



TRABAJO DE FIN DE GRADO

CONVOCATORIA MAYO 2025

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL
TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:
PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y APOYO EMOCIONAL”**

“NURSING INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF
EATING DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE:
PREVENTION, DETECTION, AND EMOTIONAL SUPPORT”

Autora: María Sánchez Campelo (msc676@alumnos.unican.es)

Directora: Sonia Mateo Sota

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria

Curso 2024/2025

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC.

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
2.1. Justificación	5
2.2. Objetivos.....	5
2.2.1. Objetivo general.....	5
2.2.2. Objetivos específicos.....	5
2.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	6
2.4. Breve descripción de los capítulos.....	9
3. Capítulo 1: Epidemiología y factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.	10
4. Capítulo 2: Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia: tipos, manifestaciones clínicas y diagnóstico.	15
5. Capítulo 3: Papel de la enfermería en la prevención, detección y abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.....	21
6. Conclusiones.....	27
7. Bibliografía.....	28
8. Anexos.....	32

1. Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones psicológicas que perturban la relación de las personas con la comida y su percepción corporal. Son comunes en niños y adolescentes y pueden generar un impacto negativo en su crecimiento físico, emocional y social en esta etapa de su vida. En casos graves, pueden provocar complicaciones médicas importantes e incluso pueden poner en riesgo la vida.

En los últimos años se ha observado un incremento en la prevalencia de estos trastornos, relacionado con la influencia de las redes sociales. Estas plataformas difunden ideales estéticos irrealistas, lo que contribuye a la interiorización de estándares de belleza inalcanzables y al desarrollo de una preocupación excesiva por el peso corporal y la imagen física. A esto se suman otros factores como el estrés académico, los conflictos familiares o problemas emocionales que también pueden favorecer su desarrollo.

La detección temprana es crucial para prevenir complicaciones y facilitar un tratamiento adecuado. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en este proceso. Los enfermeros tienen la capacidad de identificar signos tempranos, brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias y trabajar en coordinación con otros profesionales sanitarios para ofrecer un enfoque integral y personalizado.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Pediatría, Atención de enfermería, Prevención Primaria.

Abstract.

Eating disorders (Eds) are psychological illnesses that disturb individuals' relationship with food and their body image perception. These disorders are common in children and teenagers, and they can negatively impact their physical, emotional and social development at this stage of life. In severe cases, they can lead to significant medical complications and can even be life-threatening.

In recent years, there has been an increase in the prevalence of these disorders, related to the influence of social media. These platforms spread unrealistic aesthetic ideals, which contributes to the internalization of unattainable beauty standards and the development of excessive concern about body weight and physical image. Added to this are other factors such as academic stress, family conflicts, or emotional problems that can also contribute to its development.

Early detection is crucial to prevent complications and facilitate an appropriate treatment. Nurses play a fundamental role in this process. Nurses have the ability to identify early signs, provide emotional support to patients and their families and work in coordination with other healthcare professionals to offer a comprehensive and personalized approach.

Key words: Feeding and Eating Disorders, Pediatrics, Nursing Care, Primary Prevention.

2. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades multicausales del ámbito psiquiátrico, relacionadas con la forma en la que una persona se comporta frente a la comida, su peso o su imagen corporal. Esta relación poco saludable con la comida puede desencadenar en trastornos físicos, pero también emocionales y mentales y, por tanto, tener consecuencias graves para la salud física y mental de quien los sufre. Estos trastornos se pueden desarrollar por una combinación de factores psicoemocionales, interpersonales, sociales y conductuales que hacen que estas personas lleguen al punto de poner en peligro su salud (1).

Estas alteraciones de los hábitos alimenticios tienen síntomas físicos comunes que han de ser evaluados, incluyendo el reflujo gastroesofágico, el estreñimiento, náuseas, dolor en el pecho, debilidad, caída de cabello, calambres musculares, palidez, intolerancia al frío... entre otros. Estos síntomas cambian con los años y según la evolución cognitiva del paciente, por lo que hay que identificarlos de manera temprana e intervenir para prevenir que estas enfermedades graves no tengan peores consecuencias (2).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) publicado en 2022, existen tres tipos principales de trastornos alimentarios: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracón. Aunque estos trastornos se identificaron por primera vez en el siglo XVII, su incidencia ha aumentado drásticamente a finales del siglo XX, influida en gran medida por la presión social y los ideales corporales promovidos por los medios de comunicación. Este contexto genera insatisfacción corporal, obsesión con la alimentación y control de peso de manera poco saludable (3).

Existen diversas condiciones socioambientales específicas que actúan como factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Entre las más comunes se encuentran las burlas o insultos provenientes del entorno cercano, la presión social, las críticas frecuentes y el acoso. Además, diferentes eventos vitales traumáticos, como la separación de los padres, abusos sexuales y físicos en la infancia y la disonancia familiar incrementan la susceptibilidad o predisposición a padecer este tipo de trastornos (4).

Estudios recientes señalan que personas homosexuales, transgénero o no binarias tienen entre dos y cuatro veces mayor riesgo de presentar síntomas de trastornos alimentarios o conductas alimentarias anormales en comparación con personas cisgénero (2).

Debido a su naturaleza multifactorial, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran enfermedades de elevada complejidad en las que intervienen muchos factores psicológicos, como una baja autoestima o la dificultad para gestionar emociones y comunicarse; sociológicos vinculados con la presión social y cultural; y biológicos, relacionados con las alteraciones de algunas hormonas o neurotransmisores como la serotonina (3).

En este contexto, el papel de la enfermería es fundamental en el tratamiento y la prevención de este tipo de trastornos y su intervención es esencial, porque se encarga del cuidado físico del paciente, educando en hábitos saludables, y de brindar apoyo emocional, facilitando la recuperación y mejorando la calidad de vida de las personas afectadas (3).

2.1. Justificación

He elegido realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) porque considero que es un tema de gran relevancia y actualidad. Cada vez se detectan más casos de personas, especialmente entre la gente joven, lo que refleja una problemática creciente en nuestra sociedad.

Los TCA además de afectar a la salud física, afectan al bienestar emocional y psicológico de quienes los padecen, lo que supone un problema preocupante que requiere mayor visibilidad y concienciación. En mi entorno cercano, conozco personas que han pasado dificultades relacionadas con la alimentación, por lo que he podido comprender y ver de primera mano el impacto que estos trastornos pueden tener en la vida de alguien y en sus seres queridos.

Por otro lado, siempre he considerado la alimentación como algo fundamental para la salud y el desarrollo, especialmente en los niños. Una buena alimentación en la infancia favorece el crecimiento sano y puede prevenir la aparición de hábitos alimentarios perjudiciales en un futuro.

Por estas razones, creo que investigar sobre los TCA me servirá como una oportunidad para aprender más sobre sus causas, consecuencias y maneras de prevención, contribuyendo así a la sensibilización y comprensión de esta problemática.

2.2. Objetivos

A continuación, se muestran los objetivos que se pretenden conseguir con la elaboración del trabajo y en base a lo expuesto anteriormente.

2.2.1. Objetivo general

- Analizar la prevalencia, características y factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en la juventud, identificando los tipos más comunes y el papel de la enfermería en su abordaje.

2.2.2. Objetivos específicos

- Definir la prevalencia y la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en los últimos años.
- Identificar los tipos de TCA que más prevalecen entre la juventud, cómo detectarlos, cómo diagnosticarlos en base a unos criterios y cómo comenzar a tratarlos.
- Examinar la influencia de la publicidad, medios de comunicación y redes sociales en la propagación de ideales de belleza alejados de la realidad.
- Analizar los resultados obtenidos en los pacientes después de llevar a cabo intervenciones por parte del personal de enfermería.

2.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes revistas, artículos científicos, guías de práctica clínica y libros. Para ello se han consultado diferentes bases de datos en español y en inglés: Dialnet, UCreá, Google Académico y, especialmente, en Pubmed, realizando el acceso a través de la Biblioteca Digital de la Universidad de Cantabria.

Para realizar la búsqueda se ha empleado vocabulario estructurado con los Descriptores de Salud (DeCS) y su traducción al inglés mediante los Medical Subject Heading (MeSH) (*tabla 1*). Además, para llevar a cabo una búsqueda más concreta y centrada en lo que se quería encontrar, se utilizaron combinaciones de los operadores booleanos AND (Y), OR (O) y NOT (NO) (*tabla 2*).

Tabla 1. Correspondencia entre términos Desh y Mesh.

DeCS	MeSH
Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos	Feeding and Eating Disorders
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Bulimia Nerviosa	Bulimia Nervosa
Trastorno por Atracón	Binge-Eating Disorder
Pediatría	Pediatrics
Atención de Enfermería	Nursing Care
Prevención Primaria	Primary Prevention

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos Mesh y Desh.

Este trabajo comenzó a elaborarse en noviembre de 2024 y la búsqueda de material bibliográfico ha continuado hasta marzo de 2025. Sin embargo, se marcó en el filtro de cada base de datos que los documentos que se ofreciesen no excediesen de 2019, dando un margen de cinco años hasta la actualidad. Además, se incluyó el filtro “*free full text*” para poder leer los artículos completos y no solo su resumen o introducción.

En un principio se consultan diferentes estudios para hablar sobre la prevalencia y el aumento de casos en los últimos años, seguido de una investigación acerca de los trastornos de alimentación más frecuentes entre la juventud. La búsqueda se centró en documentos que tratasen la importancia del papel de enfermería en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, así como la prevención, la detección y el diagnóstico.

2.3.1. Justificación de la Búsqueda.

Debido a la gran cantidad de artículos encontrados en la búsqueda inicial, no ha sido posible leer los títulos y resúmenes de todos los artículos encontrados en las bases de datos. Por lo tanto, se utilizó un enfoque pragmático: se seleccionaron aquellos artículos que, a simple vista, parecían estar directamente relacionados con el tema del estudio. La búsqueda fue enfocada en artículos publicados en castellano o inglés entre 2019 y 2025, garantizando que los artículos fueran actuales y pertinentes.

2.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.

En cuanto a los criterios de inclusión, se han seleccionado artículos redactados en castellano o en inglés, además de todos los relacionados con el foco del estudio y aquellos publicados entre el año 2019 y 2025.

En lo referido a los criterios de exclusión, se prescindió de aquellos artículos a los que no se pudiera acceder completamente, los que no estuvieran directamente relacionados con el objetivo del trabajo, los publicados fuera del rango de fechas y aquellos redactados en idiomas diferentes al inglés o castellano.

2.3.3. Selección de Artículos.

Una vez aplicada la búsqueda y establecidos los filtros, se seleccionaron 35 documentos que cumplieran con los criterios establecidos para la redacción del trabajo. Esto muestra que, a pesar de la gran cantidad de artículos en la búsqueda, solo se eligieron aquellos que fueron más relevantes y accesibles.

Para la búsqueda de los artículos empleados, se utilizan diferentes palabras clave o descriptores en ciencias de la salud combinados con los operadores booleanos AND (Y), OR (O) y NOT (NO).

Tabla 2. Estrategia de búsqueda de las bases de datos utilizadas.

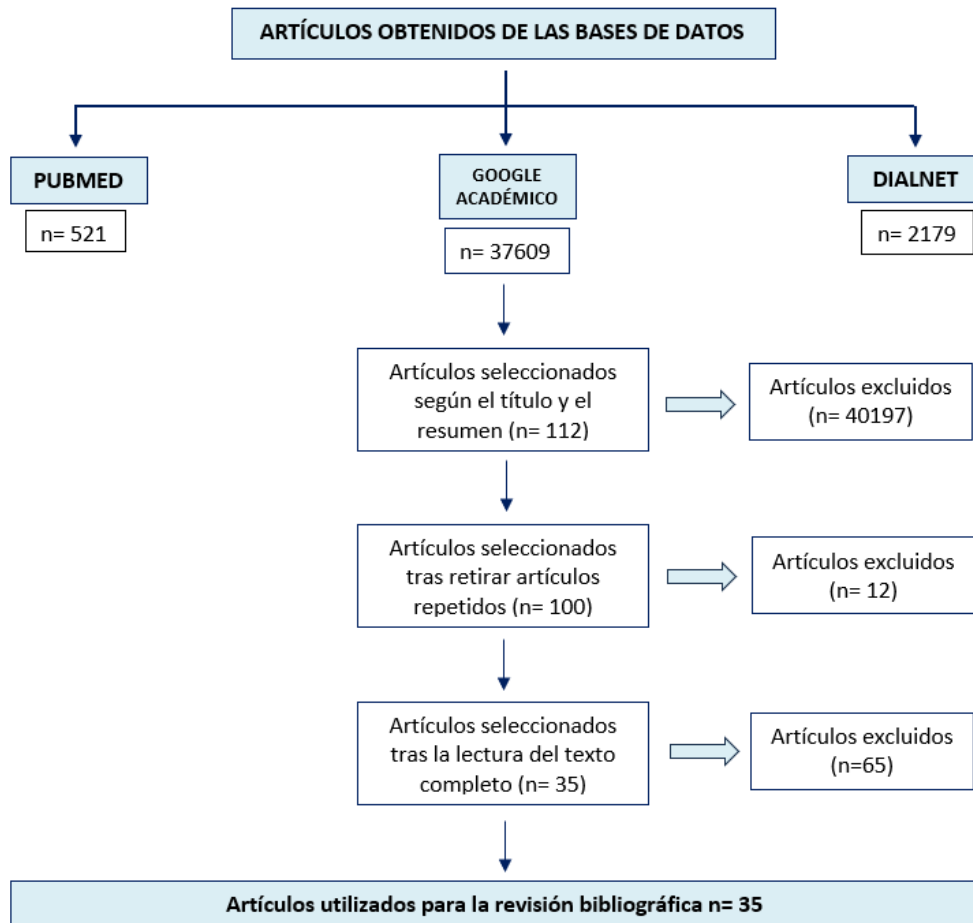
BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS
PUBMED	((“Feeding and Eating Disorders”) AND (“Pediatrics”)) NOT (“Adult”)	388
	((“Feeding and Eating Disorders”) AND (“Nursing Care”) AND (“Pediatrics”)) NOT (“Adult”)	23
	((“Feeding and Eating Disorders”) AND (“Social Media”) AND (“Pediatrics”)) NOT (“Adult”)	6
	(“Feeding and Eating Disorders”) AND (“Suicide”) AND (“Pediatrics”)	15
	((“Binge-Eating Disorder”) AND (“Pediatrics”)) NOT (“Adult”)	77
	(“Primary Prevention”) AND (“Feeding and Eating Disorders”) AND (“Pediatrics”)	12
GOOGLE ACADÉMICO	((“Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos”) Y (“Pediatria”)) NO (“Adulto”)	16200
	((“Trastorno por Atracón”) Y (“Pediatria”)) NO (“Adulto”)	620
	((“Prevalencia”) Y (“Bulimia Nerviosa”) Y (“Pediatria”)) NO (“Adulto”)	2380
	((“Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos”) Y (Atención de Enfermería”) Y (“Pediatria”)) NO (“Adulto”)	8500
	(“Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos”) Y (Atención de Enfermería”) Y (Apoyo Emocional) Y (“Pediatria”)	7730
DIALNET	“Trastornos de la Conducta Alimentaria”	2179

Fuente: elaboración propia.

2.3.4. Diagrama de flujo.

Los artículos consultados para la realización del trabajo han sido extraídos de tres bases de datos: Pubmed, Google Académico y Dialnet. Una vez realizada la búsqueda con los filtros anteriormente mencionados y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se revisan los resúmenes y los títulos de varios artículos para seleccionar los más relevantes. Finalmente, tras analizar los considerados más significativos, se redacta el trabajo en base a los 35 artículos seleccionados.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de base de datos y artículos.



Fuente: elaboración propia.

ClinicalKey se ha utilizado como recurso complementario para la elaboración del plan de cuidados, aportando información clínica práctica y actualizada. No se ha incluido en el flujograma ni en el recuento de artículos seleccionados, ya que no fue recuperado mediante una búsqueda sistemática con operadores booleanos ni palabras clave, y por tanto no forma parte de la revisión bibliográfica.

2.4. Breve descripción de los capítulos

A continuación, se presentan 3 capítulos que recogen datos e información que responden a los objetivos redactados anteriormente.

Capítulo 1: Epidemiología y factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

Este capítulo trata sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la población general, poniendo especial atención en niños y jóvenes. Se mostrarán datos estadísticos actuales para estimar la magnitud del problema, además de su evolución en los últimos años. También se analizará la influencia de la pandemia por el COVID-19 en el incremento de estos trastornos, dado que el confinamiento, la ansiedad y los cambios en la rutina diaria han exacerbado problemas preexistentes o dado lugar al desarrollo de nuevos trastornos. Adicionalmente, se examinarán los factores de riesgo más significativos vinculados a la aparición de estos trastornos, que incluyen factores genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales. En este contexto, se abordará también el aumento del riesgo de suicidio en personas afectadas por TCA, destacando cómo la gravedad de estos trastornos puede derivar en pensamientos suicidas y en casos extremos, suicidios. Por otro lado, se centrará particularmente en el rol de las redes sociales, los estándares de belleza fomentados en la publicidad y su influencia en la percepción de la imagen corporal, así como su impacto en la vulnerabilidad de los jóvenes a desarrollar estos trastornos.

Capítulo 2: Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia: tipos, manifestaciones clínicas y diagnóstico.

Este capítulo se enfocará en los desórdenes del comportamiento alimentario más comunes en la población infantojuvenil, tales como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y otros trastornos específicos o no específicos del comportamiento alimentario. Se desarrollarán sus principales rasgos, sus efectos físicos y psicológicos y los signos de alerta que pueden señalar la existencia de un TCA. Asimismo, se detallarán los criterios diagnósticos utilizados para identificar cada trastorno, basados en los manuales de referencia en salud mental, como el DSM-5 y la CIE-11. Además, se examinarán los retos en la identificación precoz y la diferenciación diagnóstica con otras afecciones médicas o psiquiátricas.

Capítulo 3: Papel de la enfermería en la prevención, detección y abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el último capítulo se examinará el rol crucial del equipo de enfermería en la prevención, identificación temprana y tratamiento de los TCA. Se tratarán las estrategias de prevención primaria, incluyendo la educación en hábitos alimentarios saludables y la promoción de una imagen corporal positiva en niños y adolescentes. Además, se especificarán las herramientas de cribado empleadas por el personal de enfermería para la detección precoz en casos sospechosos. Respecto al tratamiento, se detallará el papel de la enfermería en la intervención multidisciplinar, resaltando su función en el seguimiento clínico, el respaldo emocional al paciente y su familia, la educación terapéutica y la colaboración con otros expertos en salud. Además, se presentarán ejemplos de prácticas óptimas y protocolos de actuación en diferentes niveles de atención.

3. Capítulo 1: Epidemiología y factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

3.1. Introducción

El interés y el hincapié por los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en las últimas décadas por el incremento tan notable de los casos. Los trastornos de la conducta alimentaria son especialmente frecuentes entre los adolescentes, considerándose el principal problema de salud mental entre la población joven. Sin embargo, solo una minoría cumple con una definición diagnóstica, por lo complicado que es detectar este tipo de trastornos. Se define a los TCA como “enfermedades psiquiátricas graves en relación con la comida que se asocian con frecuencia con otras morbilidades, como la depresión, la ansiedad o el consumo de sustancias”. Esto último puede relacionarse con el hecho de compartir la acción sobre determinados neurotransmisores como la dopamina o la serotonina (5).

3.1.1. Prevalencia global y diferencias de criterios diagnósticos entre el DSM-IV y DSM-V.

A nivel mundial, la prevalencia de adolescentes con diferentes TCA previa al DSM-5, rondaba entre el 0,5% y el 1% en anorexia nerviosa y el 4% para la bulimia nerviosa, rozando el 14% los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Los cambios en los criterios diagnósticos a raíz de la publicación de DSM-5 supusieron un incremento de casos de bulimia y anorexia nerviosa, con la consecuente reducción de aquellos trastornos no especificados (6). Esto se debe a que el DSM-4 clasificaba los TCA en tres categorías principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE); el DSM-5 sigue manteniendo la misma clasificación básica, pero introduce el TCANE en una categoría separada para mantener mayor flexibilidad en el diagnóstico. Para diagnosticar la anorexia nerviosa en base al DSM-4 era necesario un peso corporal significativamente bajo y con el DSM-5 el peso debía estar por debajo del 5º percentil para la edad, sexo, altura y etapa del desarrollo. En el caso del diagnóstico de la bulimia nerviosa era necesario que las conductas purgativas ocurriesen al menos dos veces por semana durante tres meses y el DSM-5 introdujo la valoración de la “intensidad del comportamiento”. El trastorno por atracón se consideraba un TCANE, pero con la publicación del DSM-5 se convirtió en una categoría diagnóstica propia. Se hizo también más hincapié en la frecuencia de los atracones, manifestando que debían ocurrir al menos una vez por semana durante tres meses. Por último, se incorporó el trastorno de la alimentación selectiva y se eliminó el trastorno de la imagen corporal (7, 8).

En Europa la prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de 1-4%, la de la bulimia nerviosa es del 1-2% y la del trastorno por atracón de entre el 1 y el 4%. En los varones la prevalencia es menor, estando entre el 0,3 y el 0,7% englobando todos los TCA. En una publicación de Ruiz-Lázaro (2010) se recogieron varios estudios sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles llegando a la conclusión de que es mayor la prevalencia en mujeres, siendo esta del 3,4 al 6,4% y en los hombres del 0,27% al 1,7%. Sin embargo, la prevalencia de los TCA ha aumentado posiblemente en relación con el cambio acertado en los criterios diagnósticos del DSM-5 y la mejora de su detección, así como por la influencia de otros factores como las redes sociales o la falta de educación sobre salud mental (9).

3.1.2. Diferencias en la incidencia según el tipo de TCA.

En el caso de la anorexia nerviosa, los estudios epidemiológicos han hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 0,9-2% en niñas y mujeres adultas, mientras que en los varones es 10 veces menor, en torno al 0,1-0,3%. En las adolescentes, las formas subsindrómicas de AN se dan en el 1,1-3% de ellas. Sin embargo, la prevalencia a lo largo de la vida para la población general, ya sea en hombres o en mujeres, es del 2,4-4,3% según el DSM-5. El 50-70% de los adolescentes que sufren AN logran la remisión completa del trastorno, el 20% una remisión parcial, ya que continúan con síntomas residuales persistentes, y el otro 10-20% mantendrán la anorexia de manera crónica, requiriendo múltiples hospitalizaciones, o llegarán a la muerte (10).

El primer estudio de prevalencia del trastorno por atracón realizado en 1992 concluyó que la prevalencia del trastorno alcanza el 30,1% en individuos sometidos a tratamientos para la pérdida de peso, en comparación con un 2% en la población general. La Asociación Americana de Psiquiatría añade que este trastorno se inicia habitualmente en la adolescencia y estima que la persistencia de la enfermedad es de 4,3 años, algo menos que en el caso de la bulimia nerviosa (11).

La incidencia de bulimia nerviosa según el DSM-5 entre los 10 y 20 años de edad se estimó en 100 casos por cada 100.000 personas-año en la población general mientras que en mujeres se alcanzó una incidencia de 180 por cada 100.000 personas-año. Con estos datos se mostró una disminución significativa de la tasa de incidencia de BN según los criterios del DSM-4 en cuanto a las tres décadas previas. Las tasas de prevalencia de por vida para la bulimia nerviosa variaron de 0.3% a 4.6% en mujeres y de 0.1% a 1.3% en hombres (12).

3.2. Condiciones personales y factores asociados a los trastornos de conducta alimentaria.

La aparición y el mantenimiento de los TCA se debe a la interacción compleja de diversos factores biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales, siendo también condicionantes individuales la edad y el género de los que los padecen (6).

3.2.1 Distribución por edad y género.

Los trastornos alimentarios suelen aparecer más durante la adolescencia que en la niñez, especialmente entre los 12 y los 18 años. Sin embargo, dependiendo de diversos factores pueden comenzar a desarrollarse antes o después de este rango. Los estudios de población muestran que la tasa de incidencia de anorexia nerviosa se mantiene estable, mientras que aquella que se manifiesta de manera temprana y el trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos, antes de los 14 años, están aumentando en número de casos y gravedad (2).

Los niños suelen tener menos probabilidades de buscar tratamiento en comparación con las niñas, debido al estigma de sufrir un trastorno psiquiátrico y por la vergüenza que les genera. Los niños con trastornos alimenticios normalmente muestran menos preocupación por el peso, el deseo de delgadez o la insatisfacción corporal que las niñas. Ellas quieren estar delgadas, pero mayoritariamente ellos quieren ser más grandes y musculosos (2).

3.2.2 Factores genéticos y biológicos.

Por un lado, hay evidencias que demuestran que hay una fuerte contribución genética en AN y BN, aunque aún no se conozcan cuáles son las variantes genéticas relacionadas. Sí que hay estudios que adolescentes con familiares cercanos con antecedentes de TCA, depresión o ansiedad tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA. Factores fisiológicos como la pubertad y la malnutrición están asociados al desarrollo de estos trastornos, al igual que la desregulación en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico junto con alteraciones en los circuitos neurales a causa de factores neurobiológicos como la recompensa o el autocontrol. En adolescentes, los cambios hormonales pueden influir en el comportamiento alimentario, ya que hormonas relacionadas con el estrés y el metabolismo, como la insulina o el cortisol, pueden alterar los patrones de ingesta y emociones asociadas a la comida (6).

Son de gran importancia los factores individuales ya que pueden ser predisponentes para desarrollar estas enfermedades. Por un lado, en cuanto a la edad, se producen con mayor frecuencia en la adolescencia. Atendiendo al género, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. Si anteriormente la persona ha manifestado un trastorno afectivo o presenta antecedentes personales de afecciones similares, es más propenso a sufrir estos trastornos. Si a lo anterior le añadimos la influencia de la genética y tener un concepto bajo de sí mismo o presentar rasgos de personalidad obsesivos, se potencia la vulnerabilidad de la persona (14).

3.2.3. Factores psicológicos y psiquiátricos.

Respecto a los factores psicológicos, existe una amplia gama de ellos que actúan como predictores del inicio y mantenimiento de los TCA, ya sean temperamentales y de personalidad o cognitivos, conductuales y emocionales. El perfeccionismo, reacciones precipitadas en situaciones angustiantes, una autoestima baja, la depresión y la ansiedad y la insatisfacción corporal son factores psicológicos predisponentes para desarrollar un TCA. Además, patologías psiquiátricas como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tienen una fuerte conexión con los TCA porque desarrollan obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida, el peso o la imagen corporal. Las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) a menudo desarrollan TCA como una forma de lidiar con sus emociones, por la dificultad e impulsividad que tienen para gestionarlas. Desde la perspectiva de los factores socioambientales, se ha evidenciado que los comentarios de familiares respecto a la apariencia o hábitos alimentarios y las burlas y la presión percibida para alcanzar un ideal de delgadez influyen en la génesis y mantenimiento de los TCA (6).

3.2.4. Factores socioambientales.

Entre los principales factores socioambientales que favorecen el inicio de los trastornos alimentarios y, por ello, se consideran precipitantes o desencadenantes, son los comentarios críticos sobre la apariencia, así como las burlas y críticas hacia el cuerpo, los conflictos familiares no resueltos, los acontecimientos vitales estresantes, las variaciones de peso rápidas y bruscas y el inicio de dietas restrictivas sin supervisión a edades tempranas (6, 14).

Dentro de los factores socioambientales que influyen en el mantenimiento de los TCA se encuentra la presión percibida para ser delgado y lograr ese ideal tan soñado para algunos, la interiorización de este “ideal delgado” y las expectativas positivas asociadas a la delgadez propias de las culturas occidentalizadas, que aumentan el riesgo de patología alimentaria especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Por otro lado, también son factores socioambientales de mantenimiento el aislamiento social, la existencia de pensamientos negativos, la realización excesiva de actividad física y estar en un entorno que favorezca la pérdida de peso (6, 14).

3.3. Influencia de las redes sociales y los medios de comunicación.

Existe una relación positiva débil entre la adición a las redes sociales y los trastornos alimentarios, especialmente en la bulimia nerviosa y la obsesión por la comida. El uso excesivo de las redes sociales puede llevar a la aparición de patrones alimentarios anormales y desordenados. Una mayor exposición en las redes sociales, los anuncios y las promociones de marcas, aumenta en los jóvenes la presión para bajar de peso, lo que puede suponer que quieran evitar su cuerpo, la insatisfacción corporal, las dietas o comiencen con síntomas bulímicos (15).

Las redes sociales se adaptan continuamente a los intereses de sus usuarios y animan a su interacción constante, logrando ser así de influyentes. Destaca aquí el papel de los creadores de contenido o *influencers*, que actúan de modelos a seguir para muchos menores de edad cuya capacidad crítica está aún en desarrollo, con publicidades engañosas que impactan negativamente sobre la salud mental y física de quienes les siguen. Se genera entonces un círculo vicioso en el que los adolescentes replican lo que ven hacer a estos creadores y lo comparten con sus conocidos. Estas publicaciones en redes sociales promueven cánones de belleza basados en delgadez que permiten la comparación entre iguales y la preocupación por el peso, creando entornos digitales que potencian el desarrollo y mantenimiento de trastornos de la conducta alimentaria, al reforzar normas corporales restrictivas y generar presión sociocultural sobre la imagen corporal (16).

Los medios de comunicación tienen gran impacto psicológico especialmente sobre las mujeres adolescentes debido a la divulgación de estereotipos de belleza muy marcados. En redes sociales se pueden encontrar fácilmente consejos para bajar de peso rápidamente con dietas estrictas, el uso de laxantes o haciendo ejercicio intenso, donde los estándares de delgadez demuestran ser perfecto, creando inseguridades y llegando a provocar estos trastornos (17).

Las plataformas digitales pueden promover conductas de autolesión y trastornos alimentarios. Si un usuario ve accidentalmente un video sugerido sobre, por ejemplo, la anorexia, puede buscar otros videos similares y el algoritmo seguirá sugiriendo videos sobre este tema porque no es capaz de diferenciar aquello que es dañino de lo que no. En los videos se pueden encontrar personas que se apoyan mutuamente, se animan a perder peso e, incluso, se dan consejos de cómo hacerlo. De esta manera se está contribuyendo al desarrollo de comportamientos obsesivos relacionados con la alimentación y/o el ejercicio físico (18).

3.4. Tasas de suicidio relacionadas con los TCA en adolescentes.

La ideación suicida es común entre los adolescentes con TCA de bajo peso, especialmente aquellos que llevan una alimentación restrictiva tienen mayor probabilidad. Sin embargo, como la alimentación restrictiva se da en todos los diagnósticos de TCA, los datos que demuestran tasas más altas de pensamientos y conductas autolesivas en trastornos caracterizados por atracones/purgas no permiten descartar la posibilidad de que esta relación sea impulsada por una mayor restricción alimentaria (19).

La anorexia nerviosa presenta una de las tasas de mortalidad más elevada entre los trastornos psiquiátricos, siendo el suicidio es la segunda causa principal de muerte en esta población. Además, se observa una alta prevalencia de conductas autolesivas no suicidas. Las personas que padecen AN tienen un riesgo aproximadamente 5,2 veces mayor de fallecimiento prematuro de morir prematuramente y una probabilidad 18 veces mayor se morir por suicidio en comparación con la población general. Además, estas personas tienen mayor ideación suicida que la población en general. Aproximadamente un tercio de las personas con ideación suicida finalmente intentan suicidarse y un 60% de los casos ocurren en el primer año después del inicio de esta ideación. Sin embargo, la alimentación restrictiva está menos asociada con la tendencia suicida que los atracones o purgas, encontrando tasas elevadas de pensamientos y conductas suicidas en estos casos (19).

De las mortalidades que se informan en personas con trastornos de la conducta alimentaria, el suicidio es una de las causas de muerte informadas con mayor frecuencia. Una revisión descubrió que las tasas de suicidio eran mayores en casos de AN que en BN, ya que estas últimas no eran tan elevadas. Por el contrario, informó que los intentos de suicidio no letales ocurrieron en el 25-35% de los pacientes con bulimia nerviosa, en comparación con una tasa del 3-20% en pacientes con anorexia nerviosa. Teniendo en cuenta el alto riesgo de suicidio en la población que sufre TCA, es importante seguir examinando los factores de riesgo y las asociaciones con la prevalencia suicida en personas con trastornos alimenticios (20).

3.5. Impacto de la pandemia por covid-19 en los trastornos de la conducta alimentaria.

Otro aspecto que ha influido notablemente en el aumento de casos y ha agravado las consecuencias de los TCA es la pandemia por COVID-19. Tras esta pandemia se ha descrito un aumento de su incidencia en niños y adolescentes, manifestándose a edades más tempranas, y con un estado pondera y nutricional más deficiente. La principal causa de ello han sido las medidas orientadas a disminuir la propagación del virus, como los confinamientos en los domicilios y el distanciamiento social, que han contribuido al deterioro de la salud mental y se ha relacionado con niveles mayores de estrés y miedo. La interrupción de las actividades presenciales en las instituciones educativas y la reducción de las actividades deportivas, sumado al aumento en el uso de las redes sociales, fomentaron entre otros aspectos la propagación de noticias falsas y el acceso a contenido centrado en la estética y la imagen, aumentando el riesgo de desarrollar un TCA (21).

Un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría en 2024 describe a la perfección este incremento de la incidencia de TCA a nivel nacional, siendo especialmente relevante el aumento en el periodo posterior al confinamiento. En la población infanto-juvenil se duplicó el número de pacientes derivados tras el confinamiento y, una vez finalizado, se ha mantenido constante el incremento de casos. Se ha reportado un aumento en la frecuencia de atracones y la incidencia de trastornos alimentarios tras la pandemia, promovido por la pérdida de rutinas, el estrés y el sedentarismo. También ha aumentado la gravedad y han requerido hospitalización muchos de los jóvenes, especialmente por AN, tras la pandemia. Durante este periodo el tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue mayor de lo habitual, casi duplicándose el periodo pospandemia. Se puede atribuir como causa principal la reducción de la atención sanitaria presencial durante el confinamiento, donde las citas se sustituyeron por llamadas telefónicas, ignorando por completo el examen físico y limitando mucho la valoración psicosocial. Se demostró también que tras la pandemia estos pacientes tuvieron mayor incidencia de autolesiones y tentativas de suicidio (21).

4. Capítulo 2: Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia: tipos, manifestaciones clínicas y diagnóstico.

4.1. Anorexia nerviosa.

4.1.1. Definición y prevalencia del trastorno.

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por un peso corporal insuficiente y una preocupación exagerada por la figura corporal, acompañado de un miedo intenso a engordar y, muchas veces, de comportamientos que ayudan a prevenir el aumento de peso. Una ingesta insuficiente y prolongada de energía, vitaminas y nutrientes provoca inanición, es decir, la forma más extrema de malnutrición. Además, la salud de estas personas suele verse afectada durante muchos años y sufren numerosos efectos adversos en sus condiciones emocionales, sociales y en el desarrollo cognitivo. En ocasiones llevan asociados unos rasgos de personalidad característicos como el perfeccionismo, un bajo umbral de frustración, baja autoestima e impulsividad. La duración media de la anorexia nerviosa es de 3,4 años y, aproximadamente, dos tercios de los pacientes se recuperan de la enfermedad a largo plazo (22).

Este trastorno alimenticio es muy prevalente entre la juventud. Un metaanálisis publicado por Molecular Psychiatry en 2022 reveló un inicio máximo a los 15,5 años; 18% de todos los pacientes ya habían recibido un diagnóstico de AN a los 14 años, y el 55% a los 18. La prevalencia a lo largo de la vida es de hasta el 3,6% en mujeres y el 0,3% en hombres (22).

4.1.2. Tipos de anorexia nerviosa.

Tanto el DSM-5 como el CIE-11 clasifican la anorexia nerviosa en dos tipos: la anorexia nerviosa restrictiva y la anorexia nerviosa purgativa. En la anorexia nerviosa restrictiva el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos tres meses y la pérdida de peso se consigue a través de dietas, ayunos y/o exceso de actividad física. En la anorexia nerviosa purgativa la persona sí ha sufrido ansiedad convulsiva y conductas purgantes, relacionadas con el abuso de laxantes y diuréticos o enemas, en los últimos tres meses. La que más predomina en la adolescencia es la anorexia restrictiva, siendo esta en un 80% de los casos diagnosticados (2).

4.1.3. Criterios diagnósticos según el DSM-5.

El diagnóstico de anorexia nerviosa se basa, por un lado, en un peso inferior al normal. Según el DSM-5, el bajo peso en niños y adolescentes se considera cuando este se encuentra por debajo del quinto percentil de edad específico para el sexo y el IMC. En algunos casos el peso corporal se mantiene constante y el IMC disminuye gradualmente según el niño o la niña vaya creciendo en altura y aumentando su edad. Además de tener un peso inferior al normal, muchos tienen alteración de la imagen corporal y fobia al peso. Por otro lado, la anorexia nerviosa también puede ser diagnosticada basándose en ciertos patrones de pensamiento o comportamientos específicos como el miedo y la preocupación por la comida, cambios en el apetito, hiperactividad física, etc. Pueden surgir dificultades diagnósticas porque la persona presente una conducta alimentaria anormal oculta o una pérdida de peso que no se perciba. En caso de sospecha, será necesario un historial de peso y de actividad física, saber el comportamiento alimentario habitual, realizar un examen físico y del estado mental, determinar el IMC, etc. Al diagnosticar la anorexia nerviosa es necesario realizar unos análisis de sangre para el control del nivel sérico de leptina, que informa de la masa grasa del paciente. Es especialmente útil cuando los pacientes niegan la enfermedad a pesar de la evidencia clínica (22).

4.1.4. Evolución de la enfermedad y tratamiento.

La evolución de la AN es muy variable, puede ir desde una recuperación espontánea sin tratamiento, recuperación con tratamientos, una evolución fluctuante de aumentos de peso seguidos de recaídas o, incluso, una evolución gradualmente degenerativa que da lugar a la muerte por complicaciones que causa la desnutrición (23).

El tratamiento de los pacientes con AN puede realizarse en distintos niveles asistenciales y debe ser siempre multidisciplinar. El principal pilar del tratamiento es la psicoterapia, especialmente la TCC, destinada a aumentar la motivación a mantener un peso saludable y cesar las conductas propias del TCA y desarrollar una comprensión compartida de los problemas que subyacen de la enfermedad. Por otro lado, es fundamental el manejo nutricional dirigido a la corrección de las alteraciones nutricionales y al establecimiento de un manejo saludable y flexible de la alimentación y el peso. También la farmacología es una línea de tratamiento de la AN, aunque el papel de los psicofármacos en el manejo de los TCA es limitado y debería utilizarse únicamente para el tratamiento de la psicopatología comórbida. Se ha llegado a sugerir el uso de antipsicóticos como la olanzapina cuando el paciente está extremadamente agitado y se resiste a la comida, el empleo de la ciproheptadina en pacientes con anorexia nerviosa restrictiva por su efecto antiserotoninérgico y la amitriptilina, pero no se ha identificado un fármaco que suponga una mejora definitiva de los síntomas de la AN (23).

La finalidad del tratamiento es acortar la duración de la enfermedad y minimizar la mortalidad y el riesgo de enfermedad crónica. El principal objetivo es normalizar la conducta alimentaria, realizar un seguimiento del aumento de peso y mejorar la condición mental. La recuperación del peso es necesaria previamente a la recuperación mental para conseguir una mejor calidad de vida, pero no se considera un criterio suficiente de recuperación (22).

4.2. Bulimia nerviosa.

4.2.1. Definición y prevalencia del trastorno.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios de atracones seguidos. Los pacientes que tienen bulimia experimentan cambios en la imagen corporal y suelen tener un peso normal o, incluso, sobrepeso, por lo que es un trastorno difícil de detectar. Un atracón consiste en ingerir una cantidad excesiva de calorías en un periodo de tiempo corto con sensación, muchas veces, de “pérdida de control”. En ocasiones a esto se le añade conductas purgativas como pueden ser el vómito autoinducido, una actividad física intensa o el abuso de laxantes y diuréticos (24).

Los pacientes con bulimia presentan baja autoestima, impulsividad y dificultades a la hora de relacionarse, puesto que suelen tener además trastornos afectivos, depresión y ansiedad. La comorbilidad con trastornos de la personalidad hace que el tratamiento de este trastorno sea más difícil y pueda empeorar el pronóstico, porque puede provocar además un mayor riesgo de suicidio, autolesiones, abuso de drogas y alcohol, etc. (2).

Las estimaciones de prevalencia de la BN oscilan entre un 1,2% y 4% en las mujeres jóvenes, siendo más prevalente esta que la AN, aunque a menudo su inicio se produzca en etapas más avanzadas de la adolescencia que la anorexia nerviosa. La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años (23).

4.2.2. Tipos de bulimia nerviosa.

El DSM-5 clasifica la BN en función de los comportamientos asociados, por lo que puede ser purgativa o no purgativa. Estas purgas consisten en conductas posteriores a los atracones para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido o el uso de laxantes y diuréticos. En el caso de la BN sin purgas, la persona recurre a comportamientos como el ejercicio excesivo o el ayuno prolongado para contrarrestar los efectos de los atracones (8).

4.2.3. Criterios diagnósticos según el DSM-5.

El diagnóstico de la BN según el DSM-5 se basa, por un lado, en episodios recurrentes de atracones de una cantidad de alimentos superior a lo que una persona ingeriría en un periodo similar, a lo que se le suma sensación de falta de control sobre lo que se consume durante el episodio. La existencia de comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, el ayuno o el ejercicio excesivo, también es un criterio fundamental para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. Los atracones y estos comportamientos compensatorios deben ocurrir al menos una vez a la semana durante 3 meses. Los pacientes bulímicos niegan el trastorno en fases iniciales, por lo que es necesaria la exploración física y las pruebas analíticas para detectarlo. Sin embargo, a medida que avanza es más fácil que reconozcan el trastorno y la gravedad de sus comportamientos respecto a los malos hábitos alimenticios que las personas con AN, mejorando así su pronóstico (23).

En un atracón la persona ingiere normalmente alimentos dulces con abundantes calorías, como podría ser un pastel o algún tipo de bollería similar. Aunque una persona realice ingestas normales o, incluso, disminuidas en las comidas habituales, es estrictamente necesario controlar las ingestas fuera de las comidas principales si aumenta de peso progresivamente de manera sospechosa y que no concuerda con las ingestas vistas. Después de estos atracones lo más común son los vómitos provocados por uno mismo, pero muchos pacientes también usan indebidamente laxantes o diuréticos o realizan ejercicio de manera excesiva. Poniendo especial atención en los vómitos, ya que es lo más habitual, se debe sospechar que una persona sufre este tipo de trastorno cuando acude al baño durante y/o después de las comidas (23).

4.2.4. Evolución de la enfermedad y tratamiento.

La BN tiene tasas superiores de recuperación parcial y completa que la anorexia nerviosa, teniendo una mejor evolución aquellos que son tratados que los que no lo son. La bulimia nerviosa es un trastorno de larga duración en la mayoría de los casos, teniendo a la cronicidad, en el que fluctúan periodos con conductas alimentarias normales con recaídas frecuentes. La mortalidad de esta enfermedad se ha estimado en un 2% por década, aunque el pronóstico varía dependiendo del momento en el que se haya detectado el trastorno y su gravedad en ese instante (23).

Normalmente la bulimia nerviosa se puede abordar de manera ambulatoria. Se emplea también la psicoterapia, normalmente la TCC, al igual que en la AN, combinándola con antidepresivos para conseguir un tratamiento eficaz. El tratamiento farmacológico de elección en adolescentes es la fluoxetina, ya que consigue disminuir notablemente las purgas y atracones, aunque también han resultado útiles la imipramina, la desipramina o la trazodona. Con la TCC se pueden interrumpir los atracones y modificar los pensamientos del paciente en cuanto a creencias sobre la comida, el peso o la imagen corporal (23).

La hospitalización solo es necesaria en casos de deshidratación, hipopotasemia, arritmias e inestabilidad médica, pacientes con purgas y atracones incontrolables o en aquellos con tendencias suicidas, donde el tratamiento ambulatorio no haya resultado útil (23).

Tabla 3. Comparación de los subtipos de anorexia y bulimia nerviosa.

Subtipos	ANOREXIA NERVIOSA		BULIMIA NERVIOSA	
	Restrictiva	Purgativa	Restrictiva	Purgativa
Bajo peso	SÍ	SÍ	NO	NO
Dieta restrictiva	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Atracones	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Conductas purgativas	NO	SÍ	SÍ	NO
Actitud hacia la imagen corporal negativa	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

Fuente: elaboración propia.

4.3. Trastorno por atracón.

4.3.1. Definición y prevalencia del trastorno.

El **trastorno por atracón** se define como “el consumo frecuente de cantidades inusualmente grandes de alimentos y la sensación de no poder dejar de comer”. Es un trastorno que actúa como precursor de otras afecciones médicas y psiquiátricas como la diabetes, el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares o una tendencia suicida elevada. Se suele dar al final de la adolescencia y solo un 11,9% de los adolescentes con este tipo de trastorno buscan atención médica, por lo que es importante su identificación temprana y la prevención. Evidencias anteriores demuestran que en adolescentes este trastorno va asociado a la ansiedad, depresión, la inseguridad alimentaria, el racismo y comentarios negativos sobre el propio peso. Sin embargo, nuevas investigaciones revelan que también puede dar lugar al trastorno por atracón pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, ser gay, lesbiana o bisexual o ser de raza asiática, hispano o nativo americano (25).

Journal of Pediatric Nursing publicó un estudio en 2018 realizado en Estados Unidos sobre una muestra de población adolescente concluyó que los varones adolescentes tienen más probabilidades de tener conductas de atracones en comparación con las mujeres adolescentes. En los hombres la insatisfacción corporal suele estar vinculada a la musculatura y un tamaño mayor en lugar de la delgadez, como la mayoría de los casos en mujeres. Por ello, más de la mitad de los hombres jóvenes que manifiestan un aumento de peso informan que comen más para lograrlo, sufriendo numerosos episodios de atracones. Por otro lado, los adolescentes que se identifican como homosexuales o bisexuales tienen más probabilidades de sufrir TCA porque se enfrentan a factores estresantes como el acoso, la discriminación y la homofobia. Se encontró que los adolescentes homosexuales o bisexuales tenían 12,5 veces más de probabilidades de comer compulsivamente para gestionar sus emociones frente al estrés de comer compulsivamente que los jóvenes heterosexuales (25).

4.3.2. Criterios diagnósticos según el DSM-5.

Los criterios diagnósticos incluyen episodios recurrentes de atracones, donde se ingiere una cantidad claramente superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar con circunstancias parecidas y una sensación de falta de control sobre esa ingesta. Además, estos episodios se asocian a tres o más de los siguientes hechos: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse completamente lleno, comer sin hambre, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad ingerida y sentirse luego a disgusto y un malestar intenso respecto a los atracones. Estos atracones se producen al menos una vez por semana durante tres meses y no se asocian a comportamientos compensatorios inapropiados (8).

4.3.3. Evolución de la enfermedad y tratamiento.

El objetivo principal del tratamiento en este tipo de trastorno es conseguir la abstinencia respecto a los episodios de atracón. Es importante que el tratamiento tenga en cuenta los cuadros de ansiedad y depresión que se asocian con frecuencia al trastorno por atracón. Diversas investigaciones respaldan determinados medicamentos e intervenciones conductuales, de manera aislada o combinada, para tratar este trastorno (26).

Los fármacos más utilizados en estos casos han sido los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), sobre todo la fluoxetina y la fluvoxamina. El tratamiento se asoció a una notable disminución en la frecuencia de episodios de atracón y a un alivio del estado de ánimo depresivo. Se identificaron también cambios respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), que redujo significativamente en muchos de los pacientes tratados. Por otro lado, la sertralina y el citalopram y los antidepresivos tricíclicos han dado lugar a resultados prometedores en el tratamiento del trastorno por atracón, reduciendo los episodios de atracón y el peso corporal y mejorando el estado de ánimo. También se han usado fármacos que suprimen el apetito o que dan lugar a una disminución de peso como efecto adverso, como el agente anticonvulsivo topiramato o la sibutramina (26).

La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo suprimir los pensamientos equivocados que dan lugar a una ingesta inapropiada de alimentos. Esta forma de tratamiento reduce la frecuencia de los episodios compulsivos y la abstinencia a los atracones, los aspectos psicológicos relacionados con los atracones y el estado de ánimo depresivo. Sin embargo, no induce cambios notables en el peso corporal, al igual que la técnica de autoayuda, por lo que lo ideal es la combinación de la psicoterapia con fármacos que potencien la pérdida de peso (26).

4.4. Otros trastornos de la conducta alimentaria menos destacados.

Además de estos tres trastornos considerados como los más prevalentes entre la población joven, existen otras alteraciones en la conducta alimentaria que también pueden afectar significativamente la salud física y psicológica con respecto a la comida, por ejemplo, la **ortorexia nerviosa**, aunque no este reconocida como un trastorno mental según el DSM-5, y la **dismorfia corporal o muscular**. Por un lado, la ortorexia nerviosa tiene relación con la fijación excesiva en la alimentación saludable, asociándola a restricciones dietéticas significativas y las consecuente condiciones médicas potencialmente morales relacionadas con la desnutrición y la vida social alterada o el aislamiento social. Por otro lado, la dismorfia corporal/muscular la sufren aquellas personas preocupadas por su apariencia física de manera excesiva, siendo más propensos a sufrirla los que practican deporte y se preocupan por no ser suficientemente musculosos (27).

4.5.Repercusión de los trastornos de la conducta alimentaria en la salud.

Cualquiera de estos trastornos alimentarios puede afectar a todos los sistemas del organismo humano, dando lugar a complicaciones medicas graves como consecuencia de la desnutrición, los cambios de peso o las purgas. Además, es preocupante el diagnostico de este tipo de trastornos en niños y adolescentes porque aún se encuentran en una etapa crítica de crecimiento y desarrollo (23).

Tabla 4. Efectos de los TCA sobre la salud.

SISTEMA AFECTADO	EFFECTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)
NEUROLÓGICO	Déficits en funcionamiento ejecutivo, procesamiento global y flexibilidad cognitiva . Dificultades de atención y concentración , problemas de memoria y reducción de la capacidad de razonamiento lógico .
DERMATOLÓGICO	Piel seca y escamosa , posible carotenemia (piel amarillenta), lanugo , cabello frágil, uñas quebradizas, queilitis angular y acrocianosis como mecanismo de conservación del calor.
DENTAL Y ORAL	Mayor riesgo de erosión dental y caries , especialmente en quienes se inducen el vómito. Posible hipertrofia de la parótida y otras glándulas salivares, con aumento de amilasa .
CARDIOVASCULAR	Bradicardia, hipotensión ortostática y mala perfusión periférica . Posibles cambios estructurales: reducción de la masa del ventrículo izquierdo , prolapso mitral , derrame pericárdico y fibrosis miocárdica . En casos severos, anomalías electrocardiográficas como bradicardia sinusal , alteraciones en la repolarización e intervalo QT prolongado .
GASTROINTESTINAL	Vaciamiento gástrico retardado , tránsito intestinal lento, náuseas , hinchazón y plenitud posprandial . Frecuente estreñimiento y daño en la mucosa esofágica por vómitos autoinducidos.
RENAL Y ELECTROLÍTICO	Alteraciones hidroelectrolíticas por purgas o caquexia. En pacientes con vómitos frecuentes, puede aparecer alcalosis metabólica hipocalémica e hipoclorémica , deshidratación crónica y aumento de aldosterona , lo que favorece la reabsorción de sodio a cambio de potasio y ácido en el túbulo distal.
ENDOCRINO	Hipercortisolemia , amenorrea , alteraciones en la hormona tiroidea y, en varones, niveles bajos de testosterona . En niños y adolescentes, retraso del crecimiento, baja estatura y retraso puberal .

Fuente: *American Academy of Pediatrics* (consulta realizada en abril de 2025).

5. Capítulo 3: Papel de la enfermería en la prevención, detección y abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

5.1. Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

Todos los jóvenes deberían someterse a evaluaciones periódicas para detectar problemas de imagen corporal y posibles conductas alimentarias desorganizadas, independientemente de su peso o estado de salud. Estas evaluaciones son esenciales, ya que un diagnóstico y un tratamiento temprano de cualquier trastorno alimentario se asocian con un mejor pronóstico de la enfermedad. Las evaluaciones pueden realizarse de forma rutinaria en los controles anuales del centro de salud y lo ideal sería preguntar al joven sobre estos aspectos sin la presencia de sus cuidadores (28).

El profesional puede iniciar la entrevista preguntando si tiene alguna preocupación sobre su peso o su apariencia. Si el joven manifiesta que le preocupa su imagen corporal, el profesional debe explorar si ha presentado trastornos o restricciones alimentarias. Seguidamente se podría emplear el cuestionario SCOFF (anexo 1), una herramienta validada de cinco ítems que los profesionales sanitarios emplean para detectar trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes. Es especialmente útil para detectar la anorexia y la bulimia nerviosa, pero no sirve para identificar el resto de los trastornos que reconoce el DSM-5. También puede ser útil la herramienta de evaluación de la conducta alimentaria de 26 ítems (EAT-26) (anexo 2), validada para detectar actitudes y comportamientos potencialmente patológicos en adolescentes y niños que pueden estar desarrollando un TCA (28).

Algunos adultos que desempeñan un papel importante en la vida del niño, como los padres, cuidadores, maestros o entrenadores deportivos, pueden estar posicionados para reconocer un trastorno alimentario aún en desarrollo, ya que observan a los jóvenes en diferentes contextos. La derivación inmediata a un equipo multidisciplinar para tratar estos trastornos alimentarios, como profesionales de la salud mental y de la nutrición, puede ayudar en gran medida al adolescente y a sus cuidadores (28).

5.2. Manejo de los TCA: prevención, detección, evaluación y diagnóstico.

5.2.1. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

El reconocimiento precoz de las condiciones de riesgo y la identificación de TCA en las primeras etapas son objetivos prioritarios en el primer nivel de asistencia. La identificación temprana de los TCA mejora su pronóstico, con disminución de la amplitud y la intensidad de su morbilidad y una mortalidad menor. Para ello, es necesario reconocer los signos de alerta y factores de riesgo, como la presencia de restricciones dietéticas, temor sobre el incremento de peso, saciedad precoz, atracones o purgas, etc. (29).

El equipo de pediatría contribuye en la prevención de trastornos alimentarios centrándose en unas recomendaciones basadas en la evidencia durante la atención a adolescentes recogidas en un informe clínico publicado en 2016 por los Comités de Nutrición y Adolescencia y la Sección de Obesidad de la Academia Americana de Pediatría. Uno de los objetivos es animar a las familias a comer juntas con más frecuencia siempre que se pueda y a no hablar del peso, sino de conductas saludables para facilitar su implementación en el entorno familiar. Es importante indagar también en posibles antecedentes de abuso o acoso escolar en los adolescentes relacionados con el sobrepeso o la obesidad para tratar el problema con ellos y sus familias (29). Se han de considerar los factores predisponentes y precipitantes, incluyendo antecedentes familiares, e incluir antecedentes de desmayos, palpitaciones, debilidad, menstruaciones irregulares o falta de aliento entre otros. El médico o pediatra de atención primaria será el encargado de hacer una valoración de la problemática y el que derivará al paciente en caso de que sea necesario al psicólogo/psiquiatra del centro de salud para llevar a cabo terapias que modifiquen los pensamientos y hábitos alimenticios (29).

5.2.2. Detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria.

Entre los adolescentes es común que el diagnóstico sea tardío por la tendencia que tienen de negar u ocultar los TCA, lo que repercute negativamente en sus posibilidades de recuperación. Para detectar este tipo de trastornos se ha de iniciar con una evaluación del nivel de satisfacción de los adolescentes con su imagen corporal y las prácticas que emplean para el control de su peso, lo que facilitará reconocer algunos síntomas tempranos de TCA. Es de gran utilidad la exploración física y la historia menstrual en las mujeres, ya que proporcionan información complementaria relevante, así como determinar el peso, talla, IMC y estadios de Tanner (anexo 3) (30).

La detección precoz permite disminuir el riesgo de la aparición de complicaciones a corto, medio y largo plazo. Es fundamental el seguimiento a lo largo del tiempo del peso, talla e índice de masa corporal del paciente, aunque ya sea una práctica habitual en las consultas de pediatría. El aumento o la disminución de peso sin causa aparente a partir de los 10 años obliga a descartar un trastorno de los hábitos alimenticios (31).

5.2.3. Evaluación inicial de los trastornos de la conducta alimentaria.

El objetivo principal es diagnosticar el trastorno y su tipo, detectar las complicaciones médicas asociadas y establecer la existencia de otras condiciones médicas, psicológicas y sociales que puedan determinar la necesidad de hospitalización o intervenciones de emergencia. Se deben considerar las estrategias para la atención clínica de los adolescentes e informar al paciente y a sus cuidadores sobre los hallazgos y el tratamiento que se va a llevar a cabo. Durante la evaluación es muy importante la escucha activa y la empatía, además de mostrar preocupación por el problema para ayudar a los adolescentes y padres que no son conscientes de la relevancia del problema y así crear conciencia de ello (30).

Es necesario explorar la existencia de alteraciones conductuales o cognitivas propias de los TCA, los síntomas físicos asociados y los antecedentes personales y familiares relevantes relacionados con la obesidad y otros trastornos alimentarios o psiquiátricos. Preguntas fundamentales son, por ejemplo, las relacionadas con los sentimientos sobre su cuerpo, las cantidades y el tipo de comida y bebida normalmente ingeridas, la existencia de vómitos y atracones o la actividad física realizada. Hay que identificar los síntomas médicos asociados a adolescentes con TCA mediante un examen físico del que podemos hallar cambios dermatológicos (caída de cabello o uñas quebradizas), cardiorrespiratorios (disnea o dolor torácico), gastrointestinales (dolor abdominal, pirosis o acidez), etc. (30).

5.2.4. Diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria.

En la mayoría de los casos es necesaria la evaluación inicial de laboratorio, en la que se realizan pruebas para detectar complicaciones y descartar otras condiciones que puedan explicar los síntomas. Se debe incluir un hemograma completo, bioquímica, electrolitos presentes en plasma, una gasometría venosa y un análisis de orina completo. Si hay pérdida de peso significativa también es necesaria la cantidad de creatinina en sangre, pruebas de función tiroidea y magnesio en sangre. Si hay vómitos se puede realizar también una prueba de amilasa en sangre. En pacientes con anomalías electrolíticas, pérdida de peso importante, purgas o signos y síntomas cardiovasculares es necesario realizar un electrocardiograma. En adolescentes con amenorrea se pueden indicar pruebas adicionales relacionadas con las hormonas LH, FSH y el estradiol y, en el caso de los hombres con anorexia nerviosa, se debe considerar el valor de la testosterona (30).

Una vez se tiene el diagnóstico, el pediatra debe determinar si el paciente es apto para el tratamiento ambulatorio o necesita hospitalización o internación psiquiátrica si existe un nivel considerable de riesgo físico o psicosocial. La derivación puede ser difícil sobre todo si el paciente o los cuidadores muestran resistencia al diagnóstico o al tratamiento, aunque es importante tener en cuenta que el factor más decisivo para iniciar el tratamiento será la motivación de los padres y no la del adolescente, debido a la dependencia de ellos en esa etapa de la vida (30).

5.3. Rol de la enfermería en la atención integral a pacientes con TCA.

El papel de los enfermeros consiste en enseñar a los más pequeños a identificar los alimentos saludables y a promover hábitos alimentarios positivos. Los enfermeros ayudan significativamente a mejorar la salud y el bienestar de los niños a través de la educación, la creación de entornos saludables y la intervención familiar, ya que es importante fomentar también hábitos saludables en el hogar. El personal de enfermería es capaz de ayudar al individuo y a su familia en la identificación y la explicación de este tipo de trastornos y la importancia de recibir un tratamiento adecuado. En el ámbito comunitario, los enfermeros forman a distintos colectivos, como familias o maestros, en la acción preventiva, ya que estos pasan largos periodos de tiempo con estas personas propensas a desarrollar un TCA. Los enfermeros son quienes explican a dichos colectivos qué son los TCA, los principales signos y síntomas, los factores predisponentes y precipitantes y las consecuencias futuras de padecer un TCA e investigarán aquellas conductas alteradas que puedan presentar los pacientes respecto a la alimentación. En caso de que el seguimiento se realice en atención primaria, enfermería tendrá como objetivo conseguir el control ponderal, corregir la malnutrición, evitar complicaciones, proporcionar educación nutricional para modificar patrones de conducta alimentaria inadecuados y prevenir las recaídas (32, 33).

Durante la intervención enfermera es necesario establecer metas a corto plazo asumibles por el paciente según el momento de su evolución, fomentar su autocontrol y aumentar su confianza, no minimizar los comentarios relacionados con la alimentación, ser disciplinados frente a ciertas conductas que pueda presentar el individuo, supervisar el plan terapéutico y favorecer el reconocimiento de sentimientos hacia sí mismo y su cuerpo. Por un lado, enfermería pedirá a los pacientes con AN un registro diario de las ingestas y la actividad física y pedirá que confiesen si hacen uso de laxantes o diuréticos o se provocan el vómito tras las ingestas. Se llevará un seguimiento semanal de peso en consulta sin que este sea informado del resultado, dando instrucciones al paciente de que no se pese en su domicilio. Por otro lado, en pacientes con BN será necesario conocer si se producen atracones y la presencia de purgas y se incidirá en la prevención de recaídas (33).

Debido a la baja frecuencia de visitas de los adolescentes a los centros sanitarios, es recomendable aprovechar cualquier oportunidad, como las visitas programadas por problemas menores como infecciones respiratorias, traumatismos o acné, para ofrecer una atención integral y detectar de manera temprana los hábitos de riesgo o trastornos ya establecidos. Es importante considerar que gran parte de la población infanto-juvenil no es consciente de la enfermedad y niega el trastorno, por lo que se deben prestar atención a todos los síntomas y conductas alteradas (34).

5.3.1. Objetivos asistenciales y terapéuticos del personal de enfermería en el manejo de los TCA.

- Conocer el manejo y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria para la mejora del estado físico, con lo que se promueve una mejora en el estado de salud del paciente, haciendo que lleve a cabo una dieta adecuada y variada hasta el punto de obtener un IMC de acuerdo a su constitución y así evitar o eliminar complicaciones físicas (33).
- Conseguir que el entorno del paciente sea relajado y sin conflictos con amigos y familiares, fomentando así las habilidades sociales y evitando conductas que lleven al aislamiento social (33).
- Fomentar la estimulación cognitiva positiva para que el paciente recupere su estado de ánimo y confianza sobre sí mismo, tratando de reducir la presión social y ayudándole a obtener una imagen real y consciente de su cuerpo (33).
- Ofrecer alternativas al paciente en cuanto a las conductas de alimentación, evitando que consuma sustancias tóxicas y controlando los comportamientos compulsivos (33).

5.3.2. Valoración y acompañamiento enfermero del desarrollo emocional en el contexto de los TCA.

En pacientes en la etapa inicial de cualquier tipo de trastorno alimentario se necesita establecer una relación enfermero-paciente que se caracterice por sentimientos relacionados con la solidaridad, sinceridad, confianza, seguridad, respeto, honestidad y participación. De esta forma se podrá entablar una relación terapéutica basada en la empatía, lo que facilitará la expresión de sentimientos por parte del paciente. Mediante la terapia cognitivo conductual se debe motivar y asesorar al paciente para generar cambios en su conducta y educar al paciente en cuanto al proceso de su enfermedad. Los enfermeros tienen la responsabilidad de brindar apoyo psicológico para reducir los sentimientos de culpa debido al sufrimiento que soportan. Es de gran importancia también la terapia familiar, ya que es fundamental el compromiso, la motivación y la actuación de los padres para cumplir con los objetivos (35).

5.3.3. Plan de cuidados de enfermería individualizado en el abordaje integral de los trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo en cuenta el estado de los pacientes que sufren cualquier tipo de trastorno alimentario, se desarrollan algunos de los posibles diagnósticos de enfermería según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (36).

Tabla 5. Plan de cuidados de enfermería en TCA centrado en la alimentación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. <u>Riesgo de ingesta nutricional inadecuada relacionado con aversión hacia los alimentos, apetito inadecuado y aporte nutricional inadecuado.</u>
NANDA. Riesgo de ingesta nutricional inadecuada [00409]. Susceptible de consumo insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
NOC. Estado nutricional [1004]. Adecuación de los nutrientes ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas. • [100401] Ingesta de nutrientes. • [100402] Ingesta de alimentos. • [100408] Ingesta de líquidos. • [100405] Relación peso/talla. ESCALA 02 (grado de desviación de una norma o estándar establecido): 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderada), 4 (leve), 5 (sin desviación).
NIC. Asesoramiento nutricional [5246]. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. - Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. - Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. - Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

Fuente: *ClinicalKey* (consulta realizada en abril de 2025).

Tabla 6. Plan de cuidados de enfermería en TCA centrado en la autopercepción.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. <u>Imagen corporal alterada relacionado con</u> autoestima inadecuada y conciencia corporal negativa <i>manifestado por</i> alteración de la propiocepción, comparación constante de uno mismo con los demás, se pesa a menudo y esconde una parte de su cuerpo.
NANDA. Imagen corporal alterada [00497]. Imagen mental negativa del yo físico, asociada a trastornos alimentarios como anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
NOC. Imagen corporal [1200]. Valoración personal de la propia apariencia y funciones corporales. • [120001] Imagen interna de sí mismo. • [120002] Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. • [120005] Satisfacción con el aspecto corporal. ESCALA 11 (frecuencia de una percepción o características afirmativas y de aceptación): 1 (nunca positivo), 2 (raramente positivo), 3 (a veces positivo), 4 (frecuentemente positivo), 5 (siempre positivo).
NIC. Mejora de la autoestima [5400]. Ayuda a un paciente para que mejore el juicio personal de su propia valía. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reafirmarlos. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas mediante la terapia cognitivo-conductual y ejercicios de reestructuración cognitiva. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos

Fuente: *ClinicalKey* (consulta realizada en abril de 2025).

Tabla 7. Plan de cuidados de enfermería en TCA centrado en el estado anímico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. <i>Ansiedad excesiva relacionado con</i> trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y factores psicosociales <i>manifestado por</i> angustia, disminución de la productividad, inseguridad y atención centrada en uno mismo.	
NANDA. <i>Ansiedad excesiva [00400].</i> Preocupación desproporcionada y persistente por situaciones y acontecimientos percibidos como amenazantes.	
NOC. <i>Nivel de ansiedad [1211].</i> Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.	
• [121101] Inquietud. • [121105] Malestar. • [121134] Preocupación. • [121135] Sentimiento de inutilidad.	• [121144] Falta de confianza en sí mismo. • [121136] Sentimiento de culpa. • [121111] Conducta problemática.
ESCALA 14 (grado de un estado o respuesta negativo o adverso): 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno).	
NIC. <i>Disminución de la ansiedad [5820].</i> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.	
- Establecer claramente las expectativas de la conducta. - Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre las situaciones estresantes. - Escuchar con atención. - Crear un ambiente que facilite la confianza.	

Fuente: *ClinicalKey* (consulta realizada en abril de 2025).

6. Conclusiones

El análisis de los estudios científicos encontrados revela que los trastornos alimentarios en la población infanto-juvenil han ido en aumento de forma sostenida en los últimos diez años. Este crecimiento se relaciona con factores biopsicosociales, cambios en los modelos culturales y una mayor visibilidad diagnóstica. Aunque los TCA afectan a ambos sexos, se mantiene una mayor incidencia en mujeres adolescentes, cada vez a edades más tempranas. Los datos epidemiológicos actuales remarcan la necesidad urgente de reforzar los sistemas de detección precoz y de implementar políticas públicas centradas en la prevención y el enfoque comunitario.

Los TCA más comunes en la juventud son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos trastornos comparten aspectos como la preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, aunque se manifiestan con sintomatología muy diversa. Identificarlos de manera temprana es un elemento crucial para mejorar el pronóstico, y puede lograrse mediante una vigilancia activa en entornos escolares y familiares. El diagnóstico clínico se basa en los criterios establecidos por manuales diagnósticos como el DSM-5, que permiten distinguir entre los distintos tipos de TCA. En lo referido al tratamiento, se destaca la necesidad de una intervención integral, en la que se combinen el abordaje psicológico, nutricional y médico, siendo el personal de enfermería un pilar esencial en la atención continuada y el acompañamiento terapéutico.

Los medios de comunicación, la publicidad y las redes sociales tienen una influencia significativa en la creación de estándares de belleza poco realistas, los cuales influyen directamente en la percepción corporal de los adolescentes. La constante exposición a imágenes retocadas, cuerpos estéticamente normativos y mensajes que promueven dietas extremas o productos milagrosos genera una presión estética que favorece la aparición de alteraciones en los hábitos alimenticios. Por ello, se considera fundamental incluir la educación emocional y la promoción de una imagen corporal positiva como parte de las estrategias preventivas en los programas educativos y sanitarios dirigidos a este tipo de población.

Por último, se ha demostrado que las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería resultan efectivas en la mayor parte de los casos en cuanto a la mejora de la salud física y emocional de los pacientes con TCA. Mediante un abordaje integral y adaptado a las necesidades individuales, la enfermería contribuye significativamente al proceso de recuperación, promoviendo la educación para la salud, fomentando una relación saludable con la comida y proporcionando apoyo emocional al paciente, sin dejar de lado a su entorno familiar. Asimismo, el seguimiento constante y la detección temprana de recaídas refuerzan el rol indispensable de la enfermería en los equipos multidisciplinares dedicados al tratamiento de los TCA, contribuyendo a una mayor adherencia terapéutica y a una mejor calidad de vida.

7. Bibliografía

1. Ramón Sarmiento MF, Hernández Ortega AG, Ortiz Ávila O. Comparación del riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria y uso de las redes sociales entre adolescentes chiapanecos de una zona urbana y una rural. *LATAM*. 2024; 5 (4), 2890 – 2904. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2461>
2. Robatto AP, Cunha CM, Moreira LAC. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2024; 100 Suppl 1(Suppl 1): S88-S96. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.12.001>.
3. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2023; 20(3): 2446. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032446>.
4. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, Jankauskienė A, Lurbe E. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*. 2021; 13(12): 4321. <https://doi.org/10.3390/nu13124321>.
5. Martínez-González L, Fernández Villa T, Molina de la Torre AJ, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Capelo Álvarez R, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutr Hosp*. 2014; 30 (4): 927-34. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
6. Gaete Pinto V, López Cano C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev Chil Pediatr*. 2020; 91(5): 784-93. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
9. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2022; 39(2): 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
10. Riquin E, Le Nerzé T, Nielasoff E, Beaumesnil M, Troussier F, Duverger P. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *EMC -Pediatría*. 2023; 58(4) [consultado el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178923485241>

11. Escandón Nagel N, Garrido-Rubilar G. Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2021; 40(4) [consultado el 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77>
12. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2021; 34(6): 515-24. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
13. Nocerino R, Mercuri C, Bosco V, Giordano V, Simeone S, Guillari A, et al. Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review. *Nutrients.* 2024; 16: 3034. <https://doi.org/10.3390/nu16173034>
14. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Asociación Española de Pediatría.* [consultado el 9 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
15. Mushtaq T, Ashraf S, Hameed H, Irfan A, Shahid M, Kanwal R, et al. Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths. *Nutrients.* 2023; 15: 4687. <https://doi.org/10.3390/nu15214687>
16. Sádaba C. Redes sociales, adolescencia y TCA: la necesidad de una mirada comprehensiva. *Anl Sist Sanit de Navar.* 2024; 47(1): e1075. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1075>
17. Vázquez Alonzo CA, Guzmán Feliciano MF, De la Cruz Luna AG, García Ortiz L. Etiology of Bulimia Nervosa: A Literature Review. Universidad de Guadalajara [Centro Universitario del Sur]. *ResearchGate.* 2023.
18. Logrieco G, Marchili MR, Roversi M, Villani A. The Paradox of Tik Tok Anti-Pro-Anorexia Videos: How Social Media Can Promote Non-Suicidal Self-Injury and Anorexia. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18: 1041. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031041>
19. Wang SB, Mancuso CJ, Jo J, Keshishian AC, Becker KR, Plessow F, et al. Restrictive eating, but not binge eating or purging, predicts suicidal ideation in adolescents and young adults with low-weight eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(3): 472-77. <https://doi.org/10.1002/eat.23210>

20. Kostro K, Lerman JB, Attia E. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *J Eat Disord.* 2024; 2: 19.
<https://doi.org/10.1186/s40337-014-0019-x>
21. Murray Hurtado M, Martín Rivada Á, Pestano García S, Ramallo Fariña Y. Influence of the COVID-19 pandemic on the incidence of eating disorders. *An Pediatr.* 2024; 101(1): 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2024.04.019>.
22. Hebebrand J, Gradl-Dietsch G, Peters T, Correll CU, Haas V. The Diagnosis and Treatment of Anorexia Nervosa in Childhood and Adolescence. *Dtsch. Ärztebl. Int.* 2024; 121(5): 164-74. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0248>.
23. Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia.* 2021; 6 (08): 1-11. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>.
24. Hornberger LL, Lane MA, COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2021; 147 (1). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040279>.
25. Nagata JM, Smith-Russack Z, Paul A, Saldana GA, Shao IY, Al-Shoaibi AAA, et al. The social epidemiology of binge-eating disorder and behaviors in early adolescents. *J Eat Disord.* 2023; 11(1): 182. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00904-x>.
26. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría (WPA).* 2007; 5(3): 142.
27. Gorrasi ISR, Ferraris C, Degan R, Daga GA, Abbate Daga G, Bo S, et al. Use of online and paper-and-pencil questionnaires to assess the distribution of orthorexia nervosa, muscle dysmorphia and eating disorders among university students: can different approaches lead to different results? *Eating and Weight Disorders.* 2022; 27(3): 989-99. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01231-3>
28. Kumar MM. Eating Disorders in Youth with Chronic Health Conditions: Clinical Strategies for Early Recognition and Prevention. *Nutrients.* 2023; 15: 3672.
<https://doi.org/10.3390/nu15173672>
29. Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano M. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la atención primaria. *Nutrición Hospitalaria.* 2022; 39 (2): 112-20. <https://doi.org/10.20960/nh.04186>

30. Gaete Pinto V, López Cano C. Eating disorders in adolescents: role of the pediatrician. Recommendations of the Adolescence Branch of the Chilean Society of Pediatrics. *Revista Chilena de Pediatría*. 2020; 91(5): 800-808. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1537>.
31. Salmerón Ruiz MA. Manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en primaria; detectar, derivar y acompañar. *Adolescere*. 2024; 12 (2): 54-59.
32. Pinargote-García CP, Regalado-Pincay RM, Ponce-Albuja KL, Angelín-Geoconda FC. Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares. *Salud y vida*. 2024; 8 (16). <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4196>
33. Benítez Florido A. Abordaje enfermero en los trastornos de la conducta alimentaria. *NPunto*. 2023; 6 (59): 68-94.
34. Ruiz Lázaro PM. Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. *Adolescere*. 2020; 8 (1): 64.e1-64.e7.
35. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodríguez JC, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Sánchez-Cubillos YK, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Revista ciencia y cuidado*. 2020; 17(2): 102-115. <https://doi.org/10.22463/17949831.1880>.

8. Anexos

ANEXO 1. Cuestionario SCOFF.

TABLA 1

Traducción al español del cuestionario SCOFF

Pregunta 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?

Pregunta 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

Pregunta 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?

Pregunta 4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?

Pregunta 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?

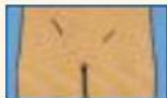
Fuente: Atención Primaria. 2005; 35(2):89-94.

ANEXO 2. Eating Attitudes Test-26.

Ítem		Factor			
		1	2	3	4
EAT04	He sufrido crisis de atracones y tenía la sensación de no poder parar de comer	0,77			
EAT10	Me siento muy culpable después de comer	0,76			
EAT21	Paso demasiado tiempo pensando en comida	0,72			
EAT14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	0,68			
EAT18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	0,62			
EAT26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	0,61			
EAT03	La comida es para mí una preocupación permanente	0,60			
EAT11	Me obsesiona el deseo de estar más delgado	0,60			
EAT01	Me angustia la idea de estar demasiado gordo	0,55			
EAT22	No me siento bien después de haber comido dulces	0,54			
EAT12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	0,52			
EAT19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	-0,44			
EAT23	Estoy haciendo dietas		0,79		
EAT16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar		0,76		
EAT17	Como alimentos dietéticos		0,71		
EAT07	Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono		0,66		
EAT06	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como		0,59		
EAT25	Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías		-0,45		
EAT20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más			0,79	
EAT24	Me gusta tener el estómago vacío			0,75	
EAT08	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más			0,67	
EAT02	Procuro no comer cuando tengo hambre			0,61	
EAT13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado			0,46	
EAT05	Corto mis alimentos en trozos muy pequeños				0,76
EAT09	Vomito después de comer				0,55

Fuente: Atención Primaria. 2014; 46(6):283-289.

ANEXO 3. Escala de Tanner.

		Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.
		Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
		Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
		Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
		Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

	Estadio 1. Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.
	Estadio 2. Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.
	Estadio 3. Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.
	Estadio 4. Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.
	Estadio 5. Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Fuente: Revista Pediatría de Atención Primaria. 2009; 11 (16): 127-142.