UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

"EVIDENCIA ACTUALIZADA DE ASPECTOS CLÍNICOS, NUTRICIONALES Y PSIQUIÁTRICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA EN COMPARACIÓN CON LA ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS".

Trabajo final de grado para Licenciatura en Nutrición

Autora: Sofía Gala Gómez

Coautora y Tutora: Karen Yael Uria

Datos de contacto: sofia.gala.gomez.93@gmail.com

karenyael.uria@uai.edu.ar

Fecha: Agosto 2024

ÍNDICE

Resumen ---------- **1**

Agradecimientos ---------- **2**

Introducción ---------- **3**

Objetivos:

Objetivo General ---------- **5**

Objetivos Específicos ---------- **5**

Materiales y Métodos:

Criterios de elegibilidad ---------- **6**

Criterios de exclusión ---------- **6**

Estrategias de búsqueda ---------- **7**

Instrumentos de recolección de datos ---------- **7**

Resultados ---------- **7**

Tabla N° 1: Características de ensayo clínico, estudios observacionales y revisiones sistemáticas ---------- **8**

Tabla N° 2: características de revisiones narrativas ---------- **15**

Prevalencia de ANA en comparación con la AN ---------- **16**

Complicaciones clínicas, nutricionales y psiquiátricas de la ANA en comparación con AN ---------- **18**

Frecuencia de hospitalizaciones por AN y ANA y derivación de atención a centros específico ---------- **24**

Discusión ---------- **26**

Conclusión ---------- **32**

Declaración de conflictos de interés ---------- **33**

Bibliografía ---------- **34**

RESUMEN

Introducción: La Anorexia Nerviosa Atípica (ANA) es un trastorno recientemente mencionado en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Para su diagnóstico se consideran los criterios de la Anorexia Nerviosa (AN), con excepción del peso corporal. Diversos estudios revelaron que la ANA es más prevalente que la AN. La pérdida de peso rápida y sostenida de la ANA sucede en períodos cortos de tiempo, asociándose con un mayor riesgo para la salud.

Objetivo: Revisar la evidencia actualizada de aspectos clínicos, nutricionales y psiquiátricos de la ANA en comparación con la AN en adolescentes y adultos.

Metodología: Se incluyeron estudios experimentales, revisiones sistemáticas, con o sin metaanálisis, revisiones narrativas y guías de práctica clínica publicadas entre 2014 y 2023, en idioma inglés, español y portugués que hayan investigado ANA y AN en población adolescente y adulta.

Resultados: En los 17 estudios revisados, se encontró que la ANA está superando a la AN, debido a cambios en los criterios de diagnóstico. Aunque los pacientes con ANA tienen un mayor índice de masa corporal (IMC), la rápida pérdida de peso aumenta el riesgo clínico y las hospitalizaciones. El deseo de delgadez en ANA es más frecuente en adolescentes, impulsado por el sobrepeso u obesidad inicial. Los padres pueden tener dificultades para reconocer la urgencia médica debido a la aparente falta de desnutrición.

Conclusiones: La incorporación de ANA en el DSM-5 ha cambiado significativamente la perspectiva y comprensión de los TCA, permitiendo una mejor detección y reconocimiento como entidad clínica propia. Aunque aún se necesita más investigación para entender completamente su prevalencia y curso clínico, esta inclusión representa un avance importante hacia una atención clínica más efectiva y un tratamiento adaptado a las necesidades individuales. El trabajo multidisciplinario, especialmente el apoyo psicológico, es fundamental para abordarla integralmente.

Palabras claves: atypical anorexia nervosa; anorexia nervosa; clinical aspects; health complications, psychiatric aspectos.los

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera agradecer principalmente a mi Tutora de tesis, la Licenciada y profesora Karen Yael Uria por el gran apoyo y acompañamiento en estos largos meses de trabajo. Fue muy importante para mí su contención, predisposición y ayuda en todo momento. Quiero destacar que además de ser una excelente profesional también lo es como persona.

Por otra parte, quisiera dar un profundo agradecimiento a mi mamá y a mis hermanos por su paciencia en estos largos años de estudio. Fueron meses muy difíciles para todos y siempre estuvieron en todo momento dándome fuerzas al igual que mi papá con sus frases de aliento, que, aunque hoy ya no esté físicamente, fue quien me acompañó y cuidó siempre.

A mi gran compañero de vida, Lu, que sin su paciencia, amor y dedicación no hubiera sido posible.

Por último, me gustaría agradecer a la Universidad Abierta Interamericana por haberme brindado el espacio de formación profesional.

INTRODUCCIÓN:

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. La Anorexia Nerviosa Atípica (ANA) es un trastorno recientemente mencionado en la categoría de "Otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado" (OSFED) del DSM-5. Para su diagnóstico se consideran los criterios de la Anorexia Nerviosa (AN), con excepción del peso corporal del individuo (1,2).

Anteriormente, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), se limitaba a caracterizar a la AN en subtipos restrictivos y compulsivo/purgativo en pacientes con un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de los límites normales de peso. Dichos subtipos se integraron a los criterios de ANA, considerando que los individuos que la padecen poseen un peso normal o se encuentran por encima de su rango, a pesar de sufrir una pérdida de peso significativa en el último período de tiempo. Según el DSM- 5 el punto de corte para diferenciarla de la AN es un IMC > 18,5 Kg/m2 (1,2).

Sin embargo, persisten diferencias operativas en las prácticas diagnósticas de AN y ANA. Existen diferentes umbrales para considerar bajo peso y pérdida significativa de peso. Esto ha llevado a algunos investigadores a proponer deshacerse de los criterios de peso, en favor de considerar la edad, el sexo, la enfermedad, el historial de peso, la masa ósea y muscular de cada individuo (8,10,15).

Se destaca que el miedo a aumentar de peso es el criterio más importante para caracterizar a la ANA, acompañado de pérdida de peso e insatisfacción corporal. Estudios previos hallaron que a medida que aumenta el IMC, la repercusión es más negativa (3,12,20).

Según datos del Centro Especializado en la Prevención, Investigación y Tratamiento de Bulimia, Anorexia y Sobrepeso (BACE), en la Argentina entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de AN o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los

afectados, mujeres. A nivel nacional, los datos estadísticos actuales surgen de un relevamiento internacional impulsado desde el Instituto de Psiquiatría del Kings College, en el cual se detectó que Argentina es el segundo país con mayor presencia de TCA, después de Japón, afectando a un 29% de la población. Según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 1 de cada 3 mujeres jóvenes presentan algún grado de disconfort en su imagen corporal que impacta en sus conductas alimentarias. Asimismo, National Eating Disorders Association (NEDA) menciona que aumentó el número de casos de AN en los últimos 50 años, precisamente en mujeres de 15 a 24 años, con un crecimiento exponencial durante la pandemia (4-7).

Respecto a la prevalencia de ANA, un estudio realizado en 309 adolescentes con TCA, halló que el 30% cumplía los criterios del DSM-5. A su vez, una revisión publicada en el año 2021 determinó que la ANA es más prevalente que la AN, aunque aún no se disponga de datos certeros para establecer su prevalencia (13).

La pérdida de peso rápida y sostenida de la ANA sucede en períodos cortos de tiempo. Esto podría asociarse con un mayor riesgo para la salud en comparación con la AN. Una revisión realizada en adolescentes concluyó que la pérdida de peso en lugar de un bajo IMC es el indicador más fuerte de complicaciones clínicas de ANA y debido al aumento de casos, la detección debe considerar a pacientes con historial de sobrepeso (3,12).

A su vez, investigaciones previas hallaron que una pérdida de peso significativa en intervalos cortos de tiempo, junto a una disminución de la masa magra, se encuentra vinculada con un mayor riesgo de salud y una baja densidad mineral ósea. En este sentido, un estudio analizó la predisposición a sufrir fracturas mediante la fuerza estimada de cadera, encontrando que tanto la ingesta diaria de calcio disminuida como el déficit de vitamina D, conducen a un mayor riesgo en pacientes con AN y ANA (10,15,21).

En el contexto de complicaciones clínicas en la ANA, algunos autores consideran que la recuperación del peso contribuye a la normalización de los signos vitales, mientras que otros sostienen que el mantenimiento del mismo puede estabilizarlos con el tiempo. Tanto los pacientes con AN y ANA necesitan una evaluación médica exhaustiva para comprobar su estado clínico (11,19,21).

Respecto a los aspectos psiquiátricos, causas como la depresión e ideación suicida han aumentado, como razones para el manejo hospitalizado de estas patologías, lo que

podría poner en un mismo nivel de importancia las complicaciones tanto físicas como psicológicas de la ANA y la AN (9).

Estudios sobre las hospitalizaciones en la ANA, revelaron la presencia de síntomas críticos como hipofosfatemia, bradicardia, hipotensión, hipotermia y deshidratación, siendo los mismos síntomas que prevalecen en la AN. Su aumento en la última década ha requerido ingresos hospitalarios representando el 40% de los adolescentes sin bajo peso (10,12).

Sin embargo, existe una disparidad en la cantidad de pacientes con ANA que son referidos y admitidos en los centros de salud. Esto se debe a que en gran medida la atención se enfoca en un IMC bajo, siendo el único disparador de alarma para diagnosticar un posible TCA. Incluso, el entorno familiar puede no reconocer la enfermedad por el mayor peso. Según los antecedentes, existen controversias respecto a la derivación debido a los diferentes criterios diagnósticos de ANA. De este modo, este grupo de pacientes sin seguimiento podrían derivar en hospitalizaciones tardías con graves déficits (3, 8, 9).

La presente investigación pretende revisar los aspectos clínicos, nutricionales y psiquiátricos de la ANA en comparación con la AN en adolescentes y adultos, mediante la recopilación de información actualizada y relevante sobre el tema. Los resultados podrían aportar a la detección temprana de la ANA optimizando el tratamiento correspondiente.

Objetivo general:

Revisar la evidencia actualizada de aspectos clínicos, nutricionales y psiquiátricos de la ANA en comparación con la AN en adolescentes y adultos.

Objetivos específicos:

En adolescentes y adultos:

- Revisar la prevalencia de ANA en comparación con AN.
- Revisar las complicaciones clínicas, nutricionales y psiquiátricas de la ANA en comparación con AN.

- Revisar la frecuencia de hospitalizaciones por AN y ANA y derivación a atención a centros específicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Criterios de inclusión:

Se incluyeron estudios experimentales, revisiones sistemáticas, con o sin metaanálisis, revisiones narrativas y guías de práctica clínica publicadas entre los años 2014 y 2023, en idioma inglés, español y portugués.

-Estudios que hayan investigado ANA y AN en población adolescente y adulta. Que incluyeron en sus muestras los criterios de la ANA del DSM-5 (restricción de energía, miedo al aumento de peso o comportamiento que interfiere con el aumento de peso, IMC > 18,5 kg/m2 y disconformidad de la imagen corporal) o estudios que utilizaron el DSM-IV o los criterios de diagnóstico del DSM-III si cumplían con los criterios DSM-5 correspondientes a la restricción alimentaria, el miedo al aumento de peso y la alteración de la imagen corporal.

Criterios de exclusión:

Estudios que no detallaron los criterios diagnósticos de la ANA o que no se encontraba diferenciada dentro de OSFED.

Estrategias de búsqueda:

Para la búsqueda bibliográfica de esta revisión se utilizaron buscadores como PUBMED (National Library of Medicine, Estados Unidos), Cochrane Library, Portal Regional de la BVS y Scielo.

Las palabras claves utilizadas fueron: “atypical anorexia nervosa”, “anorexia nervosa”, “clinical aspects”, “comparison”, “prevalence”, “nutrition”, “health complications”, “treatment”, “obesity”, “psychiatric aspects”, “adults” y “adolescence”. Se aplicaron filtros para delimitar la búsqueda de documentos publicados en los últimos 10 años dentro del rango etario de 12 años en adelante, en ambos sexos, en español, inglés y portugués. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND.

Instrumentos de recolección de datos y procedimientos para extracción y análisis de la información:

Se utilizaron dos tablas, una para revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales y otra para revisiones narrativas, para extraer los datos de manera estandarizada. Primero se llevó a cabo la lectura de los títulos y resúmenes de los estudios encontrados, donde se descartaron aquellos estudios que no resultaron relevantes, que estaban repetidos o que no cumplieron con los criterios de inclusión para la revisión bibliográfica.

Por consiguiente, se realizó la lectura del texto completo de los estudios que cumplieron con los criterios antes mencionados. Finalmente, se descartaron estudios según el texto completo.

RESULTADOS:

Se recuperaron preliminarmente un total de 525 estudios de las bases de datos. Después de examinar los títulos y resúmenes, se excluyeron 508 estudios según los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados. Se identificaron 21 estudios potencialmente relevantes, de los cuales 18 fueron incluidos en la presente revisión.

Se incluyeron un ensayo clínico, un reporte de caso, un estudio de cohortes, tres revisiones narrativas, tres revisiones sistemáticas, dos de ellas con metaanálisis, ocho estudios observacionales y una revisión de alcance. En todos los casos la población en estudio fue de hombres y mujeres mayores de 12 años, con un mínimo de 1 a un máximo de 191.138 participantes.

En una revisión sistemática y un estudio de cohorte se investigaron las características demográficas de los estudios de ANA y su prevalencia en comparación con AN. En dos revisiones sistemáticas y una narrativa se abordaron las complicaciones clínicas y los factores de riesgo que conducen a ella. A su vez, un ensayo clínico a través de un protocolo de realimentación analizó los factores de riesgo que permitieron examinar el historial de peso y menstrual que conducen a la gravedad de la enfermedad al momento del ingreso hospitalario (1,8,12,17,18, 21).

En una revisión sistemática, una revisión de alcance y un estudio observacional se investigó sobre la frecuencia de hospitalización (8,16,23). En dos estudios

observacionales se identificaron prioridades de investigación y las percepciones de los profesionales (3,16).

Tres estudios observacionales analizaron la prevalencia y los determinantes de la baja densidad mineral ósea, cambios en el diagnóstico que se producen al pasar del DSM IV al DSM-5 y sus criterios diagnósticos en comparación con la AN (10,13,15). Por último, las dos revisiones narrativas brindaron información sobre los criterios de ANA según las diferentes ediciones del DSM, los aspectos psiquiátricos y el pronóstico (19,20). Las características iniciales de los estudios incluidos se resumen en la tabla 1 y tabla 2.

Tabla N° 1: Características de ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas

Autor y año	Tipo de documento	Tipo de participantes	Cantidad de participantes	Variables resultado	Resultados relevantes
Harrop, 2020	Revisión sistemática de estudios observacionales sin metaanálisis	Adolescentes y mujeres adultas con AN y ANA	75 estudios, con 191.138 participantes	Características demográficas de los estudios de ANA (raza, edad, sexo, orientación sexual), prevalencia de ANA prevalencia de AN, variedad de definiciones operativas de ANA, proporción de pacientes con AN y ANA representados en admisión y derivación.	Los estudios fueron realizados predominantemente en pacientes jóvenes, femeninas y blancas. ANA era normalmente tan frecuente o más que la AN, y las tasas de ANA variaron significativamente en función de la población estudiada y las definiciones operativas. En los estudios realizados de manera consecutiva, la ANA estuvo frecuentemente menos representada.
Schoor, 2017	Estudio transversal, comparativo, prospectivo	Mujeres de 18 a 45 años con AN, ANA y grupo de comparación sano.	168 participantes. AN DSM-IV (n = 37), AN DSM-5 (n = 33), ANA (n = 77), Grupo de comparación sano (n = 21).	DMO según historial de amenorrea y según antecedentes de bajo peso previo. Puntuación Z de la DMO media de la columna vertebral posteroanterior. Porcentaje de masa grasa. Media de masa magra. Puntuaciones de la Escala de calificación de la depresión de Hamilton; puntuaciones de la Escala de calificación de la ansiedad de	Las puntuaciones Z de la DMO media fueron más bajas en el grupo AN, intermedias en el grupo ANA y más altas en mujeres sanas. La ausencia previa de bajo peso o amenorrea fue protectora frente a la pérdida ósea, pero no así los antecedentes de sobrepeso/obesidad. La masa magra media y el porcentaje de masa grasa fueron significativamente inferiores en todos los grupos con AN que en los sanos. Los grupos AN DSM-IV, AN DSM-5 y ANA presentaron psicopatología comparable.

				Hamilton.	
Brennan, 2023	Revisión sistemática con metaanálisis	Hombres y mujeres adolescentes con AN y ANA	9 estudios con 2331 participantes.	Inestabilidad clínica (bradicardia, hipotensión, hipotermia e hipofosfatemia). Insuficiencia ponderal. Pérdida de peso.	La inestabilidad clínica puede ocurrir en diferentes pesos, siendo la pérdida rápida un indicador importante. Casi la mitad requirió hospitalización sin bajo peso. Los adolescentes con bajo peso tenían significativamente más probabilidades de tener tensión arterial más baja y la bradicardia se asoció significativamente con una mayor pérdida de peso.
Agostino, 2020	Estudio transversal, cuasiexperimental. Modelo de regresión lineal.	Jóvenes, adolescentes, hombres y mujeres de 9 a 18 años, con ANA o AN.	6 hospitales, 1883 pacientes.	Incidencia y hospitalización dentro de los 7 días posteriores al diagnóstico de AN o ANA. Marcadores de gravedad (duración de las conductas restrictivas, signos vitales, porcentaje de la media de IMC, porcentaje de pérdida de peso y cantidad de peso perdido).	Los nuevos diagnósticos aumentaron durante la primera ola de la pandemia COVID-19 con tendencia ascendente. Las hospitalizaciones aumentaron. Los marcadores de gravedad fueron peores entre los pacientes diagnosticados durante la primera ola que antes de la pandemia, incluida una progresión más rápida, mayor pérdida de peso y bradicardia más profunda, con una mayor proporción de pacientes que cumplieron con los criterios clínicos de admisión.
Schoor, 2019	Estudio transversal, comparativo en dos centros.	Pacientes ambulatorios, hombres entre 18 y 63 años con AN, ANA y trastorno por evitación/restricción de la ingesta (TERIA)	103 participantes AN (n = 26), TERIA (n = 11), ANA (n = 18), controles sanos (n = 48).	Puntuaciones Z de la DMO media en la columna vertebral posteroanterior, la cadera total y el cuello femoral. Fuerza estimada de la cadera.	Los hombres con TERIA y ANA tienen un riesgo menor, aunque significativo, de tener una DMO baja y conservan la fuerza estimada de la cadera. Menor IMC, masa muscular, niveles de vitamina D y mayor duración de la enfermedad se asociaron con una menor DMO. Antecedentes de bajo peso se relacionaron con puntuaciones Z más bajas de la DMO.

Nagata, 2018	Reporte de un caso.	Paciente hospitalizada de 15 años con diagnóstico de ANA	1 participante con ANA.	Estado nutricional, cambios en la frecuencia cardíaca. Ortostasis. Percentil de IMC. Menstruación.	El análisis inicial mostró niveles hormonales normales. Se prescribió una dieta de 2000 a 2800 calorías diarias. Tras seis días en el hospital, ganó 1.6 kg (percentil 32 del IMC). Un mes luego, recuperó su menstruación. Su dieta se liberalizó y ganó 1.33 kg al mes durante nueve meses, alcanzando el percentil 77 del IMC. Luego desarrolló hirsutismo y acné severo, y perdió su menstruación nuevamente. Los análisis mostraron testosterona elevada, diagnosticándose síndrome de ovario poliquístico. Con anticonceptivos orales estabilizó sus signos vitales.
Masheb, 2021	Estudio de cohortes	Hombres y mujeres veteranos de guerra con una edad media de 41 años, que fueron dados de baja del servicio militar de los Estados Unidos.	1137 participantes (592 mujeres y 545 hombres)	Prevalencia de ANA y otros OSFED por género. Características sociodemográficas y del servicio militar según tipo de TCA. IMC. Características del TCA (Frecuencia y gravedad de conductas restrictivas. Síntomas de adicción a la comida). Características de salud mental (ansiedad,	Se reportó una diferencia significativa por género en la prevalencia de ANA. No se observaron diferencias entre ANA y otros OSFED en edad, raza, etnia, educación, estado civil, ingresos o componente del servicio militar. El grupo ANA informó los comportamientos restrictivos dietéticos más frecuentes en el último mes. Los síntomas de ansiedad, estrés postraumático, depresión e insomnio fueron mayores en los grupos ANA y otros desórdenes de alimentación.

				depresión, insomnio).	
Kimber, 2018	Estudio descriptivo-cualitativo observacional	Profesionales de Estados Unidos, que tratan pacientes con TCA (AN y ANA)	23 participantes.	Percepciones de ANA y AN. Desafíos de intervención.	Los profesionales describieron que los adolescentes con ANA presentan pesos premórbidos y tasas de burlas basadas en el peso más altos en comparación con sus pares con AN. Los desafíos percibidos por los profesionales incluyeron: abordar mensajes contradictorios sobre los TCA y la pérdida de peso, empatizar con un miedo al aumento de peso y un mayor riesgo de connivencia de los padres y el terapeuta con el TCA.
Strand MD, 2020	Estudio prospectivo, cualitativo-Método Delphi	Panelistas del área de salud completaron tres rondas Delphi.	53 participantes	Prioridades de investigación para promover la comprensión de la AN y la ANA como entidades de diagnóstico.	Se llegó a un consenso sobre cuestiones consideradas de interés primordial: factores médicos, neurobiológicos y neurológicos; epidemiología y evolución natural; y respuesta al tratamiento en la ANA en comparación con la AN.
Solmi, 2021	Revisión sistemática de estudios observacionales con metaanálisis.	Pacientes con TCA: AN, BN y trastorno por atracón.	9 metaanálisis, total de 29.272 individuos con TCA y 1.679.385 controles.	Factores de riesgo, psiquiátricos y clínicos de los TCA.	Se encontró asociación entre el abuso sexual infantil y la BN y entre la victimización por burlas relacionada con la apariencia y cualquier TCA. Acontecimientos traumáticos y estresantes tempranos son factores de riesgo de TCA. Aunque no existen pruebas convincentes que apoyen ningún factor de riesgo.
Garber, 2019	Ensayo clínico aleatorizado.	Pacientes de 12 a 24 años con ANA y AN, que se inscribieron en el ensayo clínico aleatorizado	116 participantes: 50 con ANA y 66 con AN.	Historial de peso. Marcadores de gravedad en el momento del ingreso (clínico, nutricional y psicológico).	Los adolescentes ingresados en el hospital con ANA o AN que experimentaron una mayor pérdida de peso en cantidad, frecuencia o duración presentaron un estado clínico y nutricional significativamente

		multicéntrico “Study of Refeeding to Optimize Inpatient Gains”		Amenorrea.	peor, independientemente del peso al ingreso. Una frecuencia cardíaca más baja se asoció con una pérdida de peso más rápida; un menor valor de fósforo sérico se asoció con una mayor cantidad de peso perdido y mayor duración. Los participantes con ANA tenían la misma probabilidad de sufrir amenorrea que aquellos con AN. Los síntomas psicológicos fueron significativamente mayores en ANA.
Coll PM, 2021	Estudio observacional-descriptivo-transversal	Mujeres, hombres y adolescentes con AN y ANA	578 participantes	Frecuencia de hospitalizaciones por AN y ANA según año, edad y sexo.	La mayor y menor frecuencia encontrada fueron los años 2019 y 2017 respectivamente, en donde se aprecia un mayor número en el rango etario entre los 15 y 19 años. Se observa una mayor frecuencia de hospitalización por AN. El sexo femenino posee mayor frecuencia y días de hospitalización.
Fisher, 2015	Estudio observacional, descriptivo	Pacientes ambulatorios con TCA.	309 pacientes.	Diagnóstico según los criterios del DSM-IV y del DSM-5, según género, origen étnico edad y porcentaje promedio de la mediana del IMC. Cambios de diagnósticos del DSM-IV al DSM-5.	Casi dos tercios tenían un diagnóstico de TANE según el DSM-IV. Por el contrario, casi todos esos mismos pacientes tuvieron un diagnóstico específico utilizando los criterios recientemente propuestos por el DSM-5.
Pauls, 2022	Estudio observacional, descriptivo.	Pacientes ambulatorios con ANA y AN-RESTRICTIVA.	121 participantes, ANA (n = 42) y AN (n = 79)	Género, edad, comparación de participantes con ANA y AN-R. Factores psicológicos.	El 34,7% de los participantes fueron diagnosticados con ANA y el 65,3% con AN-R. La edad media fue de 21,5 años, mayormente mujeres. Los adolescentes con ANA tenían un IMC mayor y puntuaciones más

					altas en "Drive for Thinness" e "Insatisfacción Corporal", pero menor calidad de vida. ANA mostró mejor funcionamiento social y de salud, pero más problemas de auto lesiones (48,3% vs 32,1%).
Schlissel, 2023	Revisión de alcance.	Pacientes ambulatorios y hospitalizados con ANA y AN.	17 estudios únicos que incluyeron a 4379 personas.	Cambios en las tasas de hospitalizaciones antes y después de la pandemia COVID-19, y en la sintomatología relacionada con los TCA.	Durante COVID-19, se observó un aumento significativo en las hospitalizaciones de jóvenes con TCA, cambios negativos en la salud mental y conductual, y un incremento en el uso de telemedicina para tratar la AN. A pesar del aumento de hospitalizaciones, la duración promedio de la estancia disminuyó. Hubo un aumento en la atención ambulatoria, aunque no todos los estudios lo respaldaron. Factores como el aburrimiento, aislamiento social y preocupaciones pandémicas contribuyeron a cambios en comportamientos anoréxicos. La pandemia se asoció con peor salud mental, incluyendo depresión, alteraciones del sueño y ansiedades específicas.

AN: Anorexia Nerviosa; ANA: Anorexia Nerviosa Atípica; BED: Trastorno por Atracón; BN: Bulimia Nerviosa; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TERIA: trastorno por evitación/restricción de la ingesta; TANE: Trastorno Alimentario no Especificado; DMO: Densidad Mineral Ósea; AN-R: Anorexia Nerviosa Restrictiva
Fuente: elaboración propia

Tabla N° 2: Características de revisiones narrativas

Apellido del primer autor y año	Objetivos	Población	Resultados
Birgegard, 2023	Revisar los criterios diagnósticos de ANA y proponer el agregado de "Trastorno alimentario restrictivo" al DSM con la intención de reducir el estigma y abarcar una gama amplia pero mejor definida de presentaciones.	Pacientes con ANA.	La ANA del DSM-5 depende de los criterios de la AN. Como problema central, la AN requiere bajo peso, pero la ANA no. Se propone "Trastorno Alimentario Restrictivo" para resolver estos problemas, evitando el término "atípico".
Moskowitz, 2017	Revisar la evolución de los criterios para AN y ANA y comparar y contrastar ambas. Revisar los parámetros bioquímicos, junto con signos vitales y el peso, la vigilancia psiquiátrica, la etiología y el tratamiento desde un enfoque biopsicosocial y el pronóstico.	Pacientes con AN y ANA.	El pronóstico de la AN sigue siendo reservado, menos de la mitad se recupera en promedio y un tercio tiene un curso variado. Respecto a la ANA, tiene episodios más prolongados, pero las tasas de remisión son similares a las de la AN. Los adolescentes con AN y ANA se benefician de actividades de refuerzo de la autoestima.
Vo M, 2023	Revisar los efectos médicos de la ANA, cómo esta pérdida de peso poco saludable afecta a cada sistema de órganos, y lo que se sabe sobre el tratamiento.	Pacientes con diagnóstico de ANA.	En ANA, se observa deterioro renal, consecuencias cardiovasculares, elevación de transaminasas hepáticas y riesgo de baja DMO. Además, se presenta amenorrea secundaria en el 33% de los casos de ANA.

AN: Anorexia Nerviosa; ANA: Anorexia Nerviosa Atípica; BED: Trastorno por Atracón
Fuente: elaboración propia.

Prevalencia de ANA en comparación con la AN:

En la revisión sistemática de Harrop et al., se identificaron 17 estudios sobre prevalencia, en su mayoría realizados en pacientes menores de 30 años, predominantemente de raza blanca y de sexo femenino. En cuanto a la prevalencia puntual de ANA y AN, el estudio de Isomma et al., llevado a cabo en Finlandia con participantes de sexo femenino (n=606), reportó una prevalencia de ANA del 1,8% y de AN del 0,7%, sin reportar Intervalos de Confianza (IC). Por su parte, Machado et al. (2007) estudiaron a 2028 estudiantes femeninas en Portugal y encontraron una prevalencia de 0,15% para ANA (IC 95%: 0,00–0,32) y de 0,39% para AN (IC 95%: 0,12–0,67). En un estudio posterior de Machado et al. (2013) con 3048 participantes femeninas, se observó una prevalencia del 0,36% para ANA y del 0,69% para AN, sin reportar IC. El estudio de Hammerle et al. realizado en Alemania (n=1654) reveló una prevalencia de ANA del 3,6% (IC 95%: 2,7–4,5) y del 0,3% de AN (IC 95%: 0,1–0,7) incluyendo ambos sexos biológicos. En el estudio de Hay et al. (n = 5737), realizado mediante una encuesta poblacional en individuos mayores de 15 años, se encontró una prevalencia de ANA del 2,5% (IC 95%: 2,0–3,1) y de AN del 0,5% (IC 95%: 0,3–0,7). A su vez, en el estudio de Mitchison et al realizado en 5191 participantes australianos, también se observó mayor prevalencia de ANA en relación con AN (2,9% y 0,7% respectivamente). Aquellas personas identificadas con otro género tuvieron una prevalencia de ANA del 7,5% y de AN del 3% (8).

En cuanto a la prevalencia a lo largo de la vida, Isomma et al. detectaron un 4,9% para ANA y un 1,8% para AN. Stice et al. (n=496) observaron una prevalencia vital de 2,8% para ANA (IC 95%: 1,3–4,3) y de 0,8% para AN (IC 95%: 0,2–1,4) en escuelas urbanas de Estados Unidos. Por otra parte, Micali et al., en un estudio poblacional realizado en mujeres en el Reino Unido (n=5658), hallaron que la prevalencia de ANA en los últimos 12 meses fue del 0,35% (IC 95%: 0,20–0,63), mientras que la prevalencia de AN fue del 0,23% (IC 95%: 0,16–0,47). Es importante señalar que en el 64% de los estudios revisados, al menos el 90% de los participantes eran mujeres, y solo el 33% incluía personas mayores de 31 años (8).

En particular, en el estudio de Silén et al. la prevalencia de ANA en hombres fue del 0,16 % (IC 95% 0,02–1,1) y la prevalencia a lo largo de la vida (sexo masculino

y femenino) de 1,2 % (IC 95% 0,7–2,0%). Mientras que en el caso de AN la prevalencia masculina fue del 0,3 % (IC 95% 0,08-1,3%) y la prevalencia total a lo largo de la vida (masculinas y femeninas) fue del 3,4 % (IC 95% 2,5- 4,6%) (8).

Por otra parte, Agostino et al., en un estudio realizado en Canadá en pacientes jóvenes (mediana [IQR] de edad, 15,9 [13,8-16,9] años; 91% de sexo femenino), halló que la mayoría fueron diagnosticados con ANA tanto antes (783 de 1538 [50,8%]) como durante (175 de 345 [50,7%]) la primera fase de la pandemia (2020). Para el periodo de 5 años anterior a la pandemia, la tendencia fue estable en el tiempo (coeficiente β, 0,043; P = 0,33), y el número medio de nuevos casos diagnosticados de ANA y AN durante este periodo fue de 24,5 (DE 1,6) casos al mes. A su vez, durante la primera etapa de la pandemia los nuevos casos diagnosticados de AN y ANA mostraron una marcada tendencia ascendente (coeficiente β, 5,97; p < 0,001), y la media de casos durante este período aumentó a 40,6 (DE 20,1) casos al mes (p < 0,001). De este modo los casos de AN y ANA aumentaron en más del 60% (14).

Fisher et al., describió los cambios en el diagnóstico que ocurren al realizar la transición del DSM-IV al DSM-5. En una muestra de 309 participantes, predominó en mayor medida TANE (n=198 pacientes; 64,6%), seguido de AN (n=81; 26,2%) y BN (n=29; 9,4%). Según los criterios de la última actualización del manual, se detectó que la ANA representaba a 93 pacientes (30%), casi igualando a la AN (100 pacientes; 32,3%). La BN representó el 9,3% y otros trastornos el 28,7%, (TERIA, trastorno purgativo, BN subumbral, OSFED y trastorno por atracón subumbral). Para los pacientes con AN, se obtuvo que el IMC promedio fue del 83% de la mediana del IMC de la población de referencia (utilizando las curvas de Centers for Disease Control and Prevention) mientras que para ANA fue superior, alcanzando un porcentaje del 99,2% de la mediana del IMC (p <0,01). Los pacientes con ANA en comparación con los pacientes con AN, eran mayoritariamente mujeres (p < 0,05) y con mayor edad (p <0,05). Cabe señalar que el estudio halló que el 20% de la muestra total eran hombres, resaltando un incremento en el número de casos en la última década (13).

En un estudio de cohortes, Masheb RM et al, analizó la prevalencia de ANA según sexo biológico en ex veteranos (n=1137; 592 mujeres y 545 hombres). Los resultados arrojaron que el 13,6% de las mujeres y el 4,9% de los hombres cumplían los criterios de probable ANA, el 19,2% de las mujeres y el 13,9% de los hombres cumplían los criterios

de probable otros trastornos alimentarios (ED), y el 67,2% de las mujeres y el 81,2% de los hombres no tenían ningún tipo de TCA. El grupo "otros ED" incluyó: BN, BED, BN subclínica, BED subclínica, trastorno purgativo y síndrome de alimentación nocturna. Se informó una diferencia significativa por género en la prevalencia de ANA (mujeres: 13,6%, hombres: 4,9%, p<0,001) (18).

Pauls et al. (2022), en un estudio observacional que incluyó 121 participantes, destacó que el 34,7% (n:42) fueron diagnosticados con ANA y el 65,3% (n:79) con AN-Restrictiva. La edad media para TCA fue de 21,5 años. El 88,1% de los participantes con ANA (n: 37) y el 93,7% con AN-Restrictiva (n: 74) eran mujeres. La prueba exacta de Fisher no indicó asociación significativa entre sexo y diagnóstico (p= 0,314) (22).

Complicaciones clínicas, nutricionales y psiquiátricas de la ANA en comparación con AN:

En una reciente revisión sistemática, Brennan et al. analizaron dos grupos: el grupo con bajo peso, que cumplía con todos los criterios del DSM-5 para AN y presentaba bajo peso (n = 257), y el grupo sin bajo peso (n = 118), compuesto por adolescentes que cumplían con criterios parciales para AN y no presentaban bajo peso, clasificados como ANA. En relación con la tensión arterial (TA), se realizó un metaanálisis de tres estudios, que reveló que los adolescentes con bajo peso tenían una mayor probabilidad de presentar una TA más baja en comparación con aquellos que no presentaban bajo peso (DM-5.89; IC 95% -7.81, -3.97; p < 0.00001). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso y otras variables investigadas, como la frecuencia cardíaca, la temperatura y el porcentaje de pérdida de peso (p = 0.31, p = 0.46 y p = 0.16, respectivamente). Dos artículos de la revisión exploraron la relación entre el grado de bajo peso y el riesgo de complicaciones del síndrome de realimentación, en particular la hipofosfatemia. En ambos estudios, el grado de bajo peso se expresó como porcentaje del peso ideal para la edad. Ornstein et al., encontraron que los pacientes que desarrollaron hipofosfatemia moderada estaban significativamente más desnutridos que aquellos que no la desarrollaron (p = 0.02). Los valores más bajos de fósforo eran directamente proporcionales al grado de bajo peso (p = 0.01). La incidencia de hipofosfatemia fue mayor en los adolescentes con menos del 70% del porcentaje de peso ideal para la edad. El estudio de Whitelaw et al. (2010) encontró que un menor peso corporal al ingreso estuvo significativamente asociado con el desarrollo de hipofosfatemia (p = 0.007). Sin embargo,

los hallazgos señalaron que tanto la rapidez como la magnitud de pérdida de peso perpetúan el riesgo clínico, tanto en los grupos con bajo peso como en aquellos sin esta condición. La bradicardia y la hipotensión emergieron como los síntomas más destacados de desnutrición en ambas categorías (12).

En particular, en el estudio de cohortes de Sawyer et al., que incluyó a jóvenes de entre 13 y 17 años con ANA (n=42) y AN (n= 118), se halló que el grupo con ANA perdió más peso que el grupo con AN (17,6 kg frente a 11 kg) durante un período más largo (13,3 meses frente a 10,2 meses), (P = 0.04). No hubo diferencias significativas en las tasas de bradicardia (24% frente a 33%); TA (43% frente a 38%) ni en la frecuencia de comorbilidades psiquiátricas (38% frente a 45%) (12).

De igual modo, en una revisión narrativa realizada por Vo M et al. que incluyó estudios de pacientes con ANA y sus complicaciones clínicas, destacó que la pérdida de peso y la desnutrición en la ANA tienen consecuencias cardiovasculares que incluyen bradicardia e hipotensión ortostática y derivan en electrocardiogramas alterados. La bradicardia en los trastornos alimentarios restrictivos resulta de la combinación de una ingesta inadecuada de energía y aumento del tono vagal. También, se reportan tasas similares de bradicardia en la ANA en comparación con la AN, que ocurren como una respuesta de hibernación en el contexto de una ingesta calórica inadecuada. Dicha revisión incluye el estudio de Sawyer et al., hallando que el 24% de las adolescentes ingresadas con ANA tenían bradicardia y el 43% hipotensión ortostática en el momento de la presentación (21).

Garber AK et al, en un ensayo clínico aleatorizado sobre un protocolo de realimentación que incluyó pacientes de 12 a 24 años con diagnóstico de ANA y AN (n=116, 91% de sexo femenino), observaron que los pacientes no difirieron según el historial de peso o la FC al ingreso de su hospitalización. Los síntomas psicológicos fueron significativamente mayores en la ANA que en la AN según The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), (3,80 ± 1,66 frente a 3,00 ± 1,66; p = 0,02), independientemente del peso al ingreso, con una puntuación media global en la ANA >1 DE por encima de la media comunitaria de 3,38. Todas las puntuaciones de las subescalas, excepto las preocupaciones alimentarias, fueron mayores en la ANA (todas $p < 0,05$). Se observó que independientemente del peso al ingreso, una FC más baja se asoció con una pérdida de peso más rápida ($\beta = -0,492$ [IC -0,883 a -0,100]; p = 0,01); un nivel más bajo

de fósforo sérico se asoció con una mayor cantidad de peso perdido (β = -0,492 [IC -0,883 a -0,100]; p = 0,01) y una duración más prolongada de la pérdida (β= -0,011 [IC: -0,017 a -0,005]; p = 0,001). Adicionalmente, el peso y los antecedentes menstruales explicaron el 28% de la variabilidad en la FC y el 36% en el fósforo sérico. Los síntomas psicológicos fueron significativamente mayores en ANA que en AN, 3.80 +/- 1.66 vs 3.00 +/- 1.66; p =0.02). El historial de peso y menstrual retuvo 4 variables: porcentaje histórico más alto de IMC, edad y duración de la amenorrea. Las pacientes con ANA tuvieron la misma probabilidad de desarrollar amenorrea que en la AN (17).

En la revisión de Vo M et al. ya mencionada anteriormente, se encontró en pacientes con ANA una mayor pérdida de peso a partir del peso premórbido. Una mayor duración de la pérdida de peso se asoció con niveles más bajos de fósforo sérico al ingreso hospitalario. A su vez, según el estudio de Downey et al. el 33 % de los pacientes hospitalizados tenían una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) reducida al momento del ingreso, sin diferencias entre los diagnosticados con AN y ANA. Una pérdida de peso más rápida se asoció con una función renal alterada en estos pacientes (21).

En un estudio transversal realizado por Schorr et al. en 2019 con 103 participantes, se exploró la relación entre el riesgo de baja DMO y la fuerza estimada de la cadera. Se observó que los hombres con ANA y TERIA presentaban un riesgo significativamente menor de baja DMO, a pesar de mantener la fuerza estimada de la cadera conservada. Los casos de AN y TERIA mostraron una DMO más baja en la columna y la cadera ($p<0,05$). Además, se encontró que la media del IMC fue más baja en AN y TERIA, mayor en ANA y más alta en personas sanas (AN 14,7 ± 1,8, TERIA 15,3 ± 1,5, ANA 20,6 ± 2,0, personas sanas 23,7 ± 3,3 kg/m2) ($p<0,0005$). Las puntuaciones Z medias de DMO en la columna y la cadera fueron más bajas en AN y TERIA, pero no en ANA, en comparación con personas sanas (columna posteroanterior [PA] AN −2,05 ± 1,58, TERIA −1,33 ± 1,21, ANA −0,59 ± 1,77, personas sanas −0,12 ± 1,17) ($p<0,05$). El 65% de AN, el 18% de TERIA, el 33% de ANA y el 6% de personas sanas presentaron puntuaciones Z de DMO <-2 en ≥ 1 sitio (AN y ANA vs personas sanas, $p<0,01$) (10).

Asimismo, se observó una relación positiva entre un historial de IMC más alto y puntuaciones Z de DMO. Las puntuaciones Z fueron inferiores en AN en comparación con personas sanas ($p<0,01$). La reducción del IMC, la masa muscular y los niveles de

vitamina D (R=0,33-0,64), junto con una mayor duración de la enfermedad (R= -0,51 a −0,58), se asociaron con menor DMO (p<0,05) (10).

Por otro lado, los hombres con antecedentes de bajo peso mostraron puntuaciones Z más bajas de DMO en comparación con aquellos sin historial de bajo peso. Se observó una tendencia asociativa entre un mayor número de horas de actividad física a la semana y mayores puntuaciones Z de DMO en ciertas áreas. Sin embargo, no se encontró asociación con la fuerza estimada de la cadera. Los hombres con una ingesta diaria de calcio menor a 1000 mg tendían a presentar una DMO total de cadera inferior, y aquellos con deficiencia de vitamina D o baja ingesta de calcio compartían características clínicas similares (10).

A su vez, en la revisión realizada por Vo M et al., se ha descrito una reducción de la DMO en la ANA como consecuencia de la supresión del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (HPG) debido a la desnutrición. Dicha alteración del eje hormonal normal puede provocar una deposición ósea inadecuada, lo que conduce a una reducción de la DMO y osteoporosis. Los estudios de datos de absorciometría dual de rayos X han demostrado que los pacientes con ANA tienen una DMO más alta que los pacientes con AN, pero menor que los controles sanos. En un estudio sobre la DMO en adolescentes con ANA se estimó un riesgo del 34,2% de presentar una densidad mineral ósea baja. Además de la influencia de los estrógenos y la testosterona sobre la actividad de los osteoblastos y los osteoclastos, otras hormonas como la hormona del crecimiento (GH), el factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1), la grelina y la leptina, desempeñan un papel en la deposición ósea normal y pueden verse alterados por una ingesta dietética inadecuada y la supresión hormonal resultante, lo que lleva a un aumento de la resorción ósea y a una disminución de la deposición (21).

Schorr et al en un estudio transversal que incluyó 168 participantes de sexo femenino, evaluó la DMO y las características clínicas según los criterios diagnósticos de la ANA en el DSM-IV y DSM 5, destacando que las puntuaciones Z medias de la DMO fueron más bajas en el grupo AN del DSM-5, intermedias en el grupo ANA y más altas

en mujeres sanas (p ≤0,0005) con una puntuación Z de DMO <-1,0 tanto para columna, cadera y radio. Estuvo presente en el 80 % de los AN del DSM-5 y en el 69 % de las ANA (p = 0,14). Una puntuación Z de DMO <-2,0 en cualquier sitio estuvo presente en el 44% de las AN del DSM-5 y en el 25% de los ANA (p=0,01). La ANA con bajo peso

previo (83%) tuvo puntuaciones Z medias más bajas en la columna posteroanterior, la columna lateral y la cadera total ($p<0,05$), y la ANA sin antecedentes de bajo peso (17%) tuvieron puntuaciones Z medias similares en comparación con las mujeres sanas. En todos los grupos de AN, aquellos con antecedentes de sobrepeso/obesidad (18%) tuvieron puntuaciones Z medias significativamente más bajas. La ausencia de bajo peso previo o amenorrea, pero no los antecedentes de sobrepeso/obesidad, protegieron contra la pérdida ósea. La media de masa magra y el porcentaje de masa grasa fueron significativamente menores en todos los grupos AN que en mujeres sanas. Los criterios del DSM-IV y DSM-5 mostraron una psicopatología comparable, no habiendo diferencias significativas en las puntuaciones de trastornos alimentarios, depresión o ansiedad entre los tres grupos. Todos presentaban una mayor alteración psicopatológica en comparación con las mujeres sanas (15).

Por otro lado, Strand et al., llevó a cabo un estudio prospectivo con 53 profesionales expertos en el área de salud, utilizando el método Delphi con el objetivo de identificar prioridades de investigación para promover la comprensión de ANA y AN como entidades de diagnóstico. Se analizaron 24 áreas de investigación, de las cuales seis incluían factores médicos, neurobiológicos y neurológicos; epidemiología, evolución natural y respuesta al tratamiento en la ANA en comparación con la AN. Se observó un consenso definido ($\geq$ 85% de acuerdo) en los factores anteriormente mencionados. En cinco puntos, menos de la mitad de los panelistas estuvieron de acuerdo, especialmente en el peso premórbido en ANA en comparación con AN y la necesidad de un límite de IMC que diferencie entre ANA y AN, siendo este último el ítem con la mayor proporción de respuestas negativas (39,6%). No hubo consenso positivo sobre la relevancia de la proporción y velocidad de la pérdida de peso en la ANA en comparación con la AN. Como resultado, el peso corporal y el límite de peso no se consideró crucial para comprender la naturaleza de la ANA en relación con la AN en este estudio (16).

Kimber et al., en un estudio observacional sobre las percepciones de los profesionales respecto a las diferencias entre adolescentes con ANA y AN, identificaron tres características distintivas. La más notable fue el peso premórbido más alto en ANA, situándose en el rango de sobrepeso u obesidad. Según los profesionales, los adolescentes con ANA reportan burlas frecuentes relacionadas con el peso, las cuales fueron significativas y persistentes. Por el contrario, se describió que los adolescentes con AN presentan una gran insatisfacción con su peso corporal actual y están "estancados" en el

deseo de estar más delgados. Por otra parte, los adolescentes con ANA muestran una flexibilidad mayor en su compromiso de perder peso adicional y, en algunos casos, expresan satisfacción con su estado de peso actual, ya que difiere significativamente de lo que solía ser. Los profesionales resaltaron que los marcadores visuales de desnutrición en AN generan una mayor preocupación en los padres, a diferencia de ANA, que carece de estos signos. En muchas ocasiones, los pacientes con ANA se muestran contentos con la pérdida de peso lograda, dado que inicialmente presentaban obesidad o sobrepeso. Además, se destacaron las repercusiones de la apariencia en la identificación de adolescentes con ANA, sugiriendo que la presión social hacia la delgadez podría dificultar su detección en entornos de atención primaria de salud (3).

En el estudio de cohortes de Masheb et al., el grupo con ANA tenía un IMC inferior (28,8 kg/m2) y una mayor supresión de peso en comparación con BN (31,4 kg/m2) y BED (33 kg/m2). Dos tercios habían informado restricción dietética en el último mes. Los síntomas de ansiedad, estrés postraumático, depresión e insomnio fueron mayores en ANA. Se destaca en este grupo que la edad media fue de 41 años y el estado nutricional característico fue el sobrepeso (media IMC = 28,8, DE = 5,6); a pesar de ser al menos un 10 % más bajo que el peso más alto de su vida. En lo que respecta a la salud mental, el grupo con ANA tuvo una menor adherencia al tratamiento que el grupo sin TCA, similar al de los veteranos con BED y una mejor adherencia que los veteranos con BN. Al comparar ANA con BN y BED, se evidenció una mayor tendencia a la restricción dietética en ANA en comparación con BED, y en BN en comparación con BED. No se identificaron diferencias significativas entre ANA y BN en este aspecto. Por otro lado, se utilizó la Escala Modificada de Adicción a la Comida de Yale (mYFAS) para evaluar los síntomas de adicción a la ingesta, es decir, marcadores de dependencia de sustancias asociados con el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares. Dicha adicción se manifestó con mayor incidencia en el grupo con otros trastornos alimentarios en comparación con aquellos sin trastornos alimentarios y con ANA. Además, se observó una mayor prevalencia de adicción a la comida en individuos con ANA en comparación con aquellos sin trastornos alimentarios. Asimismo, la adicción a la comida fue más pronunciada en BN en comparación con ANA y BED, siendo mayor en BED en relación con ANA ($p<0,01$ en todos los casos) (18).

En el estudio de Pauls et al., se halló que los adolescentes con ANA, en contraste con la AN-R, presentaron un deseo más severo por la delgadez (p = 0,011) e insatisfacción corporal (p = 0,038) según EDI-3 y menor calidad de vida (p = 0,047) medida a través de la Escala de Calidad de Vida de los Trastornos de la Alimentación (EDQLS). Los adolescentes que tenían puntuaciones altas en el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) (puntuación ACE ≥ 4) tenían más de 5 veces más probabilidades de tener ANA que los que no tenían puntuaciones ACE altas (p =,008). Sin embargo, el grupo con ANA tenía un mejor funcionamiento global (p = 0,032) en comparación con AN-R, según la Escala de Resultados de Salud de la Nación para Niños y Adolescentes (HoNOSCA); que sugieren un mejor funcionamiento social y de salud. No hubo diferencias significativas entre los grupos en las medidas de baja autoestima y autolesiones no accidentales. Las autolesiones no accidentales fueron calificadas como problemáticas en el 48,3% de los adolescentes del grupo ANA y en el 32,1% de los adolescentes del grupo AN-R. Los adolescentes con ANA presentaban un malestar psicosocial similar o más grave que sus compañeros con AN-R en la mayoría de las medidas (22).

El mismo estudio observó que los adolescentes con ANA tienen tasas más altas de tendencias suicidas en comparación con sus pares sin TCA, pero tasas similares de autolesión y tendencias suicidas en comparación con sus pares con AN. Asimismo, la pandemia COVID-19 también se asoció con una peor salud mental y conductual general entre los jóvenes con AN y ANA, informándose un aumento de las alteraciones del sueño y una disminución en la regulación emocional. También se detectó un aumento de la depresión, la soledad y las compulsiones en torno a la preocupación por la salud de los familiares (22).

En este sentido, en una revisión de alcance realizada por Schlissel et al, se encontró que la pandemia de COVID-19 está relacionada con un deterioro general de la salud mental y el comportamiento en los jóvenes con AN y ANA. Se observó un aumento en los trastornos del sueño y una disminución en la regulación emocional desde el inicio de la pandemia. Además, se informó un incremento de la depresión, la sensación de soledad y las compulsiones relacionadas con la preocupación por la salud de los familiares. También se evidenció un aumento en los pensamientos ansiosos, especialmente en lo que respecta a la seguridad alimentaria y preocupaciones específicas de la AN (23).

Frecuencia de hospitalizaciones por AN y ANA y derivación de atención a centros específicos:

En la revisión de Harrop et al, se incluyeron 58 estudios sobre la derivación y admisión de ANA y AN, de los cuales en el 79% (n =46) se observó que más pacientes presentaban AN respecto a ANA. Se destaca que el 28% (n=16) representaba casos de ANA, abarcando al menos un tercio de los participantes. Además, un 17% adicional (n=10) de los estudios reveló que los individuos con ANA constituían al menos el 20% de los participantes. En resumen, en un 71% (n=41) de los estudios sobre derivaciones e ingresos a centros de urgencias, los casos de ANA conformaron al menos el 10% de la población de estudio. Además, se observó un aumento significativo en las tasas de derivación y admisión para ANA, con un quíntuple incremento en los casos entre los años 2008 y 2014, según reportaron varios centros. En estudios que rastrearon las presentaciones subumbrales de TCA, la ANA tendió a ser la manifestación más común dentro de los diagnósticos de OSFED, llegando a representar en ocasiones más de la mitad de los casos residuales observados en entornos clínicos (8).

Coll et al, en un estudio observacional que se llevó a cabo entre los años 2017-2020 en 578 pacientes hospitalizados, detectó que la mayor y menor frecuencia sucedieron entre los años 2019 y 2017 respectivamente, donde se apreció un mayor número en el rango etario entre los 15 y 19 años. Además, se evidenció un incremento en las hospitalizaciones durante el período mencionado, en comparación con el año 2017. En el año 2018, se registró un aumento del 30%, en 2019 fue del 38,3%, y finalmente, en el año 2020, se observó una disminución del 18% con respecto al año anterior. De estas dos patologías, se percibió una frecuencia de hospitalización por AN de 530 pacientes (91,7%) y de ANA de 48 pacientes (8,3%). Tanto en AN como en ANA fue más frecuente el número de hospitalizaciones en mujeres con un total de 534 (92,39%) en comparación a los hombres con un total de 44 (7,61%). Además, el sexo femenino tuvo un promedio de días de hospitalización de 28,8, siendo mayor que en el sexo masculino, que tuvo un promedio de 16,9 días. En el análisis descriptivo del tiempo de hospitalización, se observó un promedio ponderado de 26,63 días, con una mediana de 23,4 días, variando desde 1 hasta 161 días. La tendencia sugiere que las mujeres tienden a requerir más días hospitalizadas, mientras que los hombres muestran un promedio menor. Sin embargo, en

el año 2020, se registró una excepción entre los hombres, ya que presentaron un mayor número de días de hospitalización por ANA en comparación con las mujeres (9).

Brennan et al, en su revisión ya mencionada, destacó que el 89% de los casos presentó complicaciones clínicas (n=185), de los cuales el 35% (n = 65) tenía complicaciones al momento del ingreso hospitalario. El 60% presentó bradicardia (n=39), el 54% hipotensión (n=35), el 34% deshidratación (n=22) y el 26% hipotermia (n=17). Más de la mitad de los casos (51%, n=104) requirieron ingreso hospitalario en el momento del diagnóstico. Casi la mitad (42%, n=75) presentaban inestabilidad clínica sin bajo peso corporal. En el estudio de Sawyer et al, más del 40% de los adolescentes que presentaban ANA requirieron hospitalización. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de bradicardia (33% frente a 24%) y TA (38% frente a 43%) entre los grupos ANA y AN. Los adolescentes con ANA perdieron más peso que aquellos con AN (17,6 kg frente a 11,0 kg) durante un período más largo (13,3 frente a 10,2 meses). El grupo de ANA tuvo una mayor tasa de pérdida de peso que aquellos con AN (1,3 kg/mes frente a 1,1 kg/ mes). El tiempo de pérdida de peso se reveló como un factor predictor de complicaciones físicas que, a su vez, requerían hospitalización, independientemente del grado de bajo peso (12).

En la revisión publicada por Schlissel et al, se incluyeron estudios que se centraron en jóvenes con AN y ANA a nivel mundial, donde se pudo observar el aumento de las hospitalizaciones después del inicio de la pandemia de COVID-19. Tanto ANA como AN tuvieron una mayor frecuencia de hospitalizaciones por complicaciones clínicas, a pesar de que la duración promedio de la enfermedad fue más corta. Si bien hubo aumentos significativos en las tasas de hospitalización, tanto mensuales (entre 1,68 y 2,68 veces mayores) y anual (entre 1,63 y 2,08 veces mayor), se encontró que la duración media de la estancia hospitalaria disminuyó en un 35% (9 días). En el mismo estudio Hansen et al, observó el impacto de COVID-19 en las derivaciones y admisiones por trastornos alimentarios en Waikato, Nueva Zelanda y destacó que el aumento de las mismas fue de un 168%, (de 2,8 a 4,7, p=0,004) y para mayores de 18 años tuvo un aumento del 211% (de 1,9 a 4). Además, halló que las tasas de admisión diarias no fueron estadísticamente diferentes entre el confinamiento previo y posterior a la pandemia, (las medias pasaron de 0,17-DE:0,42 a 0,24 -DE: 0,61). El consenso diario sobre el número de pacientes hospitalizados aumentó en un 154% (23).

DISCUSIÓN:

La ANA comprende a las personas que cumplen con los criterios psicológicos de la AN, pero que no presentan bajo peso, superando el IMC por encima del punto de corte (18,5 kg/m2). El DSM-5 introdujo la ANA como parte de la categoría OSFED, clasificación que reemplazó al EDNOS del DSM-IV. Dichos cambios han permitido precisar el diagnóstico de la ANA al incorporar la evaluación de la pérdida de peso como indicador fundamental de la desnutrición y como factor determinante para la hospitalización. Esto difiere del DSM-IV, ya que los pacientes que no cumplían estrictamente con los criterios de la AN o la BN eran simplemente clasificados como EDNOS (1,3,8-23).

En lo que respecta a investigaciones sobre la ANA, existen dificultades para la realización de un análisis exhaustivo, debido a la variabilidad de los términos empleados para describirla y la diversidad en las definiciones operativas (18). No obstante, la última actualización del DSM-5 permitió obtener un mayor alcance para su detección (1,8,12,16,19,21,22). La mayoría de los estudios de la presente revisión coinciden en el cambio de la prevalencia con la transición del DSM IV al DSM V.

En este sentido, Harrop et al, hallaron que el número de casos de ANA superó a los de AN. De manera puntual, se detectó que en la mitad de los estudios las tasas de prevalencia de la ANA a lo largo de la vida duplican o incluso triplican las de la AN. Sin embargo, en estudios consecutivos la ANA estuvo frecuentemente menos representada. En el 79% de los estudios revisados por Harrop et al, se observó que las personas con AN representaban una proporción significativamente mayor de casos atendidos en comparación con aquellos con ANA. Las tasas de AN fueron mucho más altas, llegando a ser de 1,5 a 17 veces más comunes que las de ANA. En contraposición, un porcentaje menor de trabajos (17%), hallaron resultados inversos (8).

La diversidad de los resultados puede relacionarse con los contextos particulares y con el incremento en la proporción de adolescentes con diagnóstico de ANA. Harrop et al reporta un aumento del 8 al 47% durante un período de 6 años, en comparación con AN (8,12). Adicionalmente, no puede dejar de mencionarse la pandemia Covid.19. Según Agostino et al, los casos de ANA tuvieron un crecimiento significativo durante y post pandemia, tanto en los pacientes ambulatorios, en más de un 60%, como en

hospitalizados, que casi triplicaron sus tasas en comparación con las prepandémicas (14).

A pesar del incremento en el número de pacientes con ANA detectado durante el período de pandemia Covid-19, persisten limitaciones para recabar datos sobre su prevalencia, tales como la cantidad de estudios hallados y la diversidad de las poblaciones encuestadas respecto a la edad, el país y el género. Los estudios incluidos en la presente revisión coinciden en que es necesaria una investigación más amplia y exhaustiva que incorpore poblaciones más diversas para comprender mejor la carga global de la ANA. Aunque se observó que la presencia de la ANA parecía ser menor en las muestras de tratamiento, no todos los estudios proporcionaron información sobre los indicadores de gravedad tanto de la ANA como de la AN. Por lo tanto, resulta difícil determinar si la menor representación de individuos con ANA se debe a una disminución en las necesidades clínicas o a la insuficiente admisión de individuos con ANA (1,8,12,16-19,21-23).

En consecuencia, aún no está esclarecida la prevalencia de la ANA en pacientes ambulatorios y hospitalizados y cómo se compara con la proporción de personas con AN (8,11,14,15,17). Asimismo, existen pocos estudios que abordan el sexo masculino; la mayoría de los estudios fueron realizados en mujeres, representando una desventaja al momento de realizar comparaciones. En definitiva, la necesidad de obtener criterios de diagnóstico más específicos y la importancia de la investigación para mejorar la comprensión y el abordaje clínico es un punto clave en las limitaciones que presenta la detección de ANA (19).

En cuanto a los aspectos clínicos, Brennan et al. y Vo M et al., resaltan que los pacientes con ANA se caracterizan por presentar normopeso y pueden presentar parámetros bioquímicos normales. Sin embargo, tanto la rapidez como la magnitud de pérdida de peso perpetúan el riesgo clínico en los grupos con bajo peso como en aquellos sin esta condición. Se destaca el estudio de Brennan et al, que halló que la ANA perdió más peso que la AN (17,6 kg frente a 11 kg) y no se observaron diferencias significativas en las tasas de bradicardia (24% frente a 33%) y TA (43% frente a 38%) entre los grupos (12). Vo M et al. coinciden en que la desnutrición en ANA puede ocasionar bradicardia e hipotensión ortostática, considerando que las tasas de bradicardia en ANA se atribuyen a una respuesta de hibernación por la ingesta calórica inadecuada. Dicho estudio establece

que la duración prolongada de la pérdida de peso impacta en la disminución del fósforo sérico (12,21).

Considerando que muchas veces el personal de salud no tiene en consideración el peso perdido en función del tiempo y que no se realice un seguimiento acorde, esto puede conducir a que pacientes que presentan ANA deriven en AN (8,14,23). Garber, menciona que "*para captar mejor la diversidad de los pacientes con TCA restrictivos, se debe ir más allá de la delgadez"* (17).

En relación con la DMO, estudios hallaron que la reducción en los valores de IMC, masa muscular y vitamina D, junto con una mayor duración de la enfermedad, se asociaron con una menor DMO. En los estudios de Schorr et al (2017 y 2019), se detectó que los pacientes con ANA tenían una DMO más alta que los pacientes con AN, pero menor que los controles sanos. Se resalta que la mayoría de las mujeres con ANA presentaron como antecedentes bajo peso, lo cual pudo afectar y derivar en una baja DMO (10,15).

Como resultado, los estudios mencionados consideran que la rápida pérdida de peso en ANA, combinada con el historial de bajo peso, podría contribuir al deterioro de la DMO. De este modo, la ausencia de antecedentes de un bajo IMC podría ser protector frente a la baja DMO en mujeres con ANA. Al comparar la DMO de ANA con personas sanas, los estudios de Schoor et al (2017, 2019) y Nagata et al, hallaron que ANA poseen valores de masa magra y masa grasa significativamente más bajos, ocasionado un mayor riesgo de padecer baja DMO a largo plazo (10,11,15).

Es necesario recalcar que una pérdida de peso rápida y severa se relaciona con complicaciones clínicas que pueden requerir de hospitalización, independientemente del peso corporal del individuo. En los estudios de Brennan et al, Schoor et al (2017,2019) y Pauls et al, se observó que los adolescentes que presentaron un peso inicial más elevado experimentaron una pérdida de peso de mayor magnitud en comparación con aquellos que poseían un peso inicial más bajo. Todos estos factores, generan un deterioro clínico grave, independientemente del peso al momento de su ingreso, provocando alteraciones electrolíticas, bradicardia e hipofosfatemia. La velocidad y magnitud de la pérdida de peso contribuyen a la mayor inestabilidad (12,15,22). Por lo mencionado hasta aquí, se

destaca la importancia de una evaluación precoz y continua del paciente, ya que la identificación temprana de su diagnóstico evitaría complicaciones mayores (21, 18).

Una limitación en los estudios analizados es la falta de datos sobre la prevalencia de antecedentes de bajo peso en las muestras estudiadas. Aunque las complicaciones clínicas se abordan en pacientes con ANA que han tenido bajo peso en el pasado, es posible que haya una parte significativa de ellos que nunca registró bajo peso o desarrolló el trastorno a causa de sobrepeso u obesidad. Esto sugiere que los participantes de la investigación podrían no ser representativos de todas las muestras comunitarias. En consecuencia, se necesita una investigación más minuciosa para recabar datos específicos sobre aspectos clínicos (15).

De acuerdo con los aspectos psicológicos, los estudios coinciden en que los pacientes con ANA presentan ansiedad o depresión y en muchas oportunidades ideas suicidas, además de sentimientos de ineficacia y sensibilidad interpersonal, relacionados con el acoso por su apariencia. Es por ello que se observó un mayor impulso hacia la delgadez en los adolescentes con ANA (22). Por otro lado, en pacientes adolescentes con peso más elevado, resulta desafiante para los padres aceptar el tratamiento y reconocer la urgencia médica. Es difícil convencer a la familia sobre la gravedad de la enfermedad, incluso cuando el adolescente no parece estar desnutrido y logra perder peso (1,3,15).

La pandemia Covid-19 se relacionó con un deterioro general de la salud mental y el comportamiento en personas con AN y ANA. En Canadá, el período de pandemia fue un factor desencadenante, donde hubo un aumento del 40% de dichos TCA, debido a la exacerbación de los síntomas asociados con la ansiedad, el aislamiento social y la reducción del contacto. Se reportó un empeoramiento de la sintomatología por la falta de distracciones y la continua exposición a mensajes estresantes en las redes sociales. También, se evidenció un aumento en los trastornos del sueño y una disminución en la regulación emocional (12). Los estudios de Brennan et al y Schlissel AC et al, encontraron que la falta de apoyo social y la interrupción de la atención médica, se identificaron como factores predisponentes a la psicopatología comórbida, que incluye depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo (12,23).

Al abordar los aspectos clínicos y psicopatológicos, si bien el cambio en el diagnóstico permitió tener mayor especificidad del trastorno en su identificación, los

pequeños tamaños de las muestras y el reducido número de estudios de cohortes longitudinales multicéntricos para identificar los factores de riesgo influyen en la capacidad de análisis estadístico impidiendo analizarlo de forma cuantitativa. Además, la AN y la ANA presentan una psicopatología asociada y específica de un TCA igualmente grave, por lo que distintos estudios tienen divergencias en la ampliación del DSM-5, ya que los criterios para los trastornos alimentarios del espectro AN no diluyeron la gravedad de la psicopatología. A su vez, investigaciones coinciden que se necesitan estudios más amplios para comprender mejor los factores que facilitan la identificación temprana, el inicio y la finalización del tratamiento en adolescentes con ANA (1,3,10,12,15,22).

En lo que respecta a la frecuencia de hospitalizaciones, Harrop et al, observaron que en el 71% los casos de ANA representaban al menos el 10% de la población de estudio, incluyendo tanto derivaciones como ingresos a centros de urgencias. Además, se observó un aumento significativo en las tasas de derivación y admisión para ANA, con un quíntuple incremento en los casos entre los años 2008 y 2014. En las presentaciones subumbrales de TCA, la ANA tendió a ser la manifestación más común. A su vez, se destacó un aumento del 154% en el número de pacientes hospitalizados antes y después de la pandemia, donde más de la mitad de los estudios incluyeron participantes de países europeos, y en menor proporción de Asia, América del Norte, Oceanía y Medio Oriente (23). Una limitación importante fue que no se encontraron datos comparables entre los diferentes países a nivel mundial; más bien se limitaron a países específicos.

En consonancia, en Chile se observó un aumento significativo en el número de hospitalizaciones entre los años 2017 y 2020, siendo el 91,7% por AN y el 8,3% por ANA (9). De igual modo, Coll et al detectaron que a nivel mundial el aumento de las hospitalizaciones después del inicio de la pandemia de COVID-19 fue significativo. Tanto ANA como AN tuvieron mayor frecuencia de internación por complicaciones clínicas, a pesar de que la duración promedio de la enfermedad fue más corta (9). Conviene subrayar que la frecuencia de hospitalizaciones puede no vincularse exclusivamente con las complicaciones físicas, sino también pudo ocurrir debido a complicaciones psicológicas, como la depresión y las ideaciones suicidas. Resulta importante identificar las causas de estas variaciones, ya que serían útiles para la prevención y manejo tanto de la AN como ANA (9).

Dentro de las limitaciones de los estudios se destacan la escasa cantidad de investigaciones que examinan la frecuencia de la ANA, la diversidad de las poblaciones, las variadas definiciones operativas utilizadas y la heterogeneidad en las tasas de prevalencia informadas (8). De igual manera, los datos arrojados en los estudios encontrados sobre la comparativa de hospitalizaciones entre ANA y AN, tampoco aportaron datos concluyentes, ya que la mayoría limitan sus índices a los períodos pre y post pandemia Covid-19.

Finalmente, es importante destacar el rol del Licenciado en Nutrición, tras los cambios en el diagnóstico, realizando una detección precoz de los casos de ANA y priorizar su abordaje individual. La identificación y el seguimiento continuo evitará la aparición de otros trastornos y complicaciones clínicas de mayor magnitud. Se deberá estar alerta ante pacientes que presenten una pérdida de peso significativa en cortos periodos de tiempo. El propósito como profesionales de la salud es lograr modificaciones en los hábitos alimentarios que puedan sostenerse a lo largo del tiempo y mejoren la calidad de vida. Por último, se destaca el trabajo interdisciplinario para garantizar un enfoque integral en el cuidado del individuo.

CONCLUSIÓN

La nueva incorporación y cambio en el diagnóstico de la ANA, ha generado una mirada significativa en el enfoque y la comprensión del TCA. Su inclusión permitió detectar la prevalencia de nuevos casos y reconocerla como una condición propia. El DSM-5 facilitó una mayor atención y estudio, lo que podría mejorar la identificación temprana y un tratamiento adecuado para los pacientes que la padecen. Sin embargo, en muchas ocasiones, la derivación a centros de atención y hospitalizaciones ocurren cuando el paciente ya posee un bajo peso corporal. Una detección a tiempo de la ANA evitaría complicaciones clínicas y déficits nutricionales, que sin un seguimiento apropiado derivarán en AN, debido a la velocidad de la pérdida de peso.

Si bien, la mayoría de los estudios hallaron una mayor proporción de pacientes derivados, admitidos y hospitalizados con AN en comparación con ANA, su prevalencia se encuentra en ascenso. A su vez, tanto las complicaciones clínicas como los aspectos psicopatológicos pueden ser similares en la AN y la ANA.

Aún se requiere más investigación para comprender completamente cuán prevalente es la ANA, sus criterios y el curso clínico, así como para generar un enfoque

de tratamiento eficaz y adaptado a las necesidades individuales. Es importante destacar que su incorporación es un paso importante hacia una perspectiva más completa y hacia una atención clínica más efectiva del paciente, que permita abordarlo de manera integral a través del trabajo multidisciplinario.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés con relación a este manuscrito para divulgar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, et al. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. Braz J Psychiatry. junio de 2021;43(3):314-23.

2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª ed., 2.ª reimp. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2016.

3. Kimber M, Dimitropoulos G, Williams EP, Singh M, Loeb KL, Hughes EK, et al. Tackling mixed messages: Practitioner reflections on working with adolescents with atypical anorexia and their families. Eat Disorder. 3 de septiembre de 2019;27(5):436-52.

4. Quiroga S. Prevalencia e incidencia en la actualidad: Trastornos de la conducta alimentaria En: Encrucijadas, no. 46. marzo 2009 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: http://repositoriouba.sisbi.uba.ar/gsdl/collect/encruci/index/assoc/HWA_258.dir/258.PDF

5. National Eating Disorders Association [Internet]. Estadísticas de los Trastorno de la Conducta Alimentaria. 2016 [citado 21 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Estad%C3%ADsticas%20de%20los%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf

6. Sociedad Argentina de Pediatría. Covid-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en fases iniciales. [Internet]. 2021 [citado 21 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf

7. Defensoría del pueblo CABA. Día Mundial de Acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el mensaje de la Defensoría - Defensoría del Pueblo CABA [Internet]. [citado 21 de octubre de 2023]. Disponible en: https://defensoria.org.ar/noticias/dia-mundial-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-el-mensaje-de-la-defensoria-2/

8. Harrop EN, Mensinger JL, Moore M, Lindhorst T. Restrictive eating disorders in higher weight persons: A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. Intl J Eating Disorders. agosto de 2021;54(8):1328-57.

9. Coll PM. Javiera Romero T.1, Gustavo Moncada U.1, Genoveva Hernández M.1, Matías Rodríguez F. Hospitalizaciones por anorexia nerviosa y nerviosa atípica en Chile durante los años 2017-2020. Revista Anacem. Edición especial - Salud mental octubre 2021.

10. Schorr M, Drabkin A, Rothman MS, Meenaghan E, Lashen GT, Mascolo M, et al. Bone mineral density and estimated hip strength in men with anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. Clinical Endocrinology. junio de 2019;90(6):789-97.

11. Nagata JM, Garber AK, Buckelew SM. Weight restoration in atypical anorexia nervosa: A clinical conundrum. Intl J Eating Disorders. noviembre de 2018;51(11):1290-3.

12. Brennan C, Illingworth S, Cini E, Bhakta D. Medical instability in typical and atypical adolescent anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. J Eat Disord. 6 de abril de 2023;11(1):58.

13. Fisher M, Gonzalez M, Malizio J. Eating disorders in adolescents: ¿how does the DSM-5 change the diagnosis? International Journal of Adolescent Medicine and Health. 1 de noviembre de 2015;27(4):437-41.

14. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. JAMA Netw Open. 7 de diciembre de 2021;4(12): e2137395.

15. Schorr M, Thomas JJ, Eddy KT, Dichtel LE, Lawson EA, Meenaghan E, et al. Bone density, body composition, and psychopathology of anorexia nervosa spectrum disorders in *DSM-IV* vs *DSM-5*. Intl J Eating Disorders. abril de 2017;50(4):343-51.

16. Strand M, Zvrskovec J, Hübel C, Peat CM, Bulik CM, Birgegård A. Identifying research priorities for the study of atypical anorexia nervosa: A Delphi study. Intl J Eating Disorders. octubre de 2020;53(10):1729-38.

17. Garber AK, Cheng J, Accurso EC, Adams SH, Buckelew SM, Kapphahn CJ, et al. Weight Loss and Illness Severity in Adolescents With Atypical Anorexia Nervosa. Pediatrics. 1 de diciembre de 2019;144(6): e20192339.

18. Masheb RM, Ramsey CM, Marsh AG, Snow JL, Brandt CA, Haskell SG. Atypical Anorexia Nervosa, not so atypical after all: Prevalence, correlates, and clinical severity among United States military Veterans. Eating Behaviors. abril de 2021; 41:101496.

19. Birgegård A, Mantilla EF, Breithaupt LE, Borg S, Sanzari CM, Padalecki S, et al. Proposal for increasing diagnostic clarity in research and clinical practice by renaming and reframing atypical anorexia nervosa as “Restrictive Eating Disorder” (RED). Eating Behaviors. agosto de 2023; 50:101750.

20. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. abril de 2017;47(4):70-84.

21. Vo M, Golden N. Medical complications and management of atypical anorexia nervosa. J Eat Disord. 16 de diciembre de 2022;10(1):196.

22. Pauls A, Dimitropoulos G, Marcoux-Louie G, Singh M, Patten SB. Psychological characteristics and childhood adversity of adolescents with atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa. Eating Disorders. 4 de marzo de 2022;30(2):210-22.

23. Schlissel AC, Richmond TK, Eliasziw M, Leonberg K, Skeer MR. Anorexia nervosa and the COVID-19 pandemic among young people: a scoping review. J Eat Disord. 20 de julio de 2023;11(1):122.