



Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

---

# DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA

---

Autor: Ainhoa Usubiaga San Martín

Director: Raúl Cacho Fernández

Curso académico: 2022-2023

Convocatoria de defensa: mayo 2023

## INDICE

Resumen, palabras clave y número de palabras.....	iii
1. Introducción, antecedentes, justificación.....	1
2. Objetivos.....	4
2.1. Generales.....	4
2.2. Específicos.....	4
3. Material y métodos.....	5
4. Resultados.....	15
4.1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria.....	15
4.2. Factores de riesgo y factores protectores.....	20
4.3. Prevalencia.....	25
4.4. Prevención.....	30
4.5. Pronostico y evolución.....	31
4.6. Detección precoz.....	33
5. Discusión.....	44
6. Conclusión.....	49
7. Bibliografía.....	50

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<b>Tabla 1:</b> <i>Criterios de inclusión y exclusión de artículos</i> .....	6
<b>Tabla 2:</b> <i>Resumen de los artículos y publicaciones encontradas</i> .....	9
<b>Tabla 3:</b> <i>Tabla de elaboración propia de la herramienta ESP traducida al español</i> ...39	
<b>Tabla 4:</b> <i>Versión en español del cuestionario SCOFF. (Un punto por cada “sí”; una puntuación de 2 o más indica un caso probable de anorexia nerviosa o bulimia</i> .....	40
<b>Tabla 5:</b> <i>Tabla de los estudios de laboratorio y otras pruebas que se pueden realizar a pacientes de los que se sospecha un posible TCA, y los resultados que se consideran anormales que nos deberían llamar la atención</i> .....	43
<b>Figura 1:</b> <i>Diagrama de “Prisma”</i> .....	8
<b>Figura 2:</b> <i>Número de personas con anorexia y bulimia nerviosa diferenciado por sexos a nivel mundial entre 1990 y 2019</i> .....	26
<b>Figura 3:</b> <i>Número de personas con anorexia y bulimia nerviosa diferenciado por sexos a nivel de España entre 1990 y 2019</i> .....	26
<b>Figura 4:</b> <i>Diferencia por países según su población, del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel Mundial en 2019</i> .....	27
<b>Figura 5:</b> <i>Representación gráfica de los países según su población, con mayor prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa a nivel mundial entre 1990 y 2019</i> .....	27
<b>Figura 6:</b> <i>Diferencia por países, teniendo en cuenta su número de habitantes, del porcentaje de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel europeo en 2019</i> ...28	
<b>Figura 7:</b> <i>Diferencia por países, sin tener en cuenta su número de habitantes, del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel europeo en 2019</i> .....	28
<b>Figura 8:</b> <i>Diferencia por edades del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel de España entre 1990 y 2019</i> .....	29
<b>Figura 9:</b> <i>Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria por diagnóstico</i> .....	29
<b>Figura 10:</b> <i>Cómo debería ser la detección de potenciales casos de TCA en atención primaria</i> .....	45

## RESUMEN, PALABRAS CLAVE Y NÚMERO DE PALABRAS

### **Resumen**

**Introducción:** Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que afectan a toda la población, aunque tienen mayor incidencia en los adolescentes, concretamente en mujeres. Estos trastornos pueden tener graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Han existido siempre, pero ahora tenemos más herramientas para detectarlos. Su detección precoz puede reducir el tiempo de tratamiento y mejorar el pronóstico.

**Objetivo:** Recabar información sobre cómo detectar de forma precoz los TCA en adolescentes, para evitar que sigan evolucionando y poder tratarlos de una forma más eficaz

**Metodología:** Se trata de una revisión narrativa con metodología sistemática que ha empleado artículos primarios, revisiones bibliográficas e informes publicados por organismos oficiales relacionados con la detección precoz de TCA en adolescentes.

**Resultados:** Existen muchos factores de riesgo para desarrollar un TCA tanto individuales como familiares y sociales. Sin embargo, los factores protectores pueden evitar sufrir estos trastornos, entre estos destacan tener una buena autoestima, una red de apoyo social y buena alfabetización mediática. Como demuestran los estudios la prevalencia de los TCA se ha duplicado los últimos años, por ello es muy importante detectarlos a tiempo. En la detección precoz de estos trastornos, la familia tiene un papel fundamental ya que al convivir día a día pueden detectar signos de alarma. Además, en la primera línea de contacto del paciente con el sistema de salud, que es atención primaria, se cuenta con una serie de herramientas de cribado que favorecen la detección a tiempo.

**Conclusión:** La detección precoz de TCA evita que estos trastornos se cronifiquen y tengan una mala evolución. EL papel de la atención primaria, concretamente de la enfermera es fundamental para detectarlos a tiempo.

**Palabras clave:** Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), Detección precoz, adolescentes, atención primaria, enfermería.

**Número de palabras:** 11348

## **Abstract**

**Introduction:** Eating Disorders (EDs) are serious mental illnesses that affect the entire population, although they have a higher incidence in adolescents, specifically in women. These disorders can have serious physical, psychological and social consequences. They have always existed, but now we have more tools to detect them. Early detection may shorten treatment time and improve prognosis.

**Objective:** To gather information on early detection of EDs in adolescents, to prevent them from developing further and to treat them more effectively

**Methodology:** This is a narrative review with a systematic methodology that has used primary articles, literature reviews and reports published by official agencies related to the early detection of EDs in adolescents.

**Results:** There are many risk factors for developing an EDs, both individual, family and social. However, protective factors may prevent suffering from these disorders, including good self-esteem, a social support network and good media literacy. As studies show, the prevalence of EDs has doubled in recent years, that is why its very important to catch them in time. In the early detection of these disorders, the family plays a fundamental role, they can detect warning signs since they live together day to day. In addition, in the first line of contact of the patient with the health system, which is primary care, there are a number of screening tools that favor early detection.

**Conclusion:** Early detection of EDs prevents these disorders from becoming chronic and having a bad outcome. The role of primary care, specifically the nurses role, is fundamental to detect them in time.

**Key words:** Eating Disorder (ED), early detection, teenagers, primary care, nursing

## INTRODUCCIÓN/ANTECEDENTES/JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que se caracterizan por una gran preocupación por el peso, la imagen o tamaño corporal y la comida. En las personas que los padecen tienen lugar una serie de cambios sobre las actitudes, comportamientos y pensamientos hacia los alimentos. Esto puede derivar en enfermedades físicas y potencialmente en la muerte por desnutrición o suicidio. En términos de la población general, el suicidio es 31 veces más probable en una persona con anorexia nerviosa y 7,5 veces más probable para alguien con bulimia nerviosa. ((1) citado por (2)) Este tipo de trastorno tiene tanto consecuencias físicas, como psicológicas y sociales. (2,3)

Aunque los TCA parecen enfermedades actuales, la realidad es que hay referencias históricas que datan que había personas que buscaban estar delgadas y terminaban presentando trastornos similares a lo que actualmente conocemos como TCA, solo que en aquella época no estaban diagnosticados. Un ejemplo de esto es el ayuno que se imponían algunas mujeres como medio de ascetismo para alcanzar la santidad. Esta es una de las primeras referencias que tenemos de comportamiento anoréxico. Sufrieron de estreñimiento, amenorrea, problemas para dormir y tenían una vida demasiado hiperactiva. Se caracterizaban por ser muy perfeccionistas y por sentirse inseguras y distantes del ideal que se proponía. (4)

Con la creación de diferentes criterios diagnósticos específicos se lograron identificar dichos trastornos de manera formal, aunque con el paso de los años ha sido y es necesario modificar y mejorar dichos criterios conforme a la nueva información que se va acumulando acerca de los distintos tipos de trastornos que existen, sus desencadenantes, criterios diagnósticos, tratamientos, pronósticos y evolución. Con la publicación del DSM-5 en 2013, se introdujo una nueva clasificación de los TCA partiendo de descripciones anteriores de los trastornos. Esto ha provocado cambios epidemiológicos que recientemente comienzan a reflejarse en los estudios. (5) Actualmente los TCA son la tercera enfermedad

crónica más habitual entre la población adolescente. (6)

La intervención en este tipo de enfermedades requiere de un equipo multidisciplinar compuesto por: médic@s, enfermer@s y psicólog@s. Los pacientes precisan de un tratamiento largo y complejo debido a la falta de conciencia de la enfermedad que los caracteriza. Estos, al no reconocer sus comportamientos y actitudes hacia la comida como un problema, no ven necesaria ninguna intervención, por lo que muchas veces se dificulta la adherencia al tratamiento. (3) A modo de ejemplo en el caso de la anorexia y la bulimia el tiempo que transcurre desde que inician los síntomas hasta que se pide ayuda es de un año para la anorexia y de cuatro para la bulimia. (6)

La prevalencia de los TCA está en aumento y se está viendo que pueden darse en cualquier edad, peso, tipo de cuerpo, identidad de género, grupo socioeconómico y cultura. (2)

El perfil que mayor riesgo presenta de padecer estos trastornos, de forma general es: ser mujer, adolescente y practicar un deporte con altas exigencias físicas y estéticas. Esto se debe, en parte, al efecto que tienen en las mujeres jóvenes las redes sociales, la presión social por tener un determinado peso, la búsqueda de aceptación y la relación del éxito social, familiar y profesional con determinados ideales de belleza de cuerpos delgados. Los TCA están más presentes en mujeres que en hombres en una proporción de 9 frente a 1. (3) En cuanto a la edad, la mayor incidencia recae sobre la población adolescente, de forma especial entre los 12 y los 18 años. Los TCA cada vez inician a edad más temprana registrándose casos en niños en torno a los 8 o 9 años. (3) Teniendo en cuenta los factores socioculturales y económicos, se ha observado un incremento en el riesgo de padecer un TCA en los países con mayor nivel de desarrollo frente a los países con menor índice de desarrollo. (7) Por otro lado, los ideales de belleza propios de cada cultura y las diferentes características culturales de cada población, pueden influenciar en el tipo de trastorno que será más prevalente en una región. (8)

A pesar de la alta incidencia, los TCA pueden pasar desapercibidos o ser mal diagnosticados debido al desconocimiento sobre estas patologías del personal sanitario de primera línea y, sin embargo, se ha evidenciado que su detección precoz mejora su pronóstico y reduce el tiempo de tratamiento. (5,6)

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general:

- Recabar información sobre cómo detectar de forma precoz los TCA en adolescentes, para evitar que sigan evolucionando y poder tratarlos de una forma más eficaz.

### 2.2. Objetivo específico:

- Recopilar información sobre los diferentes tipos de TCA y su sintomatología
- Identificar los factores de riesgo para desarrollar un TCA
- Determinar la prevalencia de los TCA en adolescentes
- Conocer los métodos más empleados para la detección precoz de los TCA
- Analizar el papel de enfermería en la detección precoz de los TCA

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Diseño

Se ha realizado una revisión bibliográfica empleando una metodología sistemática que parte de artículos primarios, revisiones bibliográficas o informes publicados por organismos oficiales relacionados con la detección precoz de TCA en la adolescencia.

#### 3.2. Estrategias de búsqueda

Palabras clave en castellano e inglés utilizadas en la búsqueda bibliográfica:

- Castellano:
  - o TCA, trastorno de la conducta alimentaria
  - o Detección precoz, detección
  - o Adolescente, adolescencia, adulto joven
- Inglés:
  - o ED, eating disorder
  - o Early detection, timely detection
  - o Teen, teenager, young adult, adolescent

Se han empleado los operadores booleanos AND y OR, así como el operador de truncamiento \*. Las ecuaciones de búsqueda de las que se ha partido han sido:

- o Ecuación de búsqueda inglés: ((Adolescent OR Teen OR Teenage\* OR "Young adult\*") AND (ED OR "eating disorder\*") AND ("early detection" OR "timely detection"))
- o Ecuación de búsqueda español: (Adolescente\* OR adolescencia OR "adulto joven") AND (TCA OR "trastorno\* de la conducta alimentaria") AND ("detección precoz" OR detección)

A estas ecuaciones se les ha realizado algún ajuste dependiendo de la base de datos empleada.

La búsqueda de los artículos, documentos y guías de práctica clínica empleados para realizar esta revisión se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Sciencedirect, Pubmed, Scopus y Google scholar. Se realizó entre octubre y diciembre de 2022, se aplicaron los filtros de año (2010-2023), de idioma (inglés y español) y las palabras clave tenían que estar en el título o en el resumen. Se obtuvieron los siguientes resultados: En Science direct de 67 resultados se seleccionaron 2, en Pubmed se obtuvo 1 resultado que también se seleccionó, en Scopus se obtuvieron 2 resultados que al no tener acceso abierto fueron descartados y en Google scholar de 121 artículos que se obtuvieron con la búsqueda, se adoptaron 2.

### 3.3. Criterios de inclusión y exclusión

En la búsqueda de la literatura se han incluido todos aquellos documentos que estuvieran en español o en inglés y que fueran publicados entre 2010 y 2023 (también se ha incluido alguno de antes del 2010 por ser muy relevante para este documento). Además, se han utilizado los siguientes criterios de búsqueda (ver Tabla 1) para obtener los artículos más relevantes para el trabajo.

**Tabla 1.**

*Criterios de inclusión y exclusión de artículos.*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ARTÍCULOS	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE ARTÍCULOS
Redactado en Castellano o en inglés	Redactado en otro idioma que no sea ni castellano ni inglés
Publicado entre las fechas 2010-2023	Publicados en fecha anterior a 2010
Artículos primarios, revisiones	Artículos de baja evidencia científica como

bibliográficas e informes publicados por organismos oficiales	blogs y folletos
Las palabras clave se encuentran en el título o en el resumen.	Las palabras clave se encuentran en el texto
Publicaciones abiertas	Artículos cerrados de pago
Artículos que hablan de TCA en la adolescencia	Artículos que hablan de TCA en niños y adultos
Artículos que traten de la detección precoz de TCA	Artículos que traten del tratamiento de los TCA

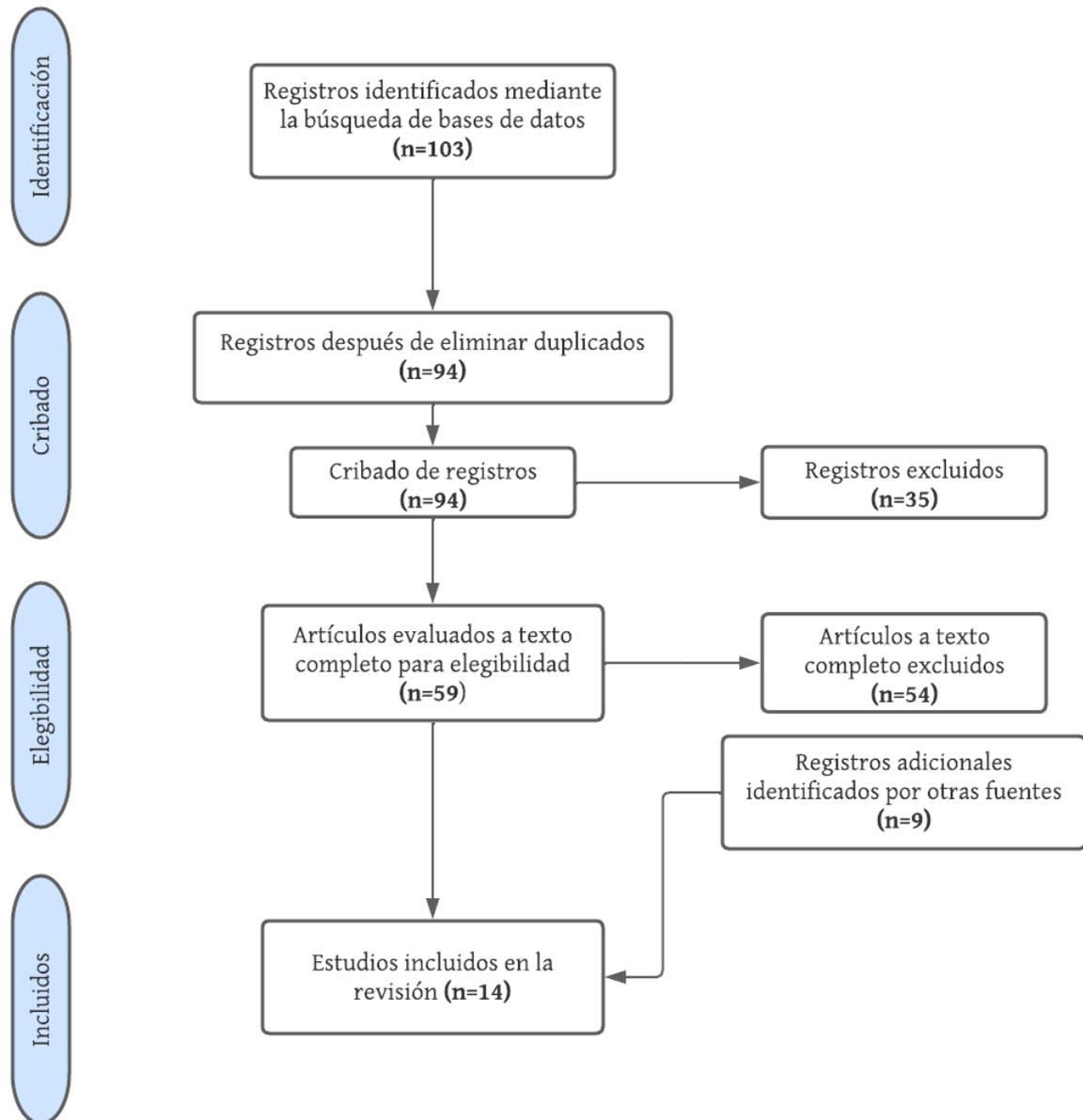
*Nota.* Elaboración propia.

### **3.4. Extracción de datos**

Sumando todos los resultados de búsqueda obtenidos en las bases de datos mencionadas previamente, se recopilaron un total de 191 artículos: 1 en Pubmed, 2 en Scopus, 121 en Google scholar y 67 en Science direct. Se ordenaron por relevancia y se tomaron únicamente los 50 primeros artículos de las búsquedas en Google Scholar y Science direct, ya que no se pudieron acotar más, se mantuvieron 103. Se excluyeron los artículos duplicados (9) y los que no eran relevantes para el tema (35), dejando 59 artículos. Excluyendo los que no tenían acceso abierto y los que no cumplían con los criterios de búsqueda se mantuvieron un total de 5 artículos. En este último paso se descartaron 54 artículos. A continuación, se incluyeron 9 artículos mediante la técnica “bola de nieve” a partir de los artículos previamente seleccionados, recopilando un total de 14 artículos para realizar la revisión. Finalmente, también se tomó información de 5 páginas web oficiales y de 7 libros/ guías de otras fuentes como asociaciones.

**Figura 1**

*Diagrama de "Prisma"*



*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 2**

*Resumen de los artículos y publicaciones encontradas.*

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>PRINCIPALES RESULTADOS</b>
Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo (2010)	Describir uno a uno todos los trastornos de la conducta alimentaria y exponer los aspectos que pueden ayudar a reforzar hábitos adecuados o a eliminar los inadecuados en los adolescentes.	Revisión bibliográfica	Los cambios en nuestra sociedad han afectado a las conductas alimentarias, y han dado lugar a nuevos trastornos de conducta alimentaria. Los TCA en la infancia no son iguales que los de la adolescencia. Actualmente, la hiperfagia que conduce a la obesidad está superando en gran medida a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La obesidad, aunque, no es un trastorno alimentario, sino una consecuencia de la hiperfagia relacionada con el sedentarismo se está cobrando muchas víctimas actualmente. La prevención y la educación son la única forma de detener la obesidad en niños y adolescentes, comenzando por casa y extendiéndose a la escuela y otros entornos.
A Preti, M B L Rocchi, D Sisti, M V Camboni, P Miotto (2011)	Realizar un metaanálisis sobre el suicidio en los trastornos alimentarios.	Metaanálisis	Los TCA de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) comparten muchos factores de riesgo de suicidio, pero existe una tasa de suicidio más baja por persona-año en BN en comparación con AN. El autor recomienda que se investiguen los factores que podrían explicar esta diferencia, con el objetivo de mejorar la comprensión y el tratamiento

			de los trastornos alimentarios y reducir el riesgo de suicidio en ambos
Christine M. turba, Cynthia Feltner (2022)	Proporcionar una descripción general de la recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), de los principios de detección y de las sugerencias para los esfuerzos clínicos y de investigación.	Revisión sistemática	La revisión de la evidencia mostró importantes lagunas en nuestro conocimiento sobre los TCA en atención primaria. Los autores hacen recomendaciones para futuros estudios basados en estas brechas de evidencia, y proponen estrategias clínicas específicas para poder mejorar la atención de las personas con trastornos alimentarios que acuden a la atención primaria.
Constaín, Gustavo A.; Rodríguez-Gázquez, María de los Ángeles; Ramírez Jiménez, Guillermo Andrés; Gómez Vásquez, Gloria María; Mejía Cardona, Laura; Cardona Vélez, Jonathan	Evaluar la efectividad del Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) en la identificación y prevención de trastornos alimentarios en hombres, así como su capacidad para determinar la validez diagnóstica y la utilidad en la evaluación del riesgo en esta población.	Cuestionario de estudio de validación observacional	El EAT-26 es un cuestionario multidimensional muy efectivo para la detección temprana de TCA en poblaciones de alto riesgo, ha demostrado tener una gran fiabilidad, sensibilidad y especificidad. Por lo tanto, el uso del EAT-26 podría ser considerado como una herramienta valiosa en la implementación de estrategias de detección precoz de TCA en hombres.

(2017)			
Ellen S. Roma, Verónica E. Isaac (2021)			Los TCA pueden ser mortales y afectan a la salud física y emocional de los jóvenes desde la infancia hasta la edad adulta. Detectarlos a tiempo puede prevenir graves consecuencias, evitando que los comportamientos alimentarios desadaptativos se arraiguen. Por lo tanto, es importante que los médicos de todos los campos, puedan reconocer y tratar adecuadamente estos trastornos.
García-Campayo, Javier; Sanz-Carrillo C.; Ibáñez JA; lou S ;Solano V. ;Alda M (2005)	Valorar el desempeño de la herramienta de cribado (SCOFF) recién desarrollada en su versión en español para la detección de trastornos alimentarios (TA) en pacientes de atención primaria.	Estudio de validación	Se puede afirmar que la versión en español del cuestionario SCOFF tiene propiedades psicométricas destacables para la detección temprana de trastornos alimentarios (TCA) en pacientes de atención primaria.
Hoek, Hans W (2016)	Destacar la prevalencia de estos trastornos en todo el mundo y describir los diferentes tipos de trastornos alimentarios, así	Revisión epidemiológica	Los estudios epidemiológicos han mostrado que las diferencias en las tasas de TCA pueden explicarse, al menos en parte, por factores socioculturales, y que, en los países occidentales, especialmente en Europa Occidental, la investigación se ha centrado en estudios sobre el

	como los factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo.		curso y los factores de riesgo, incluyendo la vulnerabilidad genética. Además, la recuperación es un parámetro importante del resultado en los TCA, y en general, las tasas de recuperación son altas. Sin embargo, la alta mortalidad en los TCA sigue siendo un problema importante, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa.
Javier García-Campayo , Ausias Cebolla y Rosa M. Baños (2014)	Discutir el papel de las nuevas tecnologías	Revisión	Las nuevas tecnologías son muy importantes para el abordaje de los TCA, ya que pueden facilitar el acceso a la información y mejorar la calidad de la atención. Asimismo, la necesidad de formación y capacitación del personal médico para la identificación y el manejo de estos trastornos en el ámbito de atención primaria es imprescindible.
Mary E. Fournier, Sarah K. Garwood (2021)			En este capítulo se abordan las inquietudes más comunes en torno a la salud de los adolescentes, así como las pruebas de laboratorio relevantes que se emplean para evaluar y tratar estas dolencias.
Nacianceno Simental, Julio César (2021)	conocer la incidencia y prevalencia de los principales trastornos de la conducta alimentaria, desde una perspectiva mundial, regional y	Revisión sistemática	A pesar de que ciertas afecciones están presentes en todos los entornos, algunas son más comunes en poblaciones específicas. Se ha identificado que los grupos más vulnerables son, las mujeres, adolescentes, deportistas y bailarinas. Estas precisarán de una evaluación adecuada y más exhaustiva para detectar los casos de manera oportuna con el fin de

	más específicamente de nuestro país.		prevenirlos y tratarlos a tiempo.
Rodríguez Rico, Irene (2019)	Analizar los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de edades entre 6 y 29 años, considerando las variables biopsicosociales desde una perspectiva integrativa.	Revisión bibliográfica	Existe una amplia variabilidad en los factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, lo que resalta la importancia de abordar el estudio de los TCA desde una perspectiva biopsicosocial.
S.Fernández Rojo, T.Grande Linares, C. Banzo Arguis, Diputado Félix Alcántara (2015)		Revisión	Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracones (TA). Cada uno tiene síntomas y características específicas. La prevalencia de TCA en España se estima en 4,1-6,41%. Los tratamientos para los TCA incluyen abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, que se enfocan en normalizar los hábitos alimentarios y tratar la comorbilidad psiquiátrica u orgánica si fuera necesario. La obesidad no se considera oficialmente un TCA, pero abordarla como tal podría generar nuevas opciones terapéuticas.

The National Eating Disorders Collaboration (NEDC) (2021)	Proporcionar a los médicos de atención primaria información clave sobre la identificación, respuesta y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria.		Se trata de un artículo que forma parte de un programa completo de formación en trastornos de la conducta alimentaria diseñado específicamente para médicos generales. La formación proporciona a los médicos generales la información clave necesaria para brindar la mejor atención posible a los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.
The National Eating Disorders Collaboration (2014)	Proporcionar a los médicos de atención primaria la información necesaria para la identificación, y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.		Guía creada para que los profesionales de atención primaria se puedan apoyar en ella a la hora de hacer frente a algún caso de TCA en su consulta

*Nota.* Elaboración propia

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) (9), los trastornos de conducta alimentaria se clasifican en:

- Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se define como: la pérdida significativa de peso en relación a la talla, provocada por la propia persona, por medio de la evitación de la ingesta de alimentos que la persona cree que le puede causar un aumento de peso. Además de esto debe darse uno o más de los siguientes síntomas: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, excesivo ejercicio y consumo de fármacos diuréticos y/o supresores del apetito. Por otro lado, padecen una imagen corporal alterada por lo que sobrestiman su imagen o peso corporal. También, se puede producir un trastorno endocrino que en mujeres debuta con amenorrea y en hombres se ve en una pérdida de la lívido y la función sexual. (6)

Una variante de la anorexia nerviosa es la anorexia nerviosa atípica. Una persona que la padezca cumplirá con todos los criterios para la anorexia nerviosa; sin embargo, a pesar de una pérdida de peso significativa, el peso de la persona se encontrará dentro o por encima del rango normal de IMC. Esta enfermedad tendrá impactos y complicaciones similares a la anorexia nerviosa. (2)

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, no se han dado episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o empleo incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas). La persona restringe mucho su ingesta energética y se da una pérdida de peso

principalmente a consecuencia de la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- Tipo atracones/purgas: el individuo restringe mucho su ingesta energética y durante los últimos 3 meses ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoprovocados, uso indebido de laxantes...). (2,9)

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por:

- La restricción de la ingesta energética por debajo de lo que su cuerpo necesita para funcionar correctamente, lo que conlleva un peso corporal significativamente bajo.
- Un miedo intenso a aumentar de peso, así como un comportamiento persistente que dificulta engordar pese a tener un peso corporal bajo.
- Una alteración de la imagen corporal, que provoca la falta de reconocimiento de la gravedad de su bajo peso corporal. (2)

La Organización Mundial de la Salud categoriza la delgadez en adultos de la siguiente forma:

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

Para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. (9)

- Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingesta de alimentos desmesurada en un periodo corto de tiempo y de forma descontrolada), frecuentemente en secreto, compensados con vómitos, uso indebido de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso, ayuno

uso de cualquier droga, ilícita, recetada y/o 'de venta libre', de forma inapropiada con el fin de evitar aumentar de peso. (2,3,6) Según el DSM-5 los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de media, al menos una vez por semana durante tres meses. (9)

Esta enfermedad inicia frecuentemente tras un largo periodo de dieta y puede pasar desapercibida, no se producen necesariamente variaciones en el peso y la persona afectada puede presentar un peso normal, bajo o sobrepeso por lo que no es un trastorno muy llamativo a simple vista. Generalmente las personas que la sufren piden ayuda bastante tarde ya que sus comportamientos y pensamientos les causan vergüenza culpa y asco. Su sentido de la autoestima y el autoconcepto suele verse afectado ya que lo tienden a definir conforme a cómo se ven ellos a sí mismos físicamente. (2,3,6)

Para especificar la gravedad del trastorno se mide la frecuencia con que el individuo lleva a cabo comportamientos compensatorios inapropiados. Según el DSM-5 la gravedad se mide en:

- Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana (9)

- Trastorno por atracón

El trastorno por atracón se caracteriza según el DSM-5 por:

- Episodios recurrentes de atracones: para que se considere atracón, debe tratarse de: una ingesta en un periodo de tiempo determinado, de una cantidad de alimento muy superior a la que una persona común ingeriría en el mismo tiempo y en circunstancias similares acompañado de una sensación de descontrol sobre la comida durante el episodio (no poder parar de comer, no saber cuánto se ha ingerido o se va a ingerir) (9)
  - *“Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:*
    1. *Comer mucho más rápidamente de lo normal.*
    2. *Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.*
    3. *Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.*
    4. *Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.*
    5. *Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.” DSM-5 (9)*
  - Sufrir un intenso malestar en lo que a los atracones se refiere
  - Los atracones deben tener lugar como mínimo una vez por semana durante al menos tres meses.
  - En el caso de este trastorno, los atracones no están necesariamente asociados a conductas compensatorias inapropiadas como ocurre con la bulimia nerviosa. Los atracones no son exclusivos de la bulimia nerviosa ni del trastorno por atracón, esta conducta puede estar presente en otros trastornos de la conducta alimentaria. (9)
- Trastorno de Conducta Alimentaria Especificado/No Especificado (TCAE y TCANE)

Se definen como un conjunto de presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario que conllevan consecuencias negativas en las diferentes áreas importantes del

funcionamiento, pero que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos establecidos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Los TCAE se distinguen de los TCANE en que, en el caso de los primeros, el profesional decide dar los motivos por los que el trastorno no cumple todas las características diagnósticas de alguno de los TCA preexistentes, mientras que en los TCANE no especifica el motivo de incumplimiento de alguno de los criterios. Dentro de los TCAE se distinguen: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos. (9)

- PICA

Es un trastorno de la conducta alimentaria que consiste en una ingestión constante de sustancias no nutritivas y no alimentarias (inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo) durante un período mínimo de un mes. Esta conducta alimentaria no es socialmente normativa ni está culturalmente aceptada. (9)

- Trastorno por Rumiación

Consiste en la regurgitación repetida de alimentos durante como mínimo un mes. Estos alimentos pueden ser masticados, tragados o escupidos de nuevo. Esta regurgitación no puede ser atribuida a ninguna afección médica y no es exclusivo de ningún otro tipo de TCA. (9)

- Trastorno por evitación / Restricción de alimentos

Este trastorno consiste en una dificultad persistente para comer adecuadamente e implica un rechazo hacia los alimentos por diferentes causas, por ejemplo, algunos individuos evitan los alimentos que tienen unas características organolépticas que no les gustan y otros sufren una falta de

interés aparente por alimentarse. Se manifiesta por el fracaso para lograr unas necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas junto con una o más de las características siguientes:

- Pérdida de peso importante/fracaso para alcanzar una relación talla-peso adecuada para la edad
- Déficit de nutrientes significativo.
- Necesitar de una alimentación enteral por sonda nasogástrica o por medio de suplementos nutritivos orales.
- Mal funcionamiento psicosocial como consecuencia de la malnutrición

Esta restricción alimentaria no está relacionada con ninguna otra patología médica y no cambia su causalidad por el hecho de que pueda existir otra enfermedad mental o no haya una buena disponibilidad de alimentos. Generalmente se inicia antes de los 6 años. (3,9)

- Nuevos trastornos: en los últimos años han ido apareciendo otros trastornos que todavía no han sido recogidos en los manuales de clasificación diagnóstica (DSM-5 y CIE-10) por lo que no son considerados TCA al 100% (actualmente se está debatiendo por los especialistas). (10)
  - Vigorexia: ejercicio compulsivo combinado con dieta para conseguir un “cuerpo perfecto” y musculado.
  - Ortorexia: obsesión por la comida biológicamente pura excluyendo de la dieta ciertos alimentos como aquellos que puedan contener grasas “malas”, herbicidas, pesticidas u otras sustancias artificiales como aditivos, conservantes...
  - Diabulimia: omisión de la insulina para bajar de peso en diabéticos tipo I. (3,10)

## 4.2. Factores de riesgo y factores protectores

4.2.1. Existen diferentes **factores de riesgo** que pueden favorecer el desarrollo de un TCA y muchas formas distintas de categorizarlos. Sin embargo, será la

combinación de varios factores la que provoque el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, esta combinación será diferente en cada caso. (3) Se van a organizar los distintos factores de riesgo diferenciando entre factores individuales, familiares y sociales.

I. **Factores individuales:**

- a. Predisposición genética: es más probable que un individuo desarrolle un TCA si: algún familiar ha tenido o tiene un TCA o algún otro tipo de problema de salud mental, tiene rasgos perfeccionistas o de impulsividad determinados genéticamente, pesa más que el resto durante la infancia, sus padres tienen un peso alto, menarquía temprana (antes de los 12 años), vive etapas de mucho cambio físico y social como puede ser la adolescencia, el embarazo, el posparto y la menopausia. (2,3,6)
- b. Rasgos psicológicos: las personas que tienen una baja autoestima y una imagen corporal negativa tienen mayor probabilidad de tener problemas con la alimentación que las que tienen una buena visión de sí mismas. Hay diferentes características de la personalidad que predisponen a sufrir un tipo de TCA u otro. Este es el caso de la anorexia, la cual se ve más en individuos con un perfeccionismo obsesivo, una gran necesidad de control y una autoexigencia muy elevada. Por otro lado, en el caso de la bulimia, quien la sufre tiende a sufrir mucha ansiedad y a ser muy impulsivo. (3) Aquellos que padecen algún otro trastorno psicológico comórbido son también más propensos a sufrir un TCA. (2) Haber sufrido algún trauma en la infancia como por ejemplo un abuso sexual también puede ser un factor predictor para el desarrollo de un TCA. (11)
- c. Edad: la adolescencia es la principal etapa en la que se desarrollan este tipo de trastornos, sobre todo entre los 12 y los 18 años. (2) Esto se debe a que en esta edad tienen lugar una serie de cambios muy importantes en la vida de una persona, tanto a nivel corporal (cambia el metabolismo, desarrollo de los aparatos reproductores, cambio de voz y crecimiento de la barba en hombres, crecimiento de la cadera y

las mamas en las mujeres...) como a nivel psicológico (la personalidad está en pleno desarrollo y formación durante esta etapa, la imagen corporal pasa a cobrar más importancia y con ello la autoestima suele verse afectada), social (los grupos de amigos van cambiando, se empieza a tener diferentes necesidades sociales...). (3)

- d. Sexo: el sexo femenino es el que más afectado se ve por los TCA. De cada 10 personas que padecen un TCA, 9 son mujeres. (3)
- e. Realizar dietas: las personas que están intentando perder peso o llevan a cabo dietas que requieren contar calorías o eliminar de forma radical algún grupo de alimentos tienen más posibilidades de padecer alguno de estos trastornos. También es un factor predictivo el haber ganado o perdido peso de manera inconsciente. (2)

## II. Factores familiares

- f. Actitudes de los padres: los padres son una figura muy importante en la infancia y como tales pueden tener comportamientos o actitudes que influyan en el desarrollo de algún TCA. Estos factores son: que los padres tengan sobrepeso u obesidad, la preocupación de los padres de que el niño tenga sobrepeso, tener conversaciones en casa o en la mesa sobre dietas o problemas de peso, las propias preocupaciones de los padres sobre su peso, su forma corporal o sus hábitos alimentarios, tener una expectativa muy alta sobre el hijo, llevar a cabo una crianza muy ansiosa, tener un bajo grado de contacto con el hijo y consumo de alcohol u otras drogas por parte de los padres. (11)
- g. Dinámicas familiares desordenadas: aquellas familias en las que no existe una estructura y organización segura y estable así como las que son muy exigentes y controladoras pueden actuar como factor predictor de desarrollar este tipo de trastornos. (3)
- h. Cambios traumáticos de la estructura familiar: un ejemplo de esto puede ser el fallecimiento de uno de los miembros de la familia. (3)

### III. Factores sociales

- a. Modelo de belleza imperante y presión social: actualmente el modelo de belleza idílico es el de un cuerpo delgado para mujeres y uno musculado para hombres. Esto sumado a la gran presión social que hay para alcanzar este modelo de belleza, generado principalmente por los medios de comunicación y redes sociales, tiene un gran peso como factor predictor de desarrollar un TCA. Se ha observado que, en relación a dichos factores, ha aumentado la incidencia de casos en los últimos años. (3)
- b. Determinados deportes o profesiones: se considera que son un grupo de riesgo para desarrollar un TCA a las personas que: practica deportes como la danza, en las que está tan presente el ideal de belleza delgado; las que en su deporte compiten en categorías en función del peso y las que trabajan en sectores relacionados con el mundo de la moda, el espectáculo, el cine, la televisión o las redes sociales, ya que sufren la presión de mostrarse al público con una determinada imagen. (3)
- c. El sistema de tallas: las tallas de la ropa no siguen un mismo patrón homogéneo, lo que provoca que la población este insatisfecha y confusa con la talla que deben usar. Esto puede desencadenar conductas alimentarias de riesgo al ver que la talla que una persona creía tener es una diferente en según qué prendas, y piense que su cuerpo ha cambiado en vez de que las tallas pueden llevar diferentes medidas según la prenda y la tienda. En un informe denominado «*No encontrar tu talla promueve la anorexia*» se evidencia que el 44% de la población termina haciendo dieta para intentar adelgazar tras comprobar que no utilizan la talla que ellos creían. (3)
- d. Páginas web que hacen apología de la anorexia y la bulimia: existen una serie de páginas y blogs en internet denominadas páginas pro-ana y pro-mia (pro-anorexia y pro-bulimia), que suelen estar escritas por una persona que padece un TCA y da consejos sobre cómo continuar con ciertas conductas patológicas para lograr el objetivo que tengan de

adelgazar, no comer, engañar a sus familiares y amigos para que no piensen que algo va mal, etc. Este tipo de contenido trata la anorexia y la bulimia como formas de vida en lugar de como una enfermedad. Dado que aún no existe una legislación contra estas páginas el acceso a estas es muy fácil y ejerce una influencia muy negativa sobre los chicos más jóvenes. (3)

- e. Tener poco o ningún apoyo social: para prevenir o mejorar el pronóstico de cualquier tipo de enfermedad mental es muy importante tener una buena red social en la que apoyarnos. Esto incluye a familiares, amigos, pareja o a cualquier persona que forme parte de la vida de uno y esté dispuesta a cuidarle y preocuparse por él. (12)

4.2.2. Así como existen factores de riesgo, también hay **factores protectores** que hacen menos probable el desarrollo de un TCA.

- I. En lo referido al **ámbito individual** algunos de estos factores pueden ser:
  - a. Tener una alta autoestima e imagen corporal positiva
  - b. Tener una buena alfabetización mediática (saber filtrar todo lo que se ve a través de medios de comunicación y ser crítico con toda la información que proyectan)
  - c. Tener un buen rendimiento escolar
  - d. Ser asertivo y tener una buena inteligencia emocional
  - e. Tener habilidades sociales, de resolución y de afrontamiento de problemas.
- II. Dentro del **ámbito familiar y social**, actúan como factores protectores:
  - a. Comer de forma regular en familia
  - b. Que la pareja, las amistades y la familia no enfatizen ni le presten tanta atención al peso y la imagen corporal
  - c. Practicar un deporte en el que el atractivo físico no tenga relevancia alguna
  - d. Formar parte de una cultura en la que todo tipo de tamaños y

formas corporales están aceptadas. (2)

### **4.3. Prevalencia**

Los TCA están considerados una de las 3 enfermedades crónicas más comunes en adolescentes. (2) Es bastante difícil obtener datos epidemiológicos precisos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA. Por un lado, muchas personas que los padecen no son diagnosticadas o no buscan tratamiento por desconocimiento, por falta de comprensión y entendimiento, por vergüenza o por no poder pagar un tratamiento privado. Por otro lado, muchos de los datos que tenemos son extraídos en su mayoría de centros públicos de ingreso hospitalario por lo que se pierden todos los datos de los casos que se descubren en atención primaria o de aquellos que acuden a centros privados de nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos o de médicos generales. Al no tener unas estadísticas completas y reales puede parecer que no hay tantos casos y que es un problema minoritario. Sin embargo, es un problema mucho más extendido de lo que se cree y que en los últimos años ha ido convirtiéndose en algo cada vez más presente en la población. Además, cada vez se inician a más temprana edad cómo se ha observado en los últimos cuatro años en los que ha habido un aumento de un 15% en casos de TCA en menores de 12 años. (13)

Hasta ahora, los estudios realizados en la población española determinan que el riesgo de desarrollar un TCA va desde el 4,46% hasta el 29,16% de la población. Este amplio rango se debe a lo expuesto anteriormente sobre la falta de homogeneidad y precisión en la recogida de datos. (14)

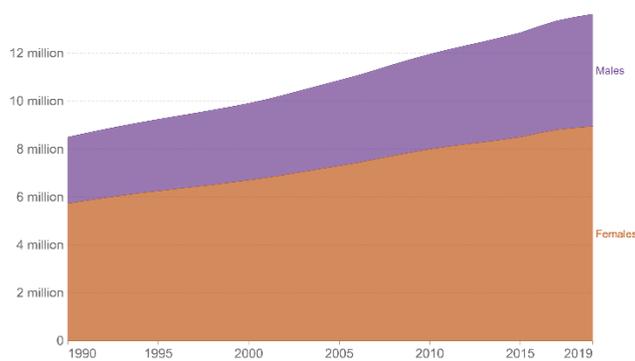
Los TCA son más frecuentes en mujeres (9 de cada 10 casos), siendo su prevalencia en España de 4,1% a 6,4% en mujeres entre 12 y 21 años, y de 0,3% para los hombres ((13) extraído de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, SEMG).

En el caso de la Anorexia y la bulimia de los 13,63 millones de hombres y mujeres que las padecían a nivel mundial en el año 2019, 4,68 millones eran hombres,

mientras que los casos de mujeres doblaban esta cifra, con un total de 8,95 millones de mujeres. También se puede comprobar que la prevalencia de estas enfermedades está en aumento atendiendo a los números de los 8,3 millones de casos registrados en 1990 frente a los 13,63 millones registrados en 2019 (Figura 2). (7)

**Figura 2.**

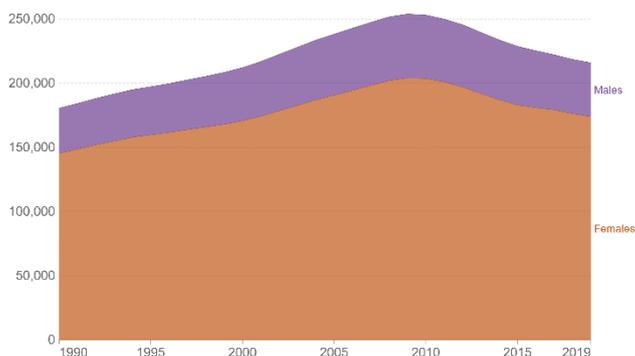
*Número de personas con anorexia y bulimia nerviosa diferenciado por sexos a nivel mundial entre 1990 y 2019. (7)*



En cuanto a los 215.920 casos registrados en España en el 2019 se puede comprobar que la diferencia entre sexos se acerca más a la proporción de 9 a 1 mencionada anteriormente (173.924 son mujeres y 41.996 hombres) (Figura 3). (13)

**Figura 3.**

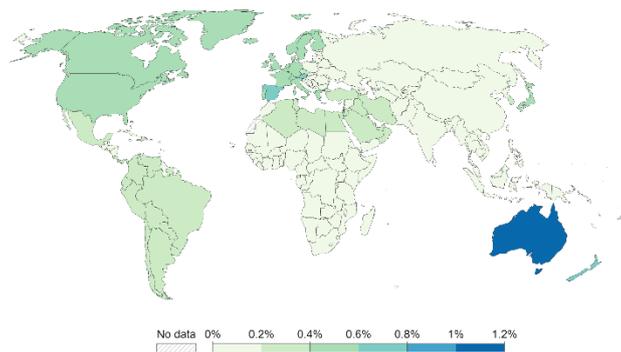
*Número de personas con anorexia y bulimia nerviosa diferenciado por sexos a nivel de España entre 1990 y 2019. (7)*



A nivel mundial, los países que mayor prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa tienen teniendo en cuenta el número de habitantes de cada uno, son Australia con un 1,14%, seguido de Nueva Zelanda con un 0,67% y de España con un 0,65%. (Figuras 4,5). (7)

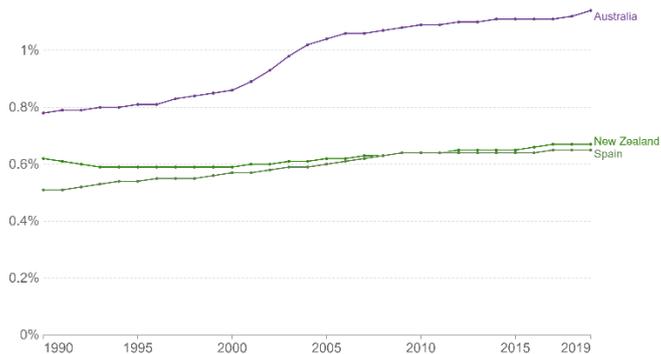
**Figura 4.**

*Diferencia por países según su población, del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel Mundial en 2019. (7)*



**Figura 5.**

*Representación gráfica de los países según su población, con mayor prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa a nivel mundial entre 1990 y 2019. (7)*

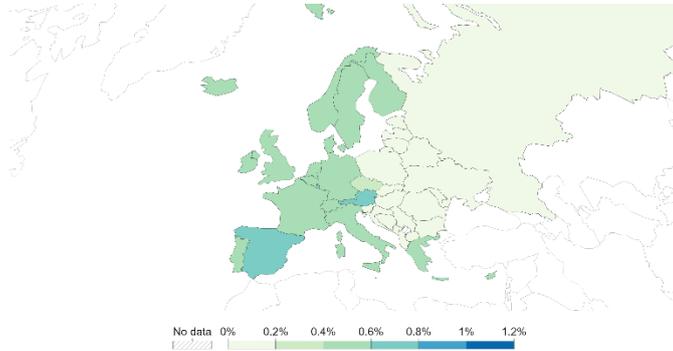


Dentro de Europa, el país con mayor prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa teniendo en cuenta el número de habitantes de cada uno, es España con un 0,65% en 2019 (Figura 6). Mientras que el país europeo con mayor número de personas con uno de estos padecimientos, independientemente de su población, es Alemania

con 288.787 casos en 2019 (Figura 7). (7)

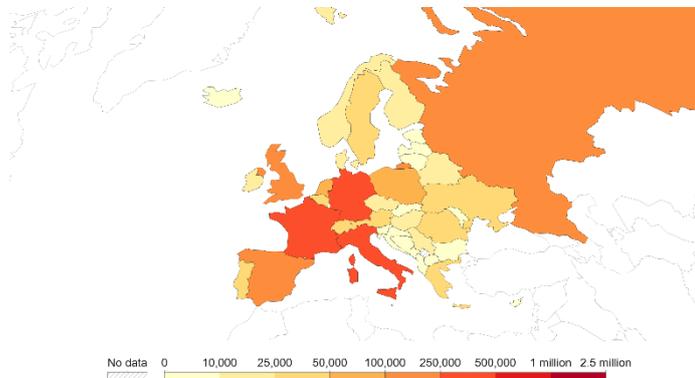
**Figura 6.**

*Diferencia por países, teniendo en cuenta su número de habitantes, del porcentaje de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel europeo en 2019. (7)*



**Figura 7.**

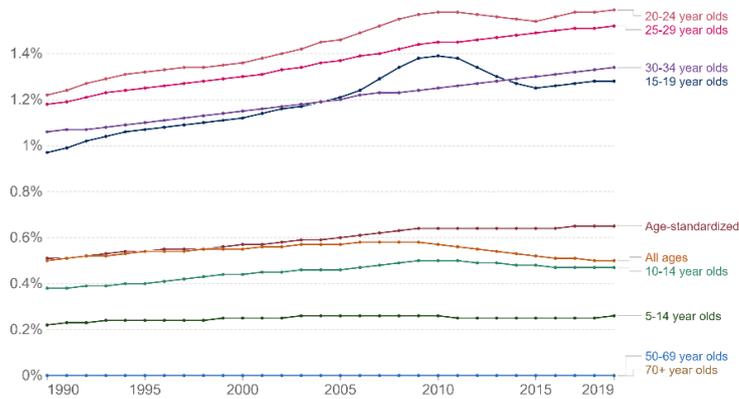
*Diferencia por países, sin tener en cuenta su número de habitantes, del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel europeo en 2019. (7)*



En cuanto a la edad, según los estudios epidemiológicos llevados a cabo en España en los últimos años, se ha visto que la población más afectada es la situada entre los 12 y 24 años, con una prevalencia en la población de mayor riesgo (las mujeres) del 4-6,4%. (6). Sin embargo, el rango de los 12 a los 24 es muy amplio, por lo que, concretando más y centrando el estudio en la anorexia y bulimia nerviosa en España en el año 2019, se ha podido observar que la franja de edad con una mayor en 2019 es la de los 20-24 años (1,59%) seguida de la de 25-29 años (1,52%), la de 30-34 años (1,34%) y finalmente la de 15-19 años (1,34%) (7) (Figura 8)

**Figura 8.**

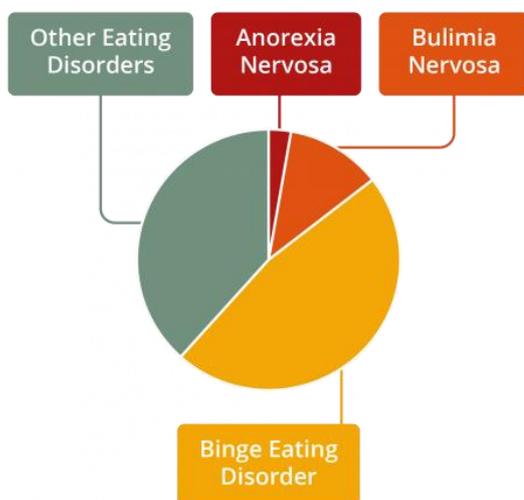
*Diferencia por edades del número de personas con anorexia o bulimia nerviosa a nivel de España entre 1990 y 2019. (7)*



Dentro del grupo de personas que padecen un TCA, el 3% es anorexia nerviosa, el 12% bulimia nerviosa (de las cuales el 70% son mujeres), el 47% trastorno por atracón y el 38% otros trastornos alimentarios. (figura 9. (2) Por otro lado, de todas las enfermedades mentales existentes, la anorexia nerviosa es considerada la que mayor tasa de mortalidad tiene por encima de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. (13)

**Figura 9.**

*Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria por diagnóstico (2)*



Finalmente, como todos estos datos señalan, los TCA son trastornos que tienen un gran impacto en la población y que va en aumento. Un estudio realizado a nivel mundial demuestra que en los últimos años su prevalencia se ha duplicado pasando del 3,4% de la población que padecía alguno de estos trastornos en el año 2000, al 7,8% de personas que los sufrían en 2018. (13)

#### **4.4. Prevención**

La prevención de los TCA abarca cualquier intento de cambiar o eliminar las circunstancias que los promueven, inician, perpetúan, o empeoran. Estas circunstancias comprenden tanto problemas físicos como emocionales y sociales. (15) Los científicos afirman que un mejor conocimiento sobre cuáles son los factores de riesgo que pueden desencadenar este tipo de trastornos puede ayudar a lograr programas de prevención más efectivos. Esto, unido a la potenciación de los factores protectores como pueden ser mejorar la autoestima, llevar la alimentación de manera intuitiva y apreciar la funcionalidad del cuerpo, puede lograr reducir la probabilidad de desarrollar un TCA. (12,15)

Es muy importante involucrar en la prevención además de al personal sanitario, a las familias, orientadores y profesores para lograr mejores resultados. (6) Entre todos pueden proporcionar a los niños y adolescentes una buena alfabetización mediática desde que son pequeños para lograr inmunizarlos contra los efectos negativos de las redes sociales, entre las que se encuentran: las comparaciones entre los cuerpos ideales que se ven proyectados en las redes sociales y el cuerpo de uno mismo y el acoso por redes sociales, ambas cosas pueden disminuir su autoestima y aumentar la probabilidad de desarrollar un TCA. Además, los padres pueden contribuir en el desarrollo de una buena relación con la comida de sus hijos, implementando en su rutina familiar realizar las comidas todos juntos. (11)

Según la Academia Nacional de ciencias (comité para la prevención de trastornos mentales, 2009) los diferentes programas de prevención se pueden clasificar de la siguiente forma:

- **Prevención universal/primaria:** son programas que están dirigidos a todos los miembros de una población (p.ej., todos los estudiantes de una clase). Su objetivo es actuar sobre grupos grandes con diferentes grados de riesgo y llegar a cambiar instituciones, políticas públicas, prácticas culturales y actitudes normativas.
- **Prevención selectiva:** se centra en las personas que aún no tienen síntomas, pero están en riesgo de sufrir un trastorno por factores psicológicos, biológicos o socioculturales. Este tipo de prevención suele necesitar de un plan interactivo de numerosas sesiones. (15)

Se ha demostrado en diferentes estudios que los programas de prevención resultan más eficaces cuando se realizan por un profesional, en sesiones interactivas y múltiples sobre poblaciones de riesgo y principalmente en mujeres jóvenes. Las estrategias que mayor eficacia han demostrado son el refuerzo de la autoestima y habilidades sociales, así como aprender a criticar el modelo estético imperante y a aceptar la propia imagen corporal. (6)

#### **4.5. Pronóstico y evolución**

Los trastornos de la conducta alimentaria son un gran problema sanitario en los países desarrollados, pero no solo por su prevalencia sino por las repercusiones que estos pueden llegar a tener. Al comenzar muchos de estos trastornos en la adolescencia o incluso antes pueden llegar a provocar muchos problemas en el desarrollo de los niños y adolescentes. En el caso de la anorexia la desnutrición a tan temprana edad puede ocasionar a nivel fisiológico: alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis y fracturas, debilidad y pérdida muscular incluido el corazón, fatiga, anemia, caída de pelo lanugo, deshidratación, etc.; a nivel psicológico: depresión, ansiedad, trastornos obsesivos, aislamiento social, déficits neuropsicológicos, problemas familiares y hasta suicidio. Por todo esto, el tratamiento de estos pacientes suele prolongarse mucho en el tiempo y suele requerir una alta cantidad de recursos, además de que, muchas veces, las relaciones familiares pueden deteriorarse afectando a sus miembros. (6)

Existen una serie de variables que influyen en la recuperación del paciente: si el paciente es una persona abierta, capaz de expresar sus pensamientos y emociones y tiene una buena capacidad de introspección, ya ha logrado cumplir con el 40% del tratamiento; si además tiene confianza y esperanza en el tratamiento que está llevando y en su futura recuperación se le suma un 15% de posibilidades de tener éxito en la recuperación; si el terapeuta que le lleva tiene una buena capacidad de apoyar sin juzgar, empatizar y tiene conocimiento clínico aumenta un 30% la posibilidad de recuperación; y finalmente el 15% restante abarca el tipo de estrategias que se empleen, cómo se lleven a cabo y el momento en que se apliquen. (4)

El desarrollo y evolución de los TCA depende sobre todo del tiempo que haya transcurrido desde el comienzo de la enfermedad y de cómo de efectivo este siendo el tratamiento. Si un paciente no se ha recuperado en los 2 primeros años de tratamiento, se espera que el tratamiento se prolongue cinco años o más. La media del tiempo que se necesita para recuperarse de un TCA está entre 3 y 5 años. Algunos estudios a largo plazo (más de 5 años) demuestran que el 60% de casos remiten, el 25% mejora y el 15% se cronifica. En el caso de trastornos que llevan en seguimientos de más de 5 años la mortalidad se sitúa en torno a un 5-6%. Muchas de las muertes que se producen por estos trastornos son a causa de la inanición o por suicidio. Por todo esto es muy importante tener paciencia y ser conscientes de que los cambios no se producen de un día para otro, sino que son de carácter progresivo. (4,6)

Se ha estudiado que detectar el trastorno a tiempo y tener pocos síntomas en el momento del diagnóstico predice una buena evolución, mientras que empeora el pronóstico tener un bajo peso al inicio del trastorno, que el trastorno no se inicie en la adolescencia sino en la edad adulta, el consumo abusivo de alcohol y que la duración del trastorno se prolongue en el tiempo. En el caso de la anorexia y la bulimia transcurren un año y cuatro años respectivamente desde que inician los

síntomas hasta que se pide ayuda. (6,16)

#### **4.6. Detección precoz**

Como se ha demostrado hasta el momento, los TCA son enfermedades muy serias que producen complicaciones físicas y psicológicas que pueden poner en riesgo la vida de la persona que lo padece, por eso es crucial detectarlo cuanto antes. Es importante tener en cuenta que los TCA no discriminan, ya que, pueden afectar a cualquier persona independientemente de su edad, género etnia, estatus socioeconómico, peso y talla. Además, mucha gente puede tener un aparente peso normal o sobrepeso y tener un TCA, al contrario de la creencia común de que solo la gente muy delgada tiene un TCA, e independientemente del peso que tengan, tanto las personas con bajo peso como las que se encuentran en un normopeso o un alto peso pueden estar malnutridas o estar llevando a cabo conductas alimentarias de riesgo. (4,14,16,17)

Lo más importante para que un TCA no se asiente de manera permanente y tenga un buen pronóstico de evolución es lograr detectarlo a tiempo. Sin embargo, la reducida conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes, junto con el desconocimiento acerca de estos trastornos de sus familiares y allegados, así como de los profesionales de atención primaria dificulta mucho detectarla a tiempo. (4,14,17)

Por ello, puesto que los TCA son difíciles de percibir es importante que los familiares y allegados adquieran conocimientos acerca de primeros síntomas que evidencian la presencia de un TCA para detectar la patología rápidamente. (4) Los signos de alarma no son criterios diagnósticos, por lo que, detectar alguno de estos síntomas no implica necesariamente la existencia de un TCA. Los diagnósticos son realizados por los profesionales del ámbito de la salud, por lo que, aunque por si solos no sirvan para diagnosticar un TCA es importante que ante la presencia de alguno de estos signos la persona sea evaluada por un profesional. (3)

## 1. Detección precoz en el ámbito familiar

A la hora de detectar a tiempo estos trastornos la familia juega un papel muy importante, ya que ellos son los que más tiempo pueden pasar con la persona afectada, por lo que pueden detectar ciertos síntomas que en consulta pueden pasar desapercibidos.

Algunos indicios de que una persona está sufriendo una alteración de la imagen corporal que los familiares pueden captar son:

- La expresión frecuente de comentarios negativos que expresen odio hacia su cuerpo
- Prestar mucha atención a los anuncios que promocionan productos adelgazantes y que exprese deseos de adelgazar tras ver alguno de estos comerciales.
- Comentar los cuerpos de otras actrices, modelos o personas famosas y expresar envidia por sus cuerpos
- Mirarse muy frecuentemente las partes de su cuerpo que no le gustan en espejos, escaparates, ventanas sobre todo después de haber comido.
- Ponerse muy nerviosa, agresiva o llorar tras mirarse al espejo.
- Apretar el abdomen siempre que puedan o cubrirlo con sus brazos para tapar esa parte del cuerpo que le disgusta.
- Tiende a vestirse con ropa ancha los días que se ve mal negándose a ponerse ropa estrecha o corta, bañadores, prendas ajustadas para hacer deporte... Emplean excesivo tiempo en vestirse y decidir qué ponerse y algunos días se ven tan mal que deciden no vestirse y quedarse en casa.
- Evita ir a la playa o la piscina para no tener que ponerse en bañador, y si lo hacen, se tapan con una toalla y se quedan sentadas, evitando pasear en bañador delante de gente, sobre todo si se trata de gente joven
- Mientras que si ve que su cuerpo tiene cualquier fallo deciden no salir la calle, cuando tiene un buen día y percibe que su cuerpo está bien, tiende a salir de manera excesiva.

- En ocasiones gastan excesivamente en productos cosméticos, masajes y cremas reductoras y reafirmantes y cualquier otro tipo de técnicas enfocadas a mejorar su cuerpo.
- Pueden llevar a cabo conductas auto-lesivas cuando se sienten muy mal con su cuerpo, se pueden maltratar física y verbalmente. Estas conductas se ven intensificadas cuando se produce un aumento o disminución de talla.
- Una pérdida de peso sin justificación
- Aumentar la cantidad de ejercicio físico que realiza de manera exagerada o que realice ejercicio físico con el objetivo de adelgazar. (3,4)

En cuanto a los cambios de conductas en relación a la alimentación, se consideran signos de alarma: Un estado de constante preocupación por la comida (cantidades, grupos alimenticios, calorías, horarios...), un uso injustificado de dietas, sentimientos de culpa por haber comido/comido de más, un interés repentino por las recetas de cocina, comer muy deprisa, irse al baño justo después de comer de manera repetida, evitar las comidas familiares o comidas fuera de casa en las que no pueda controlar lo que se va a comer, ver que la comida en casa se acaba más rápido de lo normal y encontrar comida escondida, presenciar algún síntoma secundario a la desnutrición como puede ser tener constante frío en manos y pies, estreñimiento, palidez y sequedad de la piel, mareos frecuentes, caída de pelo y en las mujeres una amenorrea de al menos 3 meses de evolución. (3)

También se puede observar que el paciente tiene una disminución de su rendimiento académico/laboral, comportamientos manipuladores y aumento de mentiras, aislamiento progresivo, aumento de la irritabilidad y agresividad, así como de síntomas depresivos y ansiosos. (3)

## 2. Detección precoz en atención primaria

En aquellos países en los que la atención sanitaria es pública, el servicio de **atención primaria** supone la puerta de entrada del paciente al sistema. Por tanto, este primer nivel de atención sanitaria debería tener un papel fundamental en la detección y tratamiento precoz de la mayoría de las enfermedades, entre ellas los TCA, como forma de evitar la cronicidad y de mejorar su pronóstico. Teóricamente, de acuerdo con lo reflejado en las guías clínicas nacionales sobre TCA, atención primaria debería ser responsable de identificar a personas en riesgo de desarrollar un TCA, diagnosticarlas a tiempo, decidir si pueden tratarse en atención primaria o precisan derivarlas a salud mental, ser capaces de proporcionar información sobre estos trastornos a familiares y pacientes e iniciar el tratamiento a nivel nutricional, así como llevar un control de las complicaciones físicas. Sin embargo, esta no es la realidad actual y en atención primaria no se está llevando un buen manejo de los TCA, ya que, su detección precoz no forma parte de la práctica habitual de esta área. (18) Esto se debe a la falta de conocimientos de los profesionales sobre estos problemas, el reducido tiempo que tienen para llevar a cabo sus consultas de manera que no pueden profundizar y proporcionar una atención integral a las personas afectadas, ni tampoco llevar a cabo actividades preventivas; la falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes y la baja asistencia de los adolescentes al centro de salud. (16,19)

La detección precoz de TCA puede llevarse a cabo desde diferentes campos del ámbito de la salud. El médico juega un papel fundamental, puesto que es el que se encarga de evaluar, diagnosticar y controlar médicamente los distintos síntomas y presentaciones de los TCA, también se encarga de derivar el caso a un especialista de salud mental en caso de que sea necesario y debe gestionar al equipo de atención primaria durante todo el proceso. Un nutricionista también puede ser capaz de detectar un trastorno de este tipo, ya que puede identificar conductas alimentarias que pueden estar alteradas, además, puede detectar casos de TCA en una consulta normal de cualquier paciente que vaya para perder peso, pero muestre un patrón alimentario alterado. Los psicólogos también pueden percatarse de pacientes que tengan factores desencadenantes

y de riesgo de desarrollar estos trastornos, ellos pueden llegar a captar casos potenciales. Los dentistas pueden observar varios síntomas físicos que evidencian la presencia de un TCA como pueden ser: deshidratación de las mucosas, eritema en el paladar y faringe y problemas dentales consecuentes de la desnutrición causada por la anorexia nerviosa, o por efecto del vómito como puede darse en la bulimia nerviosa. En este último caso se puede observar desde una erosión del esmalte, hasta una pérdida de algún trozo de diente, y los síntomas que esto puede dar son sensibilidad a la temperatura y en casos graves, necrosis de la pulpa. Desde trabajo social también pueden encontrarse con casos incipientes o sin diagnosticar de TCA, ya que, estos en sus entrevistas llegan a conocer los estilos y condiciones de vida de los pacientes, así como los hábitos poco saludables relacionados con estos trastornos que los pacientes puedan tener. Por último, la enfermera, al ser la que más a menudo puede ver al paciente es quien antes puede detectar problemas en el peso, en la actitud hacia la comida, conductas raras, y cambios a nivel emocional. (20,21)

Cuando aparece en la consulta un paciente que presenta síntomas de un incipiente TCA, es muy importante la forma en que el profesional de salud reaccione ante estos síntomas, ya que, de esto depende muchas veces que este paciente decida iniciar un tratamiento o no. Actualmente pueden pasar entre 4 y 10 años desde que un paciente comienza con síntomas hasta que recibe el primer tratamiento y, teniendo en cuenta, que cuanto antes se inicie el tratamiento, mejor pronóstico tendrá el paciente, es importante que los profesionales de atención primaria tengan una buena respuesta ante cualquier signo de alarma o búsqueda de ayuda de algún paciente. Las formas más comunes de presentación de este tipo de trastornos en este ámbito son: una ganancia/pérdida de peso significativa e injustificada, cambios repentinos en los hábitos alimenticios (eliminación de algún grupo alimenticio, de alguna comida...), cambios en los patrones de ejercicio físico, problemas gastrointestinales, problemas de infertilidad, problemas emocionales, fatiga, insomnio, amenorrea, alteraciones electrolíticas sin una causa aparente, infertilidad, uso injustificado de medicamentos que afectan al peso (insulina,

medicamentos tiroideos...) sensación de frío constante independientemente del clima, mejillas o hinchadas, callos en los nudillos y dientes dañados. (14,22)

- **Pruebas de cribado**

Teniendo en cuenta la importancia de detectar las señales de alarma a tiempo, varios autores coinciden en que se podrían llevar a cabo una serie de pruebas de cribado breves, simples, que no supongan un gran gasto económico y validadas, durante las consultas de niños y adolescentes sanos, para lograr la detección de potenciales TCA. (16) Los instrumentos de cribado no son equivalentes a instrumentos diagnósticos, las herramientas de cribado son muy útiles para descartar la presencia de síntomas sospechosos y para detectar a aquellos que obtengan puntuaciones altas y reevaluarlos para ver si cumplen los criterios diagnósticos oficiales, como pueden ser los del DSM-5 y CIE-10. (16) Para que las herramientas de cribado sean útiles para la detección, deben ser, breves y precisas y no deben requerir una gran capacitación. (18)

En las consultas de atención primaria, concretamente del médico y la enfermera, se pueden emplear **preguntas de detección y cuestionarios**.

- Las **preguntas de detección** se emplean para dar pie al paciente a hablar sobre sus hábitos alimenticios, percepción corporal, comportamientos ante la comida... pero sin dejar entrever el objetivo de detectar posibles síntomas de un TCA. Se realizarán unas pocas preguntas previamente estudiadas y de forma espontánea cuando el paciente se presente en consulta por otras razones. (2) Un ejemplo de esta herramienta es el "Eating Disorder Screen for Primary Care" (ESP) (Tabla 3).

**Tabla 3.**

*Tabla de elaboración propia de la herramienta ESP traducida al español. (21)*

Eating Disorder Screen for Primary Care (ESP)
1. ¿Estas satisfecho con tus patrones alimentarios?
2. ¿Comes en secreto?
3. ¿Tu peso afecta la manera en la que te ves a ti mismo?
4. ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido un trastorno alimentario alguna vez?
5. ¿Sufres actualmente o has sufrido alguna vez un trastorno de la conducta alimentaria?
Una respuesta negativa a la pregunta 1 se clasifica como una respuesta anormal Una respuesta positiva a las respuestas 2-5 se clasifica como una respuesta anormal Cualquier respuesta anormal indica que el paciente necesita una mayor evaluación.

- Los **cuestionarios psicométricos** son una serie de cuestionarios que sirven para realizar un cribado y posterior diagnóstico de los TCA. Estos cuestionarios se pueden realizar en el área de atención primaria y si en alguno de ellos los resultados evidenciasen que hay un TCA sería recomendable derivar al paciente a salud mental para que recibiese un buen tratamiento acorde a sus necesidades. Los cuestionario de cribado psicométricos más empleados en la practica clínica son: la encuesta SCOFF, el EAT-40 (EAT-26, CHEAT), el BULIT, el BITE. (18)
  - Encuesta SCOFF (Tabla 4): es un cuestionario muy breve y simple que se realiza en Atención Primaria y tiene muy buenas cualidades psicométricas para la detección precoz de TCA con una sensibilidad del 97,7% y una especificidad del 94,4%. Consiste en cinco preguntas dicotómicas, en las que se valora la pérdida de control sobre la ingesta, la insatisfacción corporal y la presencia de actos purgativos. De los cuestionarios de cribado para TCA, este es el más empleado y en Reino Unido ya se emplea como instrumento estándar. (16,17,23)

**Tabla 4.**

*Versión en español del cuestionario SCOFF. (Un punto por cada "sí"; una puntuación de 2 o más indica un caso probable de anorexia nerviosa o bulimia.) (11)*

1. ¿Te enfermas porque te sientes incómodamente lleno?
2. ¿Le preocupa haber perdido el control sobre cuánto come?
3. ¿Ha perdido recientemente más de una piedra (14 lb /6,3 kg) en un período de 3 meses?
4. ¿Te crees gordo cuando otros dicen que eres demasiado delgado?
5. ¿Dirías que la comida domina tu vida?

- Escala de actitudes hacia la comida (EAT-40): la diseñaron para detectar actitudes anómalas hacia la comida relacionadas con el impulso de perder peso, el temor a engordar y la restricción alimentaria. Sin embargo, como es muy larga y las consultas de atención primaria tienen un tiempo muy reducido, se emplea una adaptación, EAT-26, propuesta por Garner DM en 1982. (16) Esta consiste en las primeras preguntas del cuestionario original, eliminando las 14 últimas que no mejoraban la capacidad predictiva del cuestionario, según se estudió. Este cuestionario ha demostrado tener una gran sensibilidad y especificidad en la población masculina. También existe una versión infantil denominado ChEAT-26. (24,25)
- Cuestionario Bulimia Test (BULIT): es un cuestionario que permite identificar a personas, en riesgo de desarrollar BN. Se recomienda que los participantes sean mayores de 12 años. Tiene una sensibilidad, especificidad y VPP de 95%, 98% y 91%, respectivamente. (16)
- Test de investigación de bulimia de Edimburgo (BITE): al igual que el BULIT, está enfocado a detectar a las personas en riesgo de

desarrollar BN. Tiene una sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) de 100%, 100% y 100%. (16,17)

En resumen, de todos los cuestionarios psicométricos existentes, se recomienda que ante una sospecha de TCA en general se aplique el cuestionario SCOFF a mayores de 11 años, ante un posible caso de AN son bastante eficaces los cuestionarios de EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre 8 y 12 años) y para una sospecha de BN resultan buenas herramientas los cuestionarios BULIT y BITE a partir de los 12-13 años. (16)

- Por otro lado, desde la consulta de atención primaria también se pueden realizar **exploraciones físicas y pruebas de laboratorio:**
  - **La exploración física:** es otro elemento muy importante a la hora de detectar a tiempo un trastorno de este tipo, esta debe ir encaminada a valorar el estado nutricional del paciente y a detectar posibles complicaciones físicas provocadas por la desnutrición o por otras conductas que pueden llevar a cabo estos pacientes como por ejemplo las purgas. En una exploración física de este tipo se observarán: las constantes vitales como la tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura corporal y frecuencia respiratoria (en pacientes con cierto grado de desnutrición suelen estar más bajos estos valores), el IMC también nos puede proporcionar bastante información: un IMC normal se considera entre 18,8 y 25. Por debajo de 18 se considera desnutrición y un  $IMC < 17$  es considerado como pauta diagnóstica de AN según la CIE-10, por otro lado, las personas con BN suelen tener un peso normal o incluso un ligero sobrepeso. También se explorará la hidratación de la piel, el pliegue cutáneo, cicatrices de lesiones cutáneas autoprovocadas como cortes o quemaduras, el signo de Russell (durezas o heridas en la mano como consecuencia del vómito autoprovocado), erosiones dentales y lesiones en la zona orofaríngea. (16)

- **Pruebas de laboratorio:** los análisis de laboratorio pueden aportar mucha información que a simple vista no podemos detectar, sin embargo, un resultado de analítica normal no puede descartar la presencia de un TCA por sí solo. Los parámetros más importantes que incluiríamos en la petición de la analítica, así como alguna otra prueba complementaria que podría aportar mucha información son los reflejados en la tabla 5. (14,16)

Como se ha mencionado anteriormente, al ser enfermería el primer y más habitual nivel de contacto con el paciente, es el área desde el que se pueden comenzar a poner en práctica todas estas estrategias, ya que, son los profesionales que antes pueden detectar conductas anómalas como cambios en el peso, en la actitud hacia la comida y en el estado de ánimo, que pueden indicar la presencia de un TCA. (20)

**Tabla 5.**

*Tabla de los estudios de laboratorio y otras pruebas que se pueden realizar a pacientes de los que se sospecha un posible TCA, y los resultados que se consideran anormales que nos deberían llamar la atención. (14)*

PRUEBAS DIAGNOSTICAS INDICADAS EN TODOS LOS PACIENTES EN QUIENES SE SOSPECHA UN TCA	
ESTUDIOS BASICOS	HALLAZGOS ANORMALES POTENCIALES Y CAUSAS
Hemograma completo	Leucopenia, anemia, o trombocitopenia
Panel completo que incluya electrolitos séricos, pruebas de función renal y enzimas hepáticas	<p>Glucosa: ↓ <i>pobre nutrición</i></p> <p>Sodio: ↓ <i>sobrecarga de agua o laxantes</i></p> <p>Potasio: ↓ <i>vómitos, laxantes, diuréticos</i></p> <p>Cloro: ↓ <i>vómitos, laxantes</i></p> <p>Bicarbonato sérico: ↑ <i>vómito</i> ↓ <i>laxantes</i></p> <p>Nitrógeno de la urea sérico: ↑ <i>deshidratación</i></p> <p>Creatinina: ↑ <i>deshidratación, alteración función renal, desgaste muscular</i></p> <p>Calcio: <i>ligeramente</i> ↓ <i>pobre nutrición a expensas de hueso</i></p> <p>Fosfatos: ↓ <i>pobre nutrición</i></p> <p>Magnesio: ↓ <i>pobre nutrición, uso laxantes</i></p> <p>Proteína/Albumina Total: ↑ <i>en malnutrición temprana a expensas de masa muscular</i>, ↓ <i>en malnutrición tardía</i></p> <p>Prealbumina: ↓ <i>en malnutrición calórico-proteica</i></p> <p>Aspartato Aminotransaminasa (AST), Alanino Aminotransaminasa (ALT): ↑ <i>inanición</i></p>
Electrocardiograma (ECG)	Bradycardia (frecuencia cardiaca baja), prolongación QTc (>450msec), otras arritmias
ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ADICIONALES A CONSIDERAR	
PRUEBAS ADICIONALES	POTENCIALES HALLAZGOS ANORMALES
Niveles de Leptina	Leptina: ↓ <i>en malnutrición</i>
Hormona Estimulante de Tiroides (TSH), Tiroxina (T4)	<p>TSH: ↓ <i>o normal</i></p> <p>T4: ↓ <i>o normal síndrome eutiroideo enfermo</i></p>
Enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa)	<p>Amilasa: ↑ <i>vómitos, pancreatitis</i></p> <p>Lipasa: ↑ <i>pancreatitis</i></p>
Gonadotropinas (LH y FSH) y esteroides sexuales (estradiol y testosterona)	Niveles LH, FSH, estradiol (mujeres) y testosterona (hombres): ↓ <i>o normal</i>
Velocidad de Sedimentación Globular (VSG)	VSG: ↓ <i>inanición</i> o ↑ <i>inflamación</i>
Absorciometría Dual de Rayos-X (DEXA)	Los pacientes con TCA están en riesgo de una <i>densidad mineral ósea (DMO)</i> baja. No hay evidencia que la terapia de reemplazo hormonal (estrógenos/progesterona en mujeres o testosterona en hombres) mejore la DMO. La rehabilitación nutricional, la recuperación de peso y la normalización de la producción endógena de esteroides sexuales son los tratamientos de elección.

## 5. DISCUSIÓN

La detección precoz de los TCA es fundamental, ya que, estos trastornos provocan consecuencias muy serias tanto sociales, como de la salud física y mental de las personas que los padecen. Estas pueden llegar a sufrir complicaciones graves que requieran una atención sanitaria compleja y hospitalizaciones prolongadas. También, pueden llegar a derivar en la muerte por desnutrición o suicidio. Por tanto, cuanto antes se detecten, más probabilidades habrá de llevar a cabo un tratamiento efectivo y de lograr una recuperación completa.

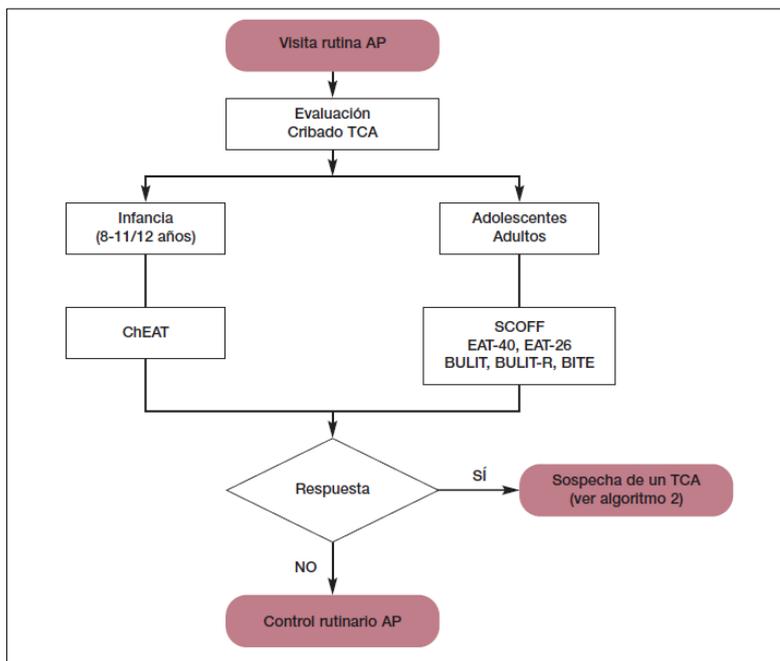
Estos trastornos suponen una gran carga de salud pública, lo que conlleva un gran gasto a nivel económico. (18) Teniendo en cuenta que muchos casos se detectan demasiado tarde como para lograr una recuperación rápida y con poca inversión de recursos, es muy importante fomentar su detección precoz para así optimizar los recursos invertidos en este tipo de trastornos. Para lograr esto, se sostiene que en atención primaria se debería adoptar una mayor responsabilidad y dedicación, en lo que a descubrir estos trastornos a tiempo se refiere, y, sin embargo, actualmente no se ha adoptado esta función como práctica habitual en dicho ámbito sanitario. (18)

Los adolescentes que acuden a la consulta de atención primaria generalmente son personas sanas que aparentemente no tienen ningún trastorno de este tipo. Sin embargo, es en este grupo poblacional en el que más se debe incidir en cuanto a prevención y detección temprana de TCA, ya que, un 17,5 % de pacientes adolescentes están en riesgo de desarrollar un TCA (26) y se ha demostrado en varios estudios que hay una gran presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes sanos, los cuales, en un futuro, desarrollaran un TCA o sobrepeso. (6) Por lo tanto, en una consulta de revisión rutinaria, dedicando un momento a explorar la presencia de posibles conductas de riesgo relacionadas con la alimentación, se podría descubrir un potencial TCA, que, si no se detecta a tiempo, terminaría siendo en unos años un caso confirmado de TCA de mucho tiempo de evolución que conlleva un largo y costoso tratamiento.

Para que desde atención primaria se lleve a cabo este trabajo con los TCA existen una serie de herramientas como son las preguntas de detección o los cuestionarios de cribado como el SCOFF, el EAT-40, el BULIT y el BITE entre muchos otros. Aunque actualmente no están establecidos como parte de los protocolos rutinarios que se llevan a cabo en consulta, sería muy recomendable adoptar esta práctica. (Figura 10)

**Figura 10.**

*Cómo debería ser la detección de potenciales casos de TCA en atención primaria.*  
(16)



Dentro del equipo de atención primaria, la enfermera al ser el primer contacto del paciente con el sistema de salud es el profesional que en mejor posición está para detectar signos y síntomas tempranos de TCA. Son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes, y más ahora que enfermería está adquiriendo más funciones y adoptando cada vez más responsabilidades, por lo que es muy importante que tengan los conocimientos y herramientas necesarias para llevar a cabo un buen cribado de este tipo de trastornos.

Cuando un paciente acude a su consulta por cualquier razón, la enfermera puede

realizarle alguna pregunta de detección cuando lo vea oportuno relacionada con cómo son los hábitos alimenticios del paciente, cuantas comidas realiza al día, que tipos de alimentos suele incluir en su dieta, averiguar si el paciente tiene algún trastorno del sueño o si sufre algún cambio de humor, entre otras cosas. También, llevar un control rutinario del peso aprovechando que el paciente está en la consulta, puede aportar información sobre la tendencia ponderal del paciente. Este tipo de actividades nos pueden ayudar a detectar algún indicio de conducta alimentaria de riesgo sin que el paciente se sienta intimidado pensando que se tiene alguna sospecha relacionada con sus conductas y hábitos alimenticios. Si la intención del profesional fuera demasiado evidente podría provocar que el paciente que no afronta su enfermedad se cierre a los profesionales, dificultando así la detección, diagnóstico y tratamiento del trastorno si lo padeciera. Sin embargo, si se ve que el paciente ha establecido una buena relación terapéutica con el profesional y es colaborador, se pueden llevar a cabo preguntas más concretas y realizar algún cuestionario de cribado. Por todo esto, es muy importante la primera impresión que se llevan los pacientes de su primer contacto con los profesionales, así como el tipo de relación terapéutica que establezcan, ya que esto dictaminará si el paciente vuelve a acudir al centro cuando tenga algún problema o si, por el contrario, clasifica a estos profesionales sanitarios como “enemigos” y no confía más en este recurso.

Está demostrado que el riesgo de desarrollar un TCA tiene mayor incidencia en la población adolescente, ya que como demuestran los estudios, el 70% de los jóvenes se siente a disgusto con su cuerpo y su apariencia, 6 de cada 10 chicas creen que si estuvieran más delgadas serían más felices y el 30% de ellas manifiesta conductas patológicas o de riesgo. (13) A consecuencia de esto, serviría de gran ayuda implementar estas herramientas de detección precoz, además de en el área de adultos (> de 14 años), en el de pediatría, ya que en esta se trata a la población adolescente de hasta 14 años de edad. Añadido a esto, hasta los 14 se realizan revisiones por norma general cada año/ dos años, lo que supone una muy buena oportunidad para detectar cualquier tipo de conducta, comportamiento, o hábito de los pacientes que pueda resultar alarmante.

Para favorecer la detección precoz, es importante también incidir en la prevención. Esta abarca muchos ámbitos desde la educación recibida en casa en relación a la alimentación e imagen corporal, la educación recibida en la escuela y en el centro de salud, hasta la cantidad de tiempo que se pasa inmerso en algún medio de comunicación, red social, o programa televisivo y la capacidad de emplear los propios valores para filtrar dicha información que se recibe constantemente diferenciando la realidad de la ficción o de lo “editado”. Esto último es algo que está muy presente en la vida de los adolescentes hoy en día, ya que, invierten una gran parte de su tiempo inmersos en las redes sociales. En ellas se puede encontrar contenido de todo tipo, pero una gran parte de él está relacionado con el mundo de la belleza y lo ideal. Existen muchos personajes públicos que proyectan su vida en una red social de forma utópica dejando ver únicamente las partes buenas de su día a día, las fotos o vídeos en los que mejor se ven e incluso contenido sujeto a ediciones que distorsionan la realidad de la imagen y de estos individuos. A consecuencia de esto, el adolescente que consume este tipo de contenido puede llegar a creer que su vida no es suficientemente interesante, su cuerpo no es bonito o no tiene tantas curvas, su dieta no es tan sana, no hace tanto deporte, etc. Todo esto conforma un factor de riesgo para desarrollar un TCA, por lo que, para prevenirlo, hay que asegurarse de que los jóvenes tengan una buena educación en cuanto a alimentación e imagen corporal pero también sobre redes sociales y medios de comunicación. Es muy importante que desarrollen un filtro para diferenciar lo real de lo que no lo es, y por tanto logren evitar compararse con lo que muestran otros individuos de los que no saben realmente cómo es su vida, cuál de todo su contenido es verídico o todo lo que hay detrás de un “cuerpo bonito” como los que se muestran en las redes sociales. Todo este trabajo no depende únicamente de los profesionales sanitarios, sino que esto es algo que se debe trabajar en casa, en el colegio y en el centro de salud de manera conjunta.

Durante la búsqueda bibliográfica se ha observado que hay un vacío en cuanto a la literatura sobre el papel de la enfermería en la detección precoz de los TCA. Se ha observado que, en muchos de los documentos, se trata la detección precoz de TCA

en atención primaria de forma general o incluso se habla únicamente sobre las labores que llevan a cabo los médicos, atribuyéndoles muchas veces funciones, que en la realidad llevan a cabo los profesionales de enfermería. El objetivo de describir el papel de enfermería en la detección precoz de TCA ha sido parcialmente cumplido, al no haber logrado hallar suficiente información, por lo tanto, sería interesante elaborar más estudios sobre este tema.

## 6. CONCLUSIONES

- a. La implementación de herramientas de detección precoz de TCA en atención primaria, es muy importante para reducir la carga económica y social de este tipo de trastornos, así como para promover un buen estado de salud.
- b. Los TCA pueden considerarse como trastornos tiempo-dependientes, ya que, cuanto más se tarda en detectarlos y tratarlos, más se cronifica la enfermedad, y como consecuencia, peor pronóstico y probabilidades de remisión tiene.
- c. Se deben aplicar medidas de detección precoz de TCA tanto en pediatría como en el área de adultos, debido a que la mayor incidencia de estos trastornos se encuentra en la población adolescente, y esta se encuentra repartida en ambos ámbitos.
- d. Dentro del servicio de atención primaria, los profesionales de enfermería son un recurso muy valioso para la detección temprana de los TCA, estos pueden llevar a cabo un papel fundamental en la prevención, detección, tratamiento y recuperación de los pacientes.
- e. Más allá del ámbito sanitario, también se puede tomar parte en la prevención de los TCA y estar atento para detectar los posibles síntomas de estos trastornos, por ejemplo, dentro de la familia.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders: Meta-analysis of the risk of suicide in Eds. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2011; 124(1):6–17. [consultado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21092024/>
2. National Eating Disorders Colaboration. NEDC: National Eating Disorder Colaboration [Internet]. Australia: NEDC; 2017 [consultado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://nedc.com.au/>
3. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. ACAB: Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Barcelona: Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia; 2019 [consultado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/>
4. Calvo Sagardoy R, Puente García R, Vilariño Besteiro P. Trastornos de la conducta alimentaria : cómo actuar desde la familia : claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia desde la familia. Edición 2016. Madrid: Dirección General de la Familia y el Menor; 2016. 103p
5. Simental N, César J. Revisión de la literatura sobre la epidemiología y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. febrero de 2021 [consultado 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7907>
6. Gomez del barrio A, Gaité L, Gómez E, Fernández L, Herrera Castanedo S, Vazquez-Barquero J. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Edición 2011. Cantabria: Dirección general de Ordenación y Atención Sanitaria; 2011. 127p
7. Global Change Data Lab. Our World in Data [Internet]. Reino Unido: Our World in Data; 2019 [consultado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://ourworldindata.org>
8. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Curr

- Opin Psychiatry. noviembre de 2016;29(6):336-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/yco.0000000000000282>
9. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R). Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2014. [consultado 18 de diciembre de 2022]. 438 p.
  10. De los Santos Sánchez-Barbudo A. Avances en medicina del adolescente: trastornos de la conducta alimentaria en el siglo XXI. [Internet]. 2010. [consultado 5 de octubre de 2022]. 1(1):19-27; Disponible en: <https://docplayer.es/56728079-Avances-en-medicina-del-adolescente-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-el-siglo-xxi.html>
  11. Rome ES, Issac VE. 15 - Eating Disorders in Children and Adolescents. En: Wyllie R, Hyams JS, Kay M, editores. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease (Sixth Edition) [Internet]. Philadelphia: Elsevier; 2021 [consultado 19 de octubre de 2022]. p. 148-158.e3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323672931000153>
  12. Allen KL, Byrne SM, Crosby RD, Stice E. Testing for interactive and non-linear effects of risk factors for binge eating and purging eating disorders. Behav Res Ther [Internet]. Diciembre 2016. 2021 [consultado 19 de octubre de 2022] ;87:40–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.019>
  13. Asociación TCA. TCA Aragón: Asociación TCA Aragón. Aragón [Internet]. Aragón: registro General de asociaciones de la Comunidad Autónoma de Aragón. 2019 [consultado 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
  14. Bermudez O, Devlin M, Dooley-Hash S, Guarda A, Katzman DK, Madden S, et al. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA GUIA DE CUIDADOS MEDICOS. 3ª edición. EE.UU.: Comité de Cuidados Médicos de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria; 2016. [consultado 18 de diciembre de 2022]. 24p.
  15. National Eating Disorders Association (NEDA). National eating disorders.

- [Internet]. Nueva York: National Eating Disorders Association. 2017 [consultado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/general-information/prevention>
16. Departamento de salud. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Scientia. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009 [consultado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1798>
  17. Rojo SF, Linares TG, Arguis CB, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. Med - Programa Form Médica Contin Acreditada. [Internet] 1 de octubre de 2015; 11(86):5144-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
  18. Peat CM, Feltner C. Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care. Int J Eat Disord [Internet]. 2022 septiembre. [consultado 1 de diciembre de 2022];55(9):1202–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23786>
  19. Garcia-Campayo J, Cebolla A, Baños RM. Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. Aten Primaria [Internet]. 2014 mayo. [consultado 18 de diciembre de 2022];46(5):229–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.011>
  20. Salud S de. Protocolo clínico TCA. 2ª edición. México: Secretaría de salud del Gob mex; 2015. 121p.
  21. National Eating Disorders Colaboration. Eating Disorders: A professional resource for general practitioners. NEDC [Internet]. 2021 noviembre [consultado 22 de noviembre de 2022]. 1-35. Disponible en: <https://nedc.com.au/assets/NEDC-Resources/NEDC-Resource-GPs.pdf>
  22. National Eating Disorders Colaboration. Eating disorders: a professional resource for general practitioners. NEDC [Internet]. 2014 [consultado 22 de noviembre de 2022]. 1-20. Disponible en: <https://insideoutinstitute.org.au/assets/eating%20disorders;%20a%20professional%20resource%20for%20general%20practitioners.pdf>

23. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* [Internet]. 2005 agosto [consultado 22 de noviembre de 2022] ;59(2):51–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005>
24. Constaín GA, Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Ramírez Jiménez GA, Gómez Vásquez GM, Mejía Cardona L, Cardona Vélez J. Diagnostic validity and usefulness of the Eating Attitudes Test-26 for the assessment of eating disorders risk in a Colombian male population. *Aten Primaria*. [Internet] 2017 abril [consultado 22 de noviembre de 2022];49(4):206-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
25. Losada, AV y Marmo, J. Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria. Madrid: Editorial Académica Española (Madrid); 2013. 73p.
26. Fournier ME, Garwood SK. 26- Adolescent disorders. En: *Biochemical and Molecular Basis of Pediatric Disease*. 5ª edición. San Diego, CA, Estados Unidos de América: Elsevier; [Internet]. 2021. [consultado 19 de octubre de 2022]. pp. 909–38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128179628000147>