestran las notas dadas por cada evaluadora para el dominio 2 del guía española de TCA.

La calificación es de un 86% dado como resultado del uso de la fórmula mostrada anteriormente en la investigación.

### Dominio 3: Rigor en la elaboración

**Tabla No. 23** Evaluación del dominio 3: Rigor en la elaboración, guía española

	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Total
	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Evaluador 1</b>	7	7	1	7	6	7	7	7	<b>49</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	7	7	6	7	7	7	7	<b>55</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	7	2	7	6	7	7	7	<b>50</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	7	7	7	6	7	7	1	<b>49</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>203</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla mostrada se puede observar las notas brindadas según el juicio de cada evaluadora para el dominio 3 de la guía de TCA española.

Después de utilizar la fórmula recomendada por el instrumento AGREE II la nota final para el dominio 3 fue de 89%.

Dominio 4: Claridad de presentación

**Tabla No. 24** Evaluación del dominio 4: Claridad de presentación, guía española

	<b>Ítem 15</b>	<b>Ítem 16</b>	<b>Ítem 17</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	7	7	7	<b>21</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	7	7	<b>21</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	7	7	<b>21</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	7	7	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>84</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el recuadro anterior se muestra el puntaje obtenido, según juicio, de cada una de las participantes para el dominio 4 de la GPC de trastornos de alimentación española.

La nota final para el dominio es de 100% según la pauta indicada por el instrumento AGREE II.

## Dominio 5: Aplicabilidad

**Tabla No. 25** Evaluación del dominio 5: Aplicabilidad, guía española

	<b>Ítem 18</b>	<b>Ítem 19</b>	<b>Ítem 20</b>	<b>Ítem 21</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	7	7	7	1	<b>22</b>
<b>Evaluador 2</b>	7	6	6	5	<b>24</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	7	7	7	<b>28</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	7	7	7	<b>28</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>102</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior se muestra el puntaje obtenido por cada evaluadora para el dominio 5 de la guía española.

AGREE II especifica la utilización de una fórmula para la obtención de una nota final para cada dominio, para la cual en este caso en especial se obtuvo un 89%.

### Dominio 6: Independencia editorial

**Tabla No. 26** Evaluación del dominio 6: Independencia editorial, guía española

	<b>Ítem 22</b>	<b>Ítem 23</b>	<b>Total</b>
<b>Evaluador 1</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Evaluador 2</b>	5	6	<b>11</b>
<b>Evaluador 3</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Evaluador 4</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>53</b>

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se muestran las notas obtenidas para el dominio 6 de la guía española de cada una de las participantes. Para lo cual se obtuvo un 93% de nota final para el dominio. Los cálculos fueron realizados por las pautas mencionadas en AGREE II, instrumento utilizado para la investigación.

### Evaluación global

**Tabla No. 27** Evaluación global por evaluadores de GPC de trastornos de la conducta alimentaria española

<b>Nota global para la GPC de trastornos de la conducta alimentaria española</b>	
Evaluadora 1	6
Evaluadora 2	6
Evaluadora 3	7
Evaluadora 4	7

**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En la tabla anterior, al igual que los recuadros pasados de evaluación global, se le pidió a cada una de las participantes dar una calificación general para cada guía en un rango de 1 a 7 puntos. Para lo cual, según el juicio de las evaluadoras involucradas, los datos

obtenido fueron los siguientes, dos de las cuatro evaluadoras dieron un puntaje de 6 a la guía mexicana, mientras las otras dos participantes brindaron una nota de 7 puntos.

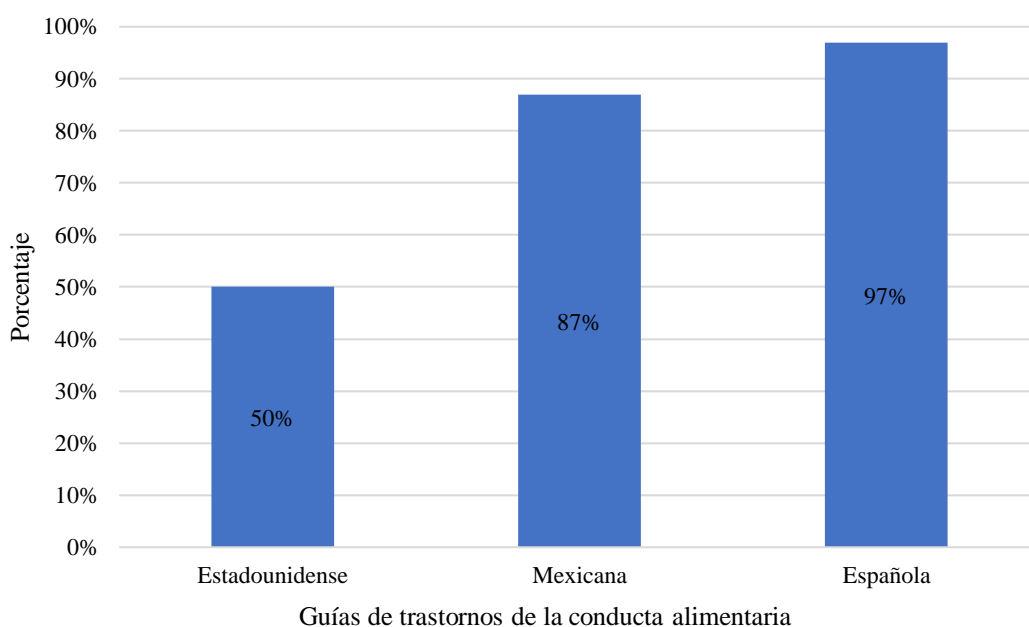
### Recomendación

Como se menciona anteriormente, el instrumento de AGREE II pide a los usuarios preguntar a cada uno de los participantes en la evaluación de las guías si recomendarían dichos documentos a otras personas. Por eso mismo se le pregunta a las evaluadoras y las 4 responden que si recomendarían las guía española de TCA a otros lectores.

### **4.3.4 Comparación por dominios de la calidad de las tres guías de TCA estadounidense, mexicana y española**

#### Dominio 1: Alcances y objetivos

**Gráfico No. 1** Comparación del promedio del dominio 1: Alcances y objetivos, de las guías estadounidense, mexicana y española

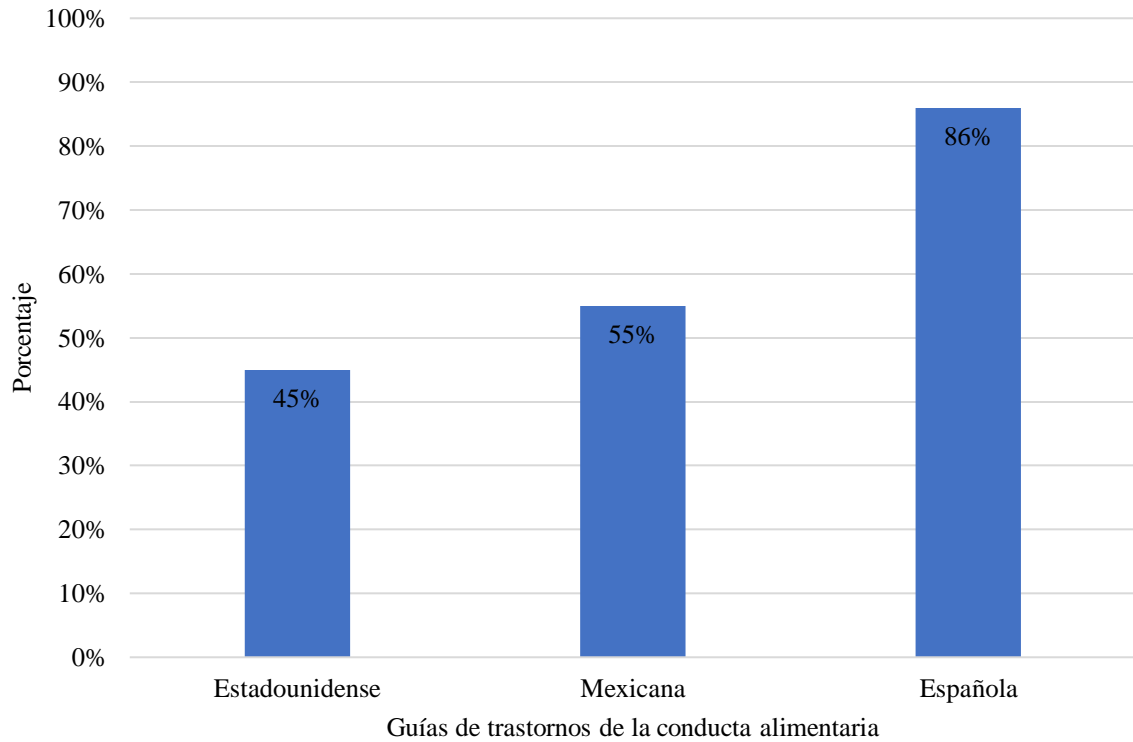


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el gráfico anterior se puede observar que la guía estadounidense obtuvo un promedio de 50%, la mexicana de un 87% y la española un 97%, siendo este el mejor promedio de las tres guías de TCA.

## Dominio 2: Participación de los implicados

**Gráfico No. 2** Comparación de promedios del dominio 2: Participación de los implicados, de las guías estadounidense, mexicana y española

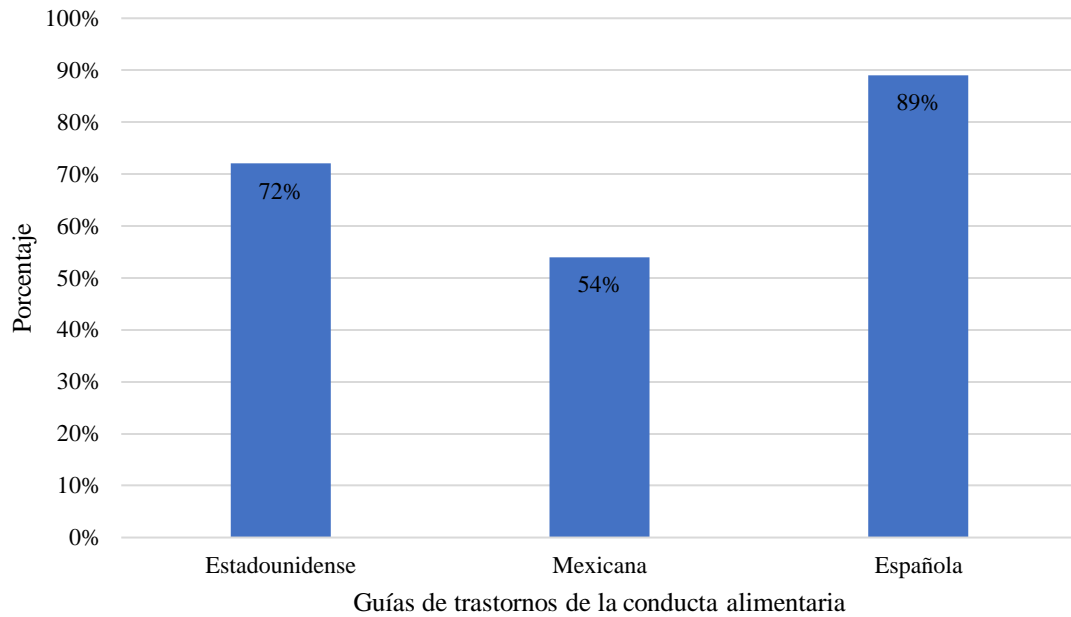


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Como se puede observar en el gráfico anterior, las tres guías tuvieron puntajes muy cambiantes. La guía con el porcentaje más bajo es la estadounidense con 45%, después la mexicana con un 10% más que la anterior y por último la española con la mejor calificación de las tres obteniendo un 86%.

### Dominio 3: Rigor en la elaboración

**Gráfico No. 3** Comparación de los promedios del dominio 3: Rigor en la elaboración, de las guías estadounidense, mexicana y española

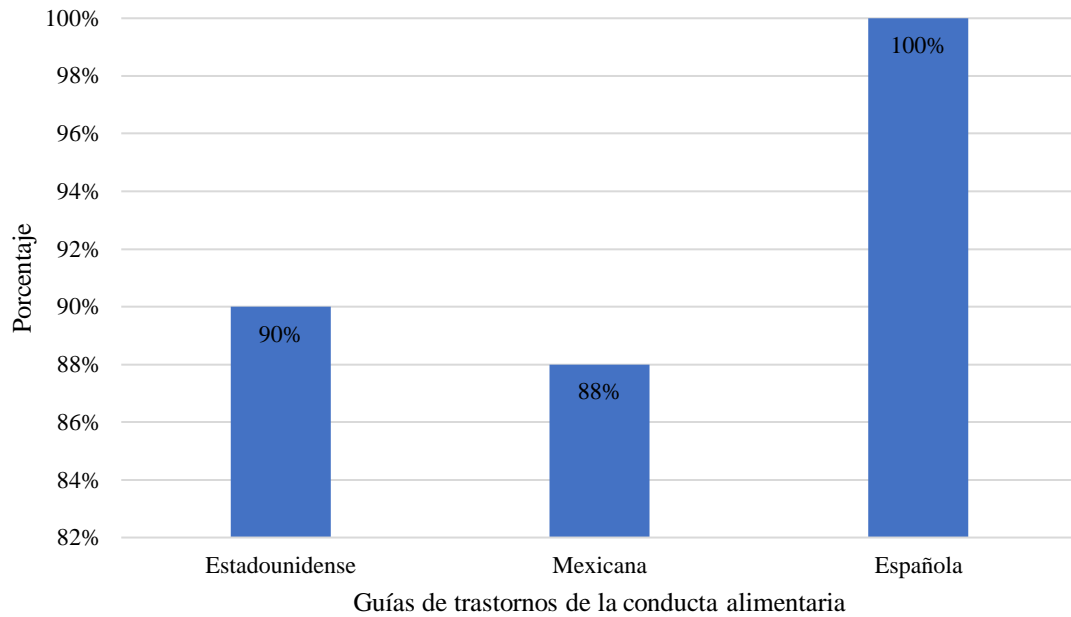


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Como se puede apreciar en el gráfico pasado, la guía con el menor puntaje fue la mexicana con un 54%, siguiendo la estadounidense con un 72% y la mejor resultado lo obtiene la guía española con un 89%.

#### Dominio 4: Claridad de presentación

**Gráfico No. 4** Comparación de los promedios del dominio 4: Claridad de presentación, de las guías estadounidense, mexicana y española

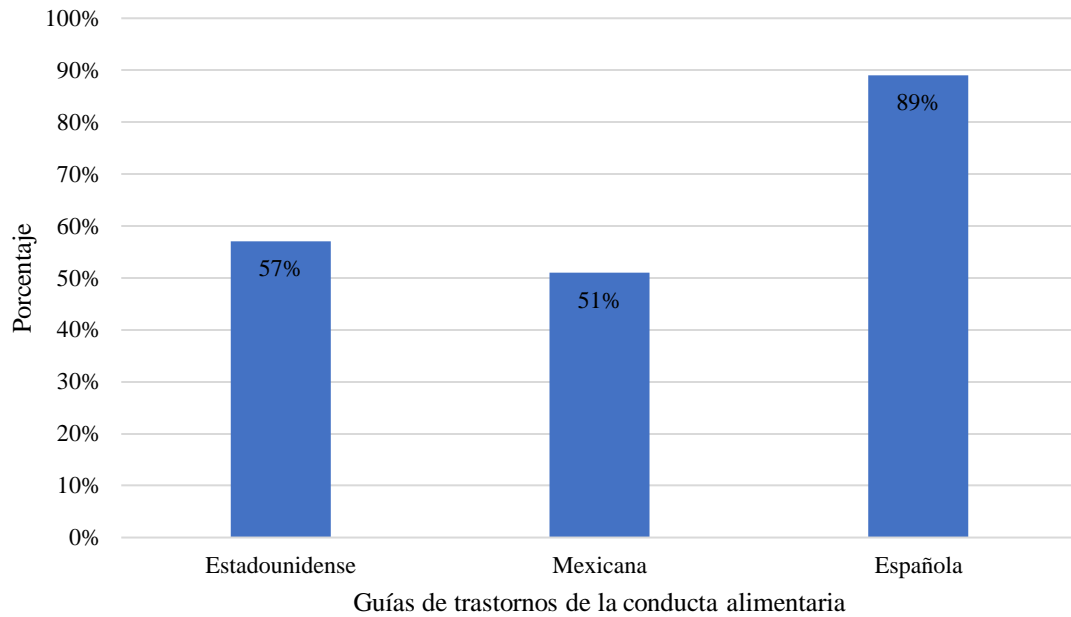


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

En el Gráfico No. 4 se puede ver como los porcentajes no son tan cambiantes entre cada guía, sin embargo, una vez más la guía mexicana obtiene el resultado más bajo con 88%, siguiendo la estadounidense con 90% y por último la guía española con el único 100% alcanzado durante la investigación.

## Dominio 5: Aplicabilidad

**Gráfico No. 5** Comparación de los promedios del dominio 5: Aplicabilidad, de las guías estadounidense, mexicana y española

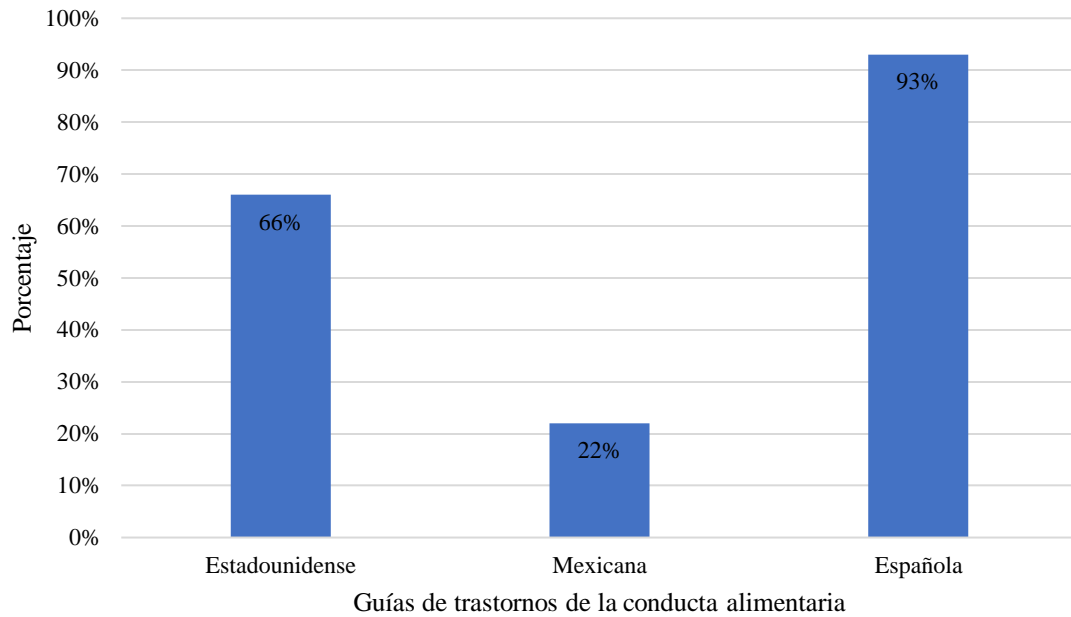


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Con el gráfico anterior se puede apreciar como únicamente una de las 3 guías obtuvo un buen puntaje que es la española con un 89%, mientras que la estadounidense y la mexicana tienen un resultado bastante parecido con un 57% y 51% respectivamente.

## Dominio 6: Independencia editorial

**Gráfico No. 6** Comparación de los promedios del dominio 6: Independencia editorial, de las guías estadounidense, mexicana y española

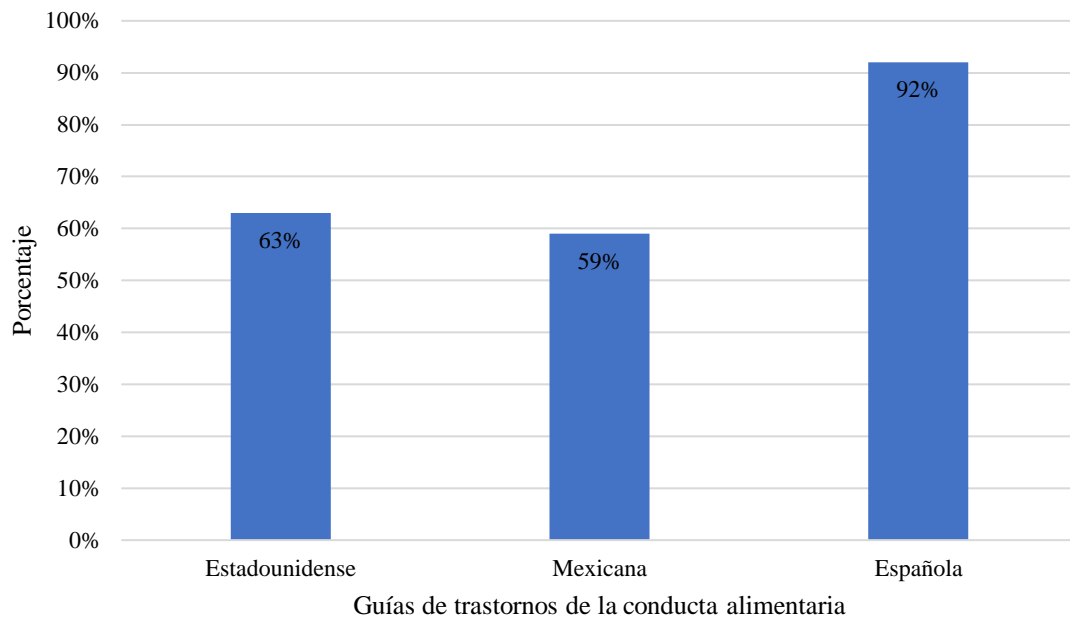


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

De acuerdo al gráfico anterior, se puede observar que la guía con el mayor puntaje es la española con un 93%, en segundo lugar la guía estadounidense con un puntaje de 66% y por último el documento con el menor porcentaje de las tres es la guía mexicana con 22%.

### 4.3.5 Comparación de calidad general de las tres guías de TCA estadounidense, mexicana y española

**Gráfico No. 7** Comparación de la calidad general según los promedios de dominios, de las guías estadounidense, mexicana y española

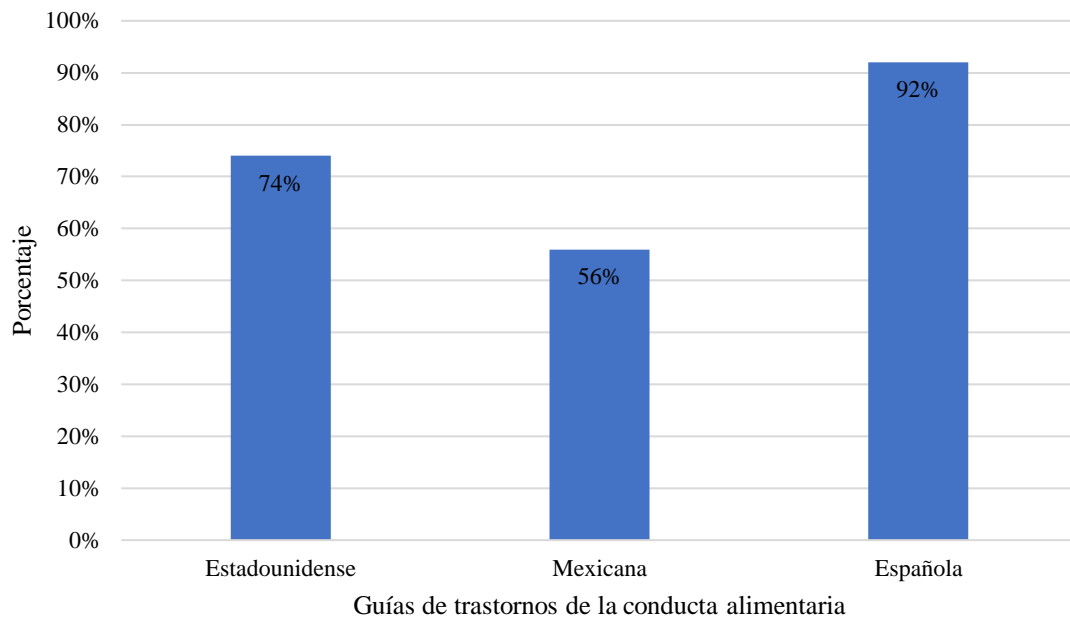


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

Para el anterior gráfico, se calcularon los promedios generales de los dominios para cada una de las tres guías, siendo este el porcentaje de calidad según dominios de AGREE II. Como se puede observar las guías estadounidense y la mexicana tienen un resultado bastante cercano siendo la nota de 63% y 59% respectivamente, mientras que la guía española obtuvo un porcentaje de 92%.

#### 4.3.6 Comparación de evaluación global de las tres guías de TCA según criterios de los evaluadores

**Gráfico No. 8** Comparación de evaluación global de las guías de TCA según criterios de los evaluadores, de las guías estadounidense, mexicana y española

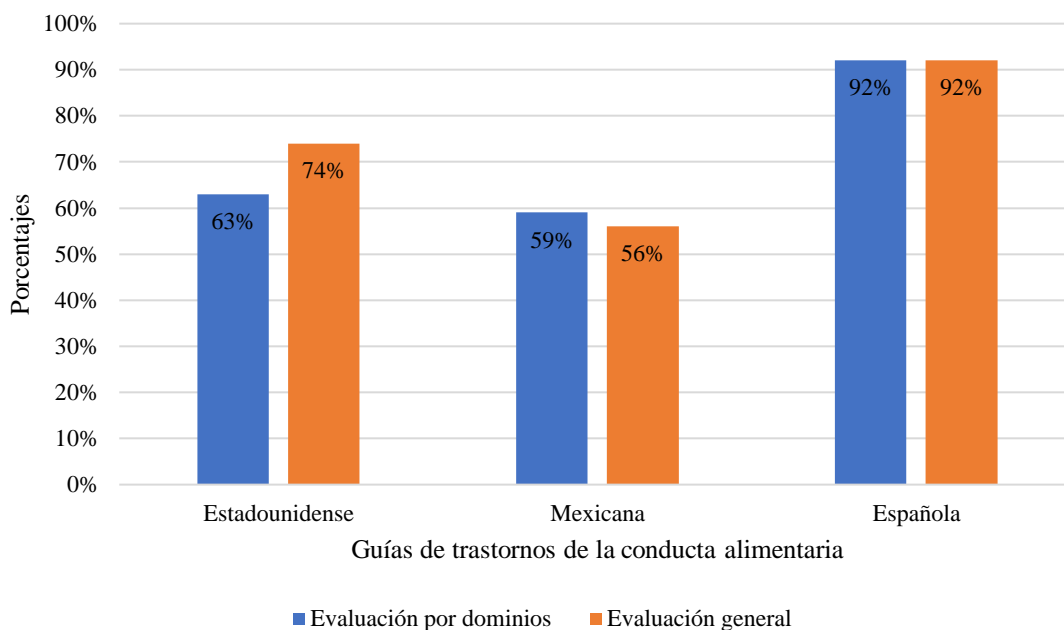


**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

De acuerdo a lo anterior y los datos mostrados en el gráfico se puede ver que los resultados fueron muy variantes siendo la guía mexicana la menor nota con un 56%, luego la estadounidense con un 74% y por último la española con la nota más alta de 92%.

### 4.3.7 Comparación de evaluación global de las tres guías de TCA según criterio de evaluadores y evaluación general según dominios

**Gráfico No. 9** Comparación de evaluación global de las guías de TCA según criterio de evaluadores y evaluación general según dominios de las guías estadounidense, mexicana y española



**Fuente: Elaboración propia, 2021.**

De acuerdo a los datos presentados, los resultados en general son muy congruentes en cada guía, por ejemplo, en la estadounidense se puede notar que la evaluación por dominios da un resultado de 63% y la evaluación general es de un 74%. En cuanto a la mexicana se puede apreciar que la evaluación por dominios es de un 59% mientras que la evaluación general es de un 56%, cambiando únicamente un 4% entre las dos notas y por último se encuentra la guía española, con la mejor evaluación, teniendo como resultado en la evaluación por dominios un 92% y una evaluación general de 92% igualmente.

# **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Es importante tomar en cuenta que durante el desarrollo de este capítulo es esencial hacer una comparación y mencionar detalles que se observaron durante la evaluación de las tres guías, ya que, ese es el fin de la investigación.

En cuanto al análisis de la guía estadounidense se puede ver que es un documento con distintas y varias recomendaciones en cuanto al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Todas las recomendaciones brindadas por la guía son basadas en evidencia e incluso se puede observar que mencionan el tipo de categoría en el que se encuentra la recomendación, lo cual ayuda de gran forma al lector para saber si realmente es confiable o si aún faltan temas por comprobar.

De las tres guías evaluadas, la estadounidense es la única que tiene un área específica en la que se explica como se divide y en general que contiene cada parte con el fin de que el lector sepa como usarla de una forma correcta. Es además la única guía que se encuentra en otro idioma, siendo este el inglés, en la que de igual forma se observa que contiene una buena ortografía y una buena redacción.

Como ya se sabe, la investigación contaba con una evaluación de estructura, contenido y por medio del instrumento AGREE II. En cuanto a la estructura de la guía americana en general tiene una buena presentación, sin embargo hay algunos puntos que no se encontraban como son el área de alcances y objetivos, justificación y resultados. No obstante, existen algunos ítems a evaluar como la de anexos en la que se recomienda literatura sobre autoayuda dirigida a los pacientes y sus familiares e incluso literatura para dirigida especialmente para profesionales. Por otro lado, es importante destacar que la guía cumple con una excelente y amplia metodología en la cual se describe puntualmente cómo se desarrolló el documento y cómo fue seleccionada la información, lo cual es

bastante importante porque puede brindar confianza al lector que el contenido proviene de fuentes confiables.

En cuanto a la evaluación del contenido de la guía americana se podría decir que en términos generales se encuentra bastante completa, sin embargo, hay algunos datos que son importantes y la guía no los menciona como son el que contenga un glosario para que el lector pueda identificarlos de manera más fácil.

Es importante tener en cuenta que la prevención y unos buenos hábitos de vida pueden prevenir una gran variedad de enfermedades, dentro de las cuales los trastornos de alimentación no son la excepción. Es por eso que se espera que en el desarrollo de una guía, la cual va principalmente dirigida a profesionales de salud, esta contenga recomendaciones de sobre la promoción de estilos de vida saludable, lo cual la guía americana no contiene. No obstante, las recomendaciones sobre la prevención de este tipo de enfermedades si fueron mencionadas durante el documento.

Por otro lado, la guía americana tiene como enfoque el tratamiento de los TCA, por lo cual se menciona una amplia variedad de los diferentes tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Es un dato positivo que la guía muestre la gran cantidad de opciones que existen en el mercado para el tratamiento de los TCA, sin embargo, al ser tantos fármacos, tantas opciones de tratamientos psicológicos puede llegar a ser abrumador para el lector y profesional de salud decidir por un tratamiento en específico.

Otro aspecto a mencionar es que en cuanto a la guía americana como se menciona anteriormente su enfoque especial es el tratamiento por lo cual casi no se brinda información acerca de las enfermedades en sí, por ejemplo, de su fisiopatología, la clínica, etiopatogenia, entre otros, y en caso de que se mencionen algunos datos no se habla de todos los TCA, sino, que se reduce a los más relevantes y más frecuentes que son anorexia

nerviosa y bulimia nerviosa. Esto es importante porque al describir una enfermedad puede ayudar a la persona lectora a refrescar conocimientos acerca de la enfermedad que va a tratar.

Durante la evaluación de la calidad con el instrumento AGREE II, la guía estadounidense tiene una evaluación regular algunos de los dominios los cumplió satisfactoriamente más no todos fueron de la misma forma. De los 6 dominios a evaluar esta guía fue la más baja de las tres en dos ocasiones que son el dominio 1 y el 2 los cuales tratan de alcances y objetivos y participación de los implicados con notas de 50% y 45%, respectivamente. La mejor nota fue la del dominio 4 que trata sobre la claridad de presentación con un 90%.

Hay que tomar en cuenta que la guía americana fue creada en el 2010, por lo cual para ese tiempo las recomendaciones dadas se encontraban actualizadas. No obstante, se tiene que recordar a los lectores que aunque muchos de los tratamientos mencionados se siguen utilizando actualmente, existen investigaciones más recientes que pueden brindar mayor información de la que viene en la guía. Por eso lo ideal sería tomar como apoyo la guía americana recordando que hay que verificar en otras investigaciones o guías más actualizadas para poder así ofrecer el mejor trato posible al paciente.

Las actualizaciones de las guías no se pueden hacer tan frecuentemente, por razones monetarias o simplemente porque no se han modificado los tratamientos o el protocolo en sí del manejo de cierta enfermedad. En un documento español se menciona que de acuerdo a algunas investigaciones realizadas las actualizaciones de las guías de práctica clínica suelen hacer cada 5,8 años (59).

En cuanto a la guía de TCA mexicana en general fue la que tuvo una evaluación más deficiente de las 3. La evaluación de la estructura de la GPC cumplió con la mayoría de los datos a evaluar, sin embargo, ítems como el de resultados y anexos no fueron descritos

del todo en el documento. Por otro lado, la guía cuenta con una ortografía y narrativa bastante buena, en la que a diferencia de la guía americana, si se describen los alcances y objetivos de la guía, lo cual puede guiar al lector en saber cuál es la meta de la creación de dicha guía y saber si concuerda con lo que se necesita de información para el momento. Durante el documento se logran observar diferentes recomendaciones para aplicar en el tratamiento de los pacientes, pero es importante destacar que las recomendaciones dadas fueron recolectadas de diferentes guías de TCA, siendo esta la metodología de la GPC. Como ya se había mencionado anteriormente, no todas las guías van a contener información que sea confiable o actualizada y por eso es tan relevante hacer una investigación previa para saber si es una GPC de calidad. En el caso de la guía mexicana esto es un dato que es negativo, ya que, únicamente se menciona que la guía fue creada a partir de 12 guías clínicas para atención de los trastornos mentales, pero sin mencionar cuáles son los documentos utilizados, haciendo que el lector quede con la duda de si realmente es confiable la información que fue empleada para la creación de la guía.

En cuanto a la evaluación del contenido, la guía cumplió satisfactoriamente con los datos a valorar a excepción de dos que son el de glosario y abreviaturas utilizadas y el de promoción de estilos de vida saludable. Otro dato es que aunque si se menciona que la guía es específica para el uso en el primer nivel de atención, no se describen cuáles recomendaciones se pueden utilizar para la prevención de dichos TCA.

El documento mexicano durante todo su desarrollo se notó que no menciona ningún dato en específico, refiriéndose que las recomendaciones dadas eran muy vagas en información y únicamente en algunos tratamientos se logra observar que ponen el fármaco y dosis recomendada. En otras áreas como la evaluación inicial de cada paciente se afirma los exámenes de laboratorio y gabinete que hay que enviar, sin embargo, no se menciona cuál puede ser la función de solicitar dichos exámenes en los pacientes o qué

se puede encontrar el médico tratante para que piense que se encuentra ante un paciente que padece un TCA y mucho más relevante si el paciente está grave o no. Lo anterior es muy significativo, ya que, dependiendo de la gravedad con la que se presente el paciente es el tipo de tratamiento que se le va a indicar y con eso se puede saber si hay que internar al paciente para un manejo más intensivo o no.

Para la evaluación de la calidad con AGREE II la guía mexicana fue la más deficiente de las 3, teniendo un promedio general de todos los dominios de 59% y un 56% en la evaluación global. Es por eso que las 3 de las evaluadoras no recomiendan el uso de la guía mexicana.

Un dato positivo para el documento es que únicamente en la guía mexicana se hace mención a los aspectos éticos que debe seguir todo médico en el manejo de un paciente con un TCA, al igual que se especifican cuáles son los derechos humanos de los enfermos mentales, que es igual de importante que un profesional de salud lo sepa a como que tenga el conocimiento del manejo médico de una enfermedad.

En cuanto a la evaluación de la estructura de la guía española, se puede decir que es un documento que se encuentra bastante completo y también se explican ampliamente diferentes aspectos como la metodología en la que incluso se mencionan cuáles fueron los criterios de inclusión y exclusión, cosa que ninguna de las otras dos guías describió.

El documento español se encuentra muy bien planteado, ya que, durante todo el desarrollo de este se van explicando diferentes puntos por medio de preguntas lo cual puede facilitar al lector saber en saber como encontrar información de forma más rápida y dirigida.

Para la evaluación de la variable contenido de igual forma a como se hizo en las guías pasadas, se evaluaron puntos diferentes para así poder saber que tan completa se encuentra dicho documento y lo que se observó en primera instancia es que fue la única guía en contar con un área debidamente especificada para el glosario de términos y

abreviaturas utilizadas. Por otro lado, también se logra mencionar cuáles son los TCA y los subtipos existentes, cosa que en las guías estadounidense y mexicana no se realizó, ya que, únicamente se hablan de los TCA más frecuentes que son la anorexia y bulimia nerviosa.

En la guía española se explican cuáles medidas se pueden tomar para la prevención de este tipo de trastornos psiquiátricos y la eficacia que estos pueden tener, sin embargo, igual a las guías anteriormente evaluadas, no se menciona la promoción de ningún estilo de vida saludable, que en definitiva es un dato muy relevante.

Con la evaluación de calidad realizada por medio del instrumento AGREE II, se logra percibir que la guía de TCA española es la mejor puntuada de las 3 guías a calificar. Para el promedio por dominios se pueden ver los siguientes resultados, en el dominio 1 encargado de evaluar los alcances y objetivos la guía española obtuvo un promedio de 97%.

Para el dominio 2 con una puntuación de 86%, en el dominio 3 con un resultado de 89%, en el dominio 4 se obtuvo una puntuación de 100%, el único puntaje perfecto de la guía y de la evaluación general de las tres guías. Después se encuentra el dominio 5 con un puntaje de 89%. Como último se encuentra el dominio 6 que se obtuvo una nota de 93%. Como se podrá observar con las evaluaciones realizadas para cada una de las guías, el documento español sin duda es el más completo, el de mejor calidad y el que tiene una mejor narrativa además de ser la única guía recomendada sin excepciones por todas las participantes.

En general la guía estadounidense se puede decir que es una lectura pesada, que incluso llega a ser bastante abrumador para el lector por la cantidad de fármacos y tratamientos que se mencionan además que es confuso la forma en que se desarrolla la guía, aunque un dato positivo es que existe un área para poder saber en cuántas partes se encuentra

dividido el documento y además se explica brevemente el contenido que se puede observar en cada una de las partes. Por otro lado, es importante saber que la guía americana es específica para profesionales de salud, ya que, está destinada para brindar recomendaciones en cuanto el tratamiento de los TCA, que por razones obvias solo un profesional de salud puede manejar.

La guía mexicana aunque es dirigida para los profesionales de salud, es un documento con una lectura un poco más sencilla y breve que la guía americana. Es importante saber, como ya se había mencionado anteriormente, que la guía mexicana se realizó por medio de una recolección de recomendaciones de 12 guías diferentes, las cuáles no se mencionan, por eso es que esta guía se puede recomendar a otras personas con la condición de que sea meramente para una lectura rápida y para poder recordar ciertos aspectos básicos en cuanto a los TCA y su tratamiento.

La guía española, como se mencionó anteriormente, es la guía que cuenta con la mejor puntuación en muchos aspectos, incluidos los dominios de AGREE II para la evaluación de la calidad. Es una lectura recomendada específicamente para los profesionales de salud, además de que tiene una redacción bastante clara desde lo básico que se tiene que saber como médico en cuanto a los TCA hasta el diagnósticos, criterios clínicos, tratamientos, evaluación y pronóstico de estos trastornos.

Por otro lado, también cuenta con un área de aspectos legales en el que se mencionan cuál es el procedimiento legal a seguir para la negativa de una persona con TCA, si es válido jurídicamente el consentimiento informado de un menor de edad con TCA y cómo manejar ciertos aspectos de privacidad y confidencialidad de un menor de edad con sus padres o encargados legales.

Lo anterior es realmente importante, puesto que, los TCA empiezan su desarrollo desde edades muy tempranas en las que en algunas ocasiones puede ser difícil tener la confianza

de un adolescente y manejar la información que tiene que ser dada a los padre o tutores legales sin romper la confidencialidad entre médico y paciente. Este tipo de situaciones se pueden complicar cuando el paciente se encuentra en malos términos con sus padres y además el paciente puede estar gravemente enfermo, es por eso que es muy útil que la guía española explique y ayude a los profesionales de salud con este tipo de información que algunas veces puede ser difícil de manejar.

En cuanto a la evaluación por dominios se explicará en breve lo que se utilizó para la valoración de estos, además de análisis de los resultados en cada guía. Es importante aclarar que se hizo un promedio de las notas obtenidas (sumando las cuatro calificaciones y dividiéndolas entre cuatro) para cada dominio y para cada una de las tres guías, que es lo que se muestra a continuación.

El dominio 1 se encarga de evaluar que los objetivos generales de la guía se encuentren específicamente descritos, que los aspectos de salud cubiertos por la guía estén específicamente descritos y que la población a la cual se pretende aplicar la guía también se encuentre específicamente descrita.

Todos estos datos tienen que evaluarse por cada participante y después se procede a calcular un porcentaje total para cada dominio.

Dado lo anterior, los resultados obtenidos son que la guía estadounidense tiene un promedio de 50%, la mexicana de un 87% y la española un 97%, siendo este el mejor promedio de las tres guías de TCA, lo cual quiere decir que la española cumplió en su mayoría con lo requerido para el dominio.

El dominio 2 según se menciona en AGREE II, es el que se encarga de evaluar si el grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes, que para el desarrollo de la investigación sería ideal que se contara con la ayuda de psicólogos, psiquiatras, nutricionista y médicos generales principalmente.

También evalúa que se haya tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana, lo cual se logra entrevistando a la población deseada, ya sean pacientes o público en general sobre aspectos como las experiencias que estos tienen y demás.

Como último, para este segundo dominio se valora que los usuarios de la guía estén claramente definidos para lo cual es necesario que exista un área en específica en la que se mencione quienes deberían ser los principales lectores de dicha guía.

Como se puede observar en cuanto a los resultados del dominio 2, las tres guías tuvieron puntajes muy cambiantes. La guía con el porcentaje más bajo es la estadounidense con 45%, después la mexicana con un 55% y por último la española con la mejor calificación de las tres obteniendo un 86%. Lo cual indica que esta última es la que mejor cumplido con los ítems a evaluar para el dominio 2 y sería la segunda vez en la que la guía estadounidense obtiene el promedio más bajo.

El dominio 3 la parte en el que más ítems hay que evaluar dentro de los cuales se encuentran que se hayan utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia, que los criterios para seleccionar la evidencia se describan con claridad, que la guía cuente con fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia las cuales tiene que estar claramente descritas, los métodos utilizados para formular las recomendaciones tienen ser claramente descritos en el documento, que al formular las recomendaciones hayan sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos, que existan una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan, que la guía haya sido revisada por expertos antes de su publicación y por último que se incluya un procedimiento para actualizar la guía.

Los resultados obtenidos para este dominio son que la guía con el menor puntaje fue la mexicana con un 54%, siguiendo la estadounidense en segundo lugar con un 72% y el mejor resultado lo obtiene la guía española con un 89%. Lo que quiere decir que la guía

española que es la que más se apegó a un buen rigor durante la elaboración, mientras que la guía mexicana tuvo un faltante de muchos puntos.

Para el dominio 4 los principales aspectos a evaluar es que las recomendaciones sean específicas y no ambiguas, que las opciones para el manejo de la enfermedad o de la condición a tratar sean presentadas claramente a lo largo del documento y que las recomendaciones sean fácilmente identificables, con esto se refiere a que las recomendaciones sean subrayadas, se encuentren en negritas o en un recuadro para mayor facilidad de búsqueda para el lector.

En el Gráfico No. 4 se puede ver como los porcentajes no son tan cambiantes entre cada guía, sin embargo, una vez más la guía mexicana obtiene el resultado más bajo con 88%, siguiendo la estadounidense con 90% y por último la guía española con el único 100% alcanzado durante la investigación, lo que quiere decir que cumplió con cada uno de los aspectos antes mencionados en su totalidad.

Durante la evaluación del dominio 5 es importante tomar en cuenta que la guías deberían de contener los siguientes detalles, una guía en la que se describan los factores facilitadores y barreras para su aplicación, que proporcionen un consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica, en caso de que el documento esté orientado para profesionales de la salud, que también se hayan considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos, con este punto hay que tomar en cuenta que en países como Estados Unidos los servicios de salud son privados por lo cual muchas de las prácticas recomendadas pueden ser realmente caras monetariamente para una persona o en el caso del servicio de salud en México, que existe la parte privada y pública, es importante tomar en cuenta si realmente las recomendaciones son realizables y financiadas por el gobierno o

simplemente se optan por prácticas mas alcanzables. Por último, se tiene que evaluar si la guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

Con el gráfico correspondiente para el dominio 5 se puede apreciar como únicamente una de las 3 guías obtuvo un buen puntaje que es la española con un 89%, mientras que la estadounidense y la mexicana tienen un resultado bastante parecido con un 57% y 51% respectivamente.

Para la evaluación del dominio 6 únicamente hay que tomar en cuenta dos aspectos que son que la guía contenga que los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido del escrito y que se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía. Para lo cual, como se puede apreciar en la gráfico anterior, los puntajes fueron realmente cambiante entre cada guía.

La mexicana fue la más baja de las 3 con un 22%, lo que quiere decir que no se expresaron de buena forma ninguno de los aspectos anteriores, luego la estadounidense con 66% lo que quiere decir que en alguna área del documento se habla sobre el tema, sin embargo, no cumple con todas las expectativas de los ítems a evaluar y por último la española, que nuevamente obtiene el resultado con un mayor porcentaje siendo de 93%.

Para la evaluación global de las GPC se calcularon los promedios generales de los dominios para cada una de las tres guías, siendo este el porcentaje de calidad según dominios de AGREE II. Las notas dadas fueron según el juicio de cada participante hacia las guías utilizadas.

Las guías estadounidense y la mexicana tienen un resultado bastante cercano siendo la nota de 63% y 59% respectivamente, mientras que la guía española obtuvo un porcentaje de 92% lo que quiere decir que según el promedio de los dominios esta fue la guía con la mejor calidad y cumplimiento de los requisitos para una guía de práctica clínica.

Por otro lado, en cuanto a la comparación de la evaluación global los resultados se obtuvieron de la siguiente forma, se calculó pasando las notas de cada evaluadora a porcentajes, para después sumar las 4 calificaciones de cada guía individual y posteriormente dividir el resultado en 4.

De acuerdo a lo anterior los resultados fueron muy variantes siendo la guía mexicana la menor nota con un 56%, luego la estadounidense con un 74% y por último la española con la nota más alta de 92%.

También se hizo una comparación de la evaluación por dominios y la evaluación global de las guías con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados, que en general son muy congruentes en cada guía, por ejemplo, en la estadounidense se puede ver que la evaluación por dominios da un resultado de 63% y la evaluación general es de un 74%. En cuanto a la mexicana se puede apreciar que la evaluación por dominios es de un 59% mientras que la evaluación general es de un 56%, cambiando únicamente un 4% entre las dos notas y por último se encuentra la guía española, con la mejor evaluación, teniendo como resultado en la evaluación por dominios un 92% y una evaluación general de 92% quedando de igual forma.

Con lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que la mejor guía en cuanto a calidad es la guía española, también cabe aclarar que es la guía más completa de las tres y la única que se recomendó ampliamente a otras personas en toda ocasión.

**CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

A continuación, se puntuarán los aspectos más importantes encontrados durante el desarrollo de la investigación presente.

En cuanto a los TCA:

Los TCA han estado presentes desde tiempos inmemorables en los que a veces no se tomaban en cuenta como enfermedades sino como personas tratando de seguir un patrón de belleza para la época en la que se encontraban o inclusive para seguir prácticas religiosas.

En la actualidad, aunque ya se sabe más sobre el tema las redes sociales y la tecnología presente han provocado que las personas desde edades más tempranas puedan observar contenido digital de otras personas que promocionan estereotipos de belleza inalcanzables y dañinos para la salud.

Al ser las personas tan jóvenes las que consumen este tipo de contenido no tienen un desarrollo completo de lo que es la realidad de un cuerpo saludable, además de tampoco poder diferenciar lo que puede ser contenido de calidad o todo lo contrario. Es por eso que el cuidado de los padres o encargados de los menores es muy importante para poder detectar hábitos no saludables y actuar de la forma más rápida para así evitar daños futuros en los pacientes.

En cuanto a la evaluación de la estructura de las guías utilizadas:

Todas las guías contaron con áreas específicas en las que se describen el título, índice, introducción, metodología, recomendaciones, tablas/ gráficos con resumen de la información presentada, autores y bibliografía.

Sin embargo, la guía estadounidense no describe sus alcances y objetivos, justificación del documento. Por otro lado, la guía mexicana no cuenta con anexos y el ítem de resultados no se encuentra presente en ninguna de las tres guías.

En cuanto a la evaluación del contenido de las guías utilizadas:

Con los datos anteriores se llega a la conclusión que las guías con el mayor nivel de calidad, se encuentran la española con una calificación general de 92% y la guía estadounidense con una nota general de 74%. La guía con el menor nivel de calidad es la guía mexicana con un promedio general de 56%. Como último dato es importante mencionar que en cuanto al cumplimiento de los aspectos a evaluar en la estructura y contenido la guía más sobresaliente fue la española, no obstante, las guías estadounidense y mexicana cumplieron de igual forma con una gran cantidad de los datos a valorar.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Es necesario fomentar la información a la población en general por medio de charlas educativas, publicidad o campañas sobre los hábitos que rodean a las pacientes que padecen de cualquier tipo de TCA, para así poder tener un diagnóstico y tratamiento más rápido y disminuir el impacto negativo que pueden sufrir las personas con dichas enfermedades.

Al igual que enseñar a todas las personas desde edades tempranas que todos los cuerpos son diferentes y únicos, que existen muchos factores que influyen en cómo se puede ver una persona físicamente y que no es necesario seguir estereotipos de belleza que pueden dañar gravemente la salud. También enseñar que lo más importante es saber que el valor de cada persona no depende de las imperfecciones que existen en un cuerpo sino de muchos otros factores que van más allá de lo físico.

Es necesario implementar programas de prevención de los TCA, para que los profesionales de salud y familiares sepan identificarlos de forma temprana. De igual forma enseñar y orientar a los padres de familia en saber la gravedad que implica padecer un TCA y cómo manejarlo como familiares. También poner más filtros en lo que los niños y adolescentes observan en redes sociales para evitar una desinformación que puede conllevar a otros problemas.

Se recomienda ampliamente el uso del instrumento de AGREE II para la evaluación de futuras guías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández MAP, Escursell RMR, Encinas FJL. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2010;1(1):62-75.
2. Gaete P. V, López C. C, Gaete P. V, López C. C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatría.* octubre de 2020;91(5):784-93.
3. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno A-J, Martinez-Jimenez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. noviembre de 2019 [citado 9 de febrero de 2021];16(21). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6861923/>
4. Harris JK, Duncan A, Men V, Shevick N, Krauss MJ, Cavazos-Rehg PA. Messengers and Messages for Tweets That Used #thinspo and #fitspo Hashtags in 2016. *Prev Chronic Dis.* 4 de enero de 2018;15:E01.
5. Baldares MJV. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica.* 2013;70(607):475-82.
6. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment.* diciembre de 2012;35(6):483-90.
7. Guadarrama Guadarrama R, Carrillo Arellano SS, Márquez Mendoza O, Hernández Navor JC, Veytia López M. Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Rev Mex Trastor Aliment.* diciembre de 2014;5(2):98-106.
8. Sánchez Z. La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en

adolescentes de la época contemporánea. *Crescendo*. 2 de diciembre de 2012;3(2):299-311.

9. Mora ZS. El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actual En Psicol*. 2012;26(113):51-71.

10. Castrejón Mata C. Impacto de las redes sociales y el marketing en la alimentación y la actividad física de los jóvenes en el estado de Guanajuato. *Impact Soc Netw Mark Aliment Phys Act Young People State Guanaj*. julio de 2018;13(2):71-88.

11. Gascón JFF i, Aragón ÓG, Copeiro M, Palacín VV, López MP. Influencia de las historias de Instagram en la atención y emoción según el género. *Comun Rev Científica Iberoam Comun Educ*. 2020;(63):41-50.

12. Latre FJP, Marrodán P. Las nuevas redes sociales: ¿moda o revolución? *Nuestro Tiempo*. 2010;(660):52-61.

13. Becerra-Partida OF. La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Pers Bioét*. 1 de noviembre de 2014;18(2):238-53.

14. Constantino-Casas P, Viniegra-Osorio A, Medécigo-Micete C, Torres-Arreola L del P, Valenzuela-Flores A. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(1):108-103.

15. Olav Vandvik P, Fog Heen A, Brandt L. Una nueva generación de guías de práctica clínica confiables a través de Magic. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. enero de 2014;31(1):118-26.

16. Alva Diaz C, García-Mostajo JA, Gil-Olivares F, Timana R, Pimentel P, Canelo-Aybar C. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peru*. octubre de 2017;34(4):317-22.

17. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet Lond Engl*. 8 de enero de

2000;355(9198):103-6.

18. Burls A. AGREE II-improving the quality of clinical care. *Lancet Lond Engl.* 2 de octubre de 2010;376(9747):1128-9.
19. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 14 de diciembre de 2010;182(18):E839-42.
20. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol.* diciembre de 2010;63(12):1308-11.
21. Rodríguez H, Raunel A. Las guías de práctica clínica en la atención médica. *Rev Cuba Ortop Traumatol.* diciembre de 2008;22(2):0-0.
22. Boucourt Rivera L. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. *ACIMED.* junio de 2003;11(3):3-4.
23. Sinclair D, Isba R, Kredo T, Zani B, Smith H, Garner P. World Health Organization guideline development: an evaluation. *PloS One.* 2013;8(5):e63715.
24. Flórez Gómez ID, Montoya DC. Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *Rev Colomb Psiquiatr.* septiembre de 2011;40(3):563-76.
25. Ayensa JIB, Calderón MJG. Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicol Iberoam.* 2010;18(2):19-26.
26. Rellini S, Fabiola D. Los medios de comunicación, los ideales de belleza y la manifestación de anorexia. *Punto Cero.* 2011;16(23):18-24.
27. Hernández AMF. Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla Rev Cienc Univ Pablo Olavide.* 2015;(20):4.
28. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obes Res.* septiembre de 1997;5(5):498-502.

29. Rava MF, Silber T. Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. undefined [Internet]. 2004 [citado 20 de agosto de 2021]; Disponible en: [https://www.semanticscholar.org/paper/Bulimia-nerviosa-\(Parte-1\)%3A-Historia.-Definici%C3%B3n-y-Rava-Silber/da60b229d28cd3b6d37a678e2859fc87fc954559](https://www.semanticscholar.org/paper/Bulimia-nerviosa-(Parte-1)%3A-Historia.-Definici%C3%B3n-y-Rava-Silber/da60b229d28cd3b6d37a678e2859fc87fc954559)
30. Stein DM, Laakso W. Bulimia: A historical perspective. *Int J Eat Disord*. 1988;7(2):201-10.
31. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 1 de mayo de 2019;109(5):1402-13.
32. Vera Carrasco O. GUÍAS DE ATENCIÓN, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. *Rev Médica Paz*. 2019;25(2):70-7.
33. Medina YF. Importancia de desarrollar guías de práctica clínica en reumatología. *Rev Colomb Reumatol*. junio de 2012;19(2):69-70.
34. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, et al. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry*. 1 de abril de 2016;3(4):313-5.
35. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 1 de diciembre de 2015;2(12):1099-111.
36. Méndez JP, Vázquez-Velazquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Méd Hosp Infant México*. diciembre de 2008;65(6):579-92.
37. Mond JM, Arrighi A. Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Interv Psychiatry*. febrero de 2011;5(1):41-9.
38. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Quint Edición. España: Editorial Médica Panamericana, S. A; 2014.

39. Incidencia: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>
40. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020;50(1):24-9.
41. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre de 2012;47(10):1669-73.
42. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 25 de abril de 2015;3:19.
43. Ochoa NC, Ramos EC, Méndez AJG, Alamilla EKM. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas*. 2013;18(1):51-5.
44. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire. *West J Med*. marzo de 2000;172(3):164-5.
45. de Vos J, Houtzager L, Katsaragaki G, van de Berg E, Cuijpers P, Dekker J. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 30 de octubre de 2014;2:27.
46. Glorio R, Allevato M, De Pablo A, Abbruzzese M, Carmona L, Savarin M, et al. Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*. mayo de 2000;39(5):348-53.
47. Brown CA, Mehler PS. Medical complications of self-induced vomiting. *Eat Disord*. 2013;21(4):287-94.
48. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. 3 de abril de 2015;3:12.
49. Losada AV, Marmo J. Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria [Internet]. Editorial Académica Española; 2013 [citado 5 de

septiembre de 2021]. Disponible en:

<https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14>

50. Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr Hosp*. abril de 2018;35(2):489-94.
51. Ayuzo-del Valle NC, Covarrubias-Esquer JD, Ayuzo-del Valle NC, Covarrubias-Esquer JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Mex Pediatría*. abril de 2019;86(2):80-6.
52. Baile JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Rev Médica Chile*. enero de 2014;142(1):128-9.
53. Guisado JA, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón «binge eating disorder». *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. marzo de 2001;(77):27-32.
54. Cuadro E, Baile JI. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2015;6(2):97-107.
55. De Toro V, Aedo K, Urrejola P, De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr*. abril de 2021;92(2):298-307.
56. Arévalo RV, Aguilar XL, Tellez-Girón MTO, Mancilla-Diaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2015;6(2):108-20.
57. Echaverría Barrantes Rodrigo. *Investigación un camino al conocimiento*. 1º. San José, C.R: Editorial EUNED; 261 p.
58. Sampieri Hernández Roberto. *Metodología de la investigación*. 6º. México D.F:

McGraw Hill Education; 2014.

59. España M de C e I. Actualización de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico. [Internet]. Noviembre, 2009. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_actualizacion.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_actualizacion.pdf)

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

AN: Anorexia nerviosa

BITE: Test Edimburgo de Investigación de Bulimia

BULIT-R: Bulimia Test version revisada

BN: Bulimia nerviosa

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

EAT: Eating Attitudes Test

GPC: Guía de práctica clínica

GRADE: Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation

OMS: Organización Mundial de la Salud

RRSS: Redes sociales

SCOF: Sick, Control, Out Weight, Fat, Food


TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

# DECLARACIÓN JURADA

## DECLARACION JURADA

Yo, Daniela Aguilar Brenes, mayor de edad, soltera, portadora de la cédula de identidad número 9-0110-0148, vecina de San José, exactamente en Mata Redonda, barrio Rohrmoser, de Canal 7, doscientos metros al oeste, egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, entendida sobre las penas con las que la legislación costarricense castiga los delitos de perjurio y de falso testimonio; Bajo la Fe de Juramento, DECLARO, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de investigación titulado: "Análisis y comparación de las últimas guías de práctica clínica sobre trastornos de alimentación de Estados Unidos, México y España 2021" que: PRIMERO: Mi tesis es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley. SEGUNDO: He citado a autores, transcribiendo los pasajes pertinentes los cuales nunca han infringido la advertencia señalada en el artículo 70 anteriormente señalado. TERCERO: Que ninguna cita refunde en perjuicio del autor de la obra original. CUARTO: Quedo advertida que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Declaro lo anterior advertida sobre el valor y trascendencia de mis manifestaciones, las cuales entiendo a plenitud y acepto de conformidad. ES TODO. San José, 27 de octubre del año dos mil veintiuno.

Firma: 

Cédula: 9-0110-0148

# CARTA DEL TUTOR

San José, 25 de Octubre, 2021

Dirección de registro  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

La estudiante DANIELA AGUILAR BRENES, cédula de identidad número 9-0110-0148, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación: **ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LAS ÚLTIMAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE ESTADOS UNIDOS, MÉXICO Y ESPAÑA 2021**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	120%
	TOTAL	100%	100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,

CHRISTIAN DAVID VALVERDE SOLANO (FIRMA)  
PERSONA FISICA, CPF-01-1375-0845.  
Fecha declarada: 25/10/2021 11:17:12 AM  
Esta representación visual no es fuente  
de confianza. Valide siempre la firma.

Dr. Christian Valverde Solano  
Ced. 113750845  
Cod. 13482

# CARTA DEL LECTOR

## CARTA DEL LECTOR

San José, 16 de noviembre de 2021

Departamento de Servicios estudiantiles  
Universidad Hispanoamericana  
Presente


Estimados señores:

La estudiante **DANIELA AGUILAR BRENES**, cédula de identidad número **901100148**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE LAS ÚLTIMAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE ESTADOS UNIDOS, MÉXICO Y ESPAÑA 2021"**. E cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



---

Dr. Joshua Santana Segura  
Céd. 1-1587-0832  
Cód. 16080

# CARTA DE AUTORIZACIÓN

## BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

### CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José,(FECHA)

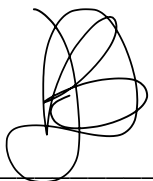
Señores:  
Universidad  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Daniela Aguilar Brenes con número de identificación 901100148 autor (a) del trabajo de graduación titulado Análisis y comparación de las últimas guías de práctica clínica sobre trastorno de alimentación de Estados Unidos, México, España 2021 como requisito para optar por el grado de licenciatura en Medicina y Cirugía; *SI* autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



---

Firma y Cédula de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)**  
**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y**  
**PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.