

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Trastornos de la conducta alimentaria: Una
patología en auge entre adolescentes.
Revisión bibliográfica**

**María García-Escarzaga Undabarrena
Alba Lasarte Hernández**



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Dirigido por la Dra. Maria Roser Cuesta Martínez

Enfermería. Curso 2020-2021

Tarragona, 21 de mayo de 2021

*... y es entonces cuando me pregunto, ¿qué pasaría
si te dijeras algo bueno todos los días?*

(Kathryn Stockett)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Maria Roser Cuesta, nuestra profesora y tutora que nos ha guiado durante la realización de este trabajo, darle gracias por su soporte, implicación y asesoramiento en este proceso, además de la motivación y ánimos que nos ha transmitido.

A nuestras familias que nos han apoyado durante estos años y siempre hemos tenido su confianza, gracias a ellos hemos aprendido que podemos lograr las metas y objetivos que nos propongamos, y podemos finalizar esta etapa con ilusión.

A todas las personas que hemos conocido durante este tiempo con las que hemos creado una fuerte amistad, gracias por todo lo que hemos aprendido y compartido juntas.

Por último, a todas las enfermeras y personal sanitario que nos ha transmitido sus conocimientos durante estos años y que gracias a ellos nos hemos formado como enfermeras.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
ABREVIATURAS	6
RESUMEN	7
<i>PALABRAS CLAVE.....</i>	7
ABSTRACT.....	8
<i>KEY WORDS.....</i>	8
INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	9
MARCO TEÓRICO.....	11
<i>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....</i>	11
<i>FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS TCA</i>	12
<i>INFLUENCIA DE LAS TECNOLOGÍAS Y REDES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE LOS TCA</i>	16
<i>FORMAS DE PREVENCIÓN DE LOS TCA.....</i>	18
<i>PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TCA</i>	23
OBJETIVOS	27
<i>OBJETIVOS PRINCIPALES.....</i>	27
<i>OBJETIVOS SECUNDARIOS</i>	27
METODOLOGÍA	28
<i>DISEÑO DEL ESTUDIO</i>	28
<i>PERIODO DE BÚSQUEDA.....</i>	28
<i>FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS.....</i>	28
<i>TÉRMINOS DE BÚSQUEDA.....</i>	28
<i>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</i>	30
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	30
<i>MANEJO DE LOS DATOS OBTENIDOS.....</i>	30
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	30
<i>TEMPORALIZACIÓN</i>	31
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN.....	42
<i>DISCUSIÓN RELACIONADA CON DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....</i>	42
<i>DISCUSIÓN RELACIONADA CON LOS FACTORES DE RIESGO.....</i>	42

<i>DISCUSIÓN RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES.....</i>	<i>43</i>
<i>DISCUSIÓN RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....</i>	<i>44</i>
CONCLUSIONES	46
REFLEXIÓN FINAL	48
<i>APORTACIONES PERSONALES.....</i>	<i>48</i>
<i>LIMITACIONES.....</i>	<i>48</i>
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	55

ABREVIATURAS

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

ACAB: Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia

SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

TCANE: Trastornos de Conducta Alimentario No Especificado

TCA-NE: Trastornos de Conducta Alimentario Especificado

RRSS: Redes sociales

SNS: Sistema Nacional de Salud

AP: Atención Primaria

CAP: Centro de Atención Primaria

CSMA: Centro de Salud Mental Ambulatorio

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto Juvenil

IMC: Índice de masa corporal

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

EAT: Eating Attitudes Test

SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food

BULIT: Bulimia Test

BITE: Bulimic Investigatory Test, Edimburgh

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

TSH: Hormona estimulante de la tiroides

LH: Hormona luteinizante

EE. UU.: Estados Unidos

Fundación IMA: Fundación Imagen y Autoestima

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son uno de los problemas de salud producidos con mayor frecuencia en la etapa de la adolescencia, en la que la personalidad y la autoestima están en desarrollo. Los objetivos del presente trabajo son, en primer lugar, exponer las principales intervenciones enfermeras en la prevención y detección precoz de los TCA recogidas en la literatura; y, por otro lado, conocer la incidencia y prevalencia de los principales TCA, analizar los factores de riesgo más prevalentes, y determinar la influencia de las redes sociales. Se ha llevado a cabo a través de una metodología basada en la revisión estructurada y sistemática de la literatura. Para la búsqueda de información hemos consultado diferentes bases de datos especializadas en enfermería, para las que se han utilizado Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) combinados con operadores booleanos. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión y tras la lectura del título y resúmenes de los documentos obtenidos, se han recuperado 792 documentos, de los que se han seleccionado un total de 18 documentos. Tras la revisión de los artículos hemos concluido que en la actualidad se producen más casos de TCA con respecto a años anteriores, siendo más frecuentes en mujeres, aunque han aumentado también los casos en hombres. Los factores de riesgo más prevalentes son los individuales, socioculturales y ambientales, y familiares. Además, también influyen en el desarrollo de los TCA el uso indebido de las redes sociales y el contenido que ofrecen a los adolescentes los llamados *influencers*. Es importante llevar a cabo medidas de prevención para eliminar los factores de riesgo y evitar la cronicidad de la enfermedad, y para ello enfermería desempeña un papel fundamental.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia, redes sociales, prevención, enfermería.

ABSTRACT

Eating Disorders are one of the health problems most frequently produced in adolescence, in which personality and self-esteem are still developing. The objectives of this work are, firstly, to expose the main nursing interventions in the prevention and early detection of eating disorders that we may find in the literature; and, on the other hand, to know the incidence and prevalence of the main eating disorders, analyse the most prevalent risk factors, and determine the influence of social networks. It has been carried out through a methodology based on a structured and systematic review of the literature. To search for information, we have consulted different databases specialized in nursing, for which Descriptors in Health Sciences (DeSC) have been used combined with Boolean operators. Applying the inclusion and exclusion criteria and after reading the title and summaries of the documents obtained, 792 documents have been retrieved, of which a total of 18 documents have been selected. After reviewing the articles, we have concluded that there are currently more Eating Disorder cases than in previous years, being more frequent in women, although cases in men have also increased. The most prevalent risk factors are individual, socio-cultural and environmental, and family. In addition, the improper use of social networks and the content offered to adolescents by so-called influencers also influence the development of Eating Disorders. It is important to carry out preventive measures to eliminate risk factors and avoid the chronicity of the disease, and for this, nursing plays a fundamental role.

KEY WORDS: Eating disorders, adolescence, social networks, prevention and nursery.

INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más frecuente de la población adolescente ⁽¹⁾, puesto que gran parte de los adolescentes que lo sufren, no son capaces de prevenirlo y aceptar su situación, antes de que pueda convertirse en un problema crónico.

Los TCA son definidos como la alteración de la ingesta de alimentos desencadenada por la distorsión de la imagen corporal. Estas alteraciones de conducta se relacionan estrechamente con el control del peso y la alimentación, provocando así, graves consecuencias psicológicas, físicas y sociales.

Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, ya que esta etapa es caracterizada por el gran cambio físico de niños a jóvenes, es un periodo en el que la personalidad y la autoestima están en desarrollo y, por tanto, son más vulnerables ante un entorno en el que la imagen física les produce una presión tan elevada. Sin embargo, a pesar de ser entre los 15 y 19 años la edad en la que más predominan estos trastornos, diversos estudios apuntan que son enfermedades con incidencia creciente en la edad pediátrica. ⁽²⁾

Las cifras de prevalencia de los TCA que se han obtenido en diferentes estudios epidemiológicos españoles son parecidas a las que han sido obtenidas en otros países desarrollados. Según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) publicado en la revista asociación TCA de Aragón, de 4,1% a 6,4% de mujeres españolas entre 12 y 21 años sufre un TCA y un 0,3% de hombres también lo padece. Por lo tanto, estos trastornos son más frecuentes en mujeres, de cada 10 casos de TCA, 9 son mujeres y 1 es hombre, por lo que ser mujer implica un mayor riesgo. ⁽³⁾

En cuanto a su etiología, son de origen multifactorial, es decir un único factor no es la causa, sino que viene dada por múltiples orígenes: origen biológico, psicológico, sociocultural y familiar. La Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) distingue los factores como precipitantes y predisponentes y la interacción de ambos es lo que conlleva a una insatisfacción del cuerpo que conduce en un deseo de adelgazar y provocar el desarrollo de la enfermedad. ⁽⁴⁾

El diagnóstico de esta patología consiste en una entrevista clínica o anamnesis junto con la exploración física y de las conductas psicopatológicas y exploraciones

complementarias, para valorar de esta forma la posible existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas de la persona.

Con lo que respecta a enfermería, desempeña un papel de gran importancia ya que son los encargados de su prevención y detección precoz. Mediante una correcta valoración junto con un equipo multidisciplinar son los encargados de descartar el diagnóstico o favorecer su pronta recuperación, tratando de minimizar las posibles complicaciones de la evolución de los TCA. ⁽⁵⁾

Una vez habiendo analizado la alta incidencia de estos trastornos y la alta gravedad que conllevan, nos interesa especialmente conocer en profundidad estos trastornos y sus características, indagar sobre la influencia de las nuevas tecnologías y redes sociales y su relación con estas patologías y, finalmente, identificar las repercusiones que suponen la detección precoz y los diferentes métodos de prevención que pueden llevarse a cabo. Además, pretendemos identificar el papel que desempeña la enfermera en estos casos, con el fin de descubrir las intervenciones que se están llevando a cabo para prevenir y disminuir los casos de nuevos TCA.

MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) establece que los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por atracón y Trastorno de Conducta Alimentario No Especificado (TCANE). Dentro de este último grupo se diferencian los siguientes: PICA, Trastorno por Rumiación, Trastorno por evitación o Restricción de alimentos y TCA-NE (TCA especificado). Además de estos, han sido clasificados nuevos diagnósticos: vigorexia, ortorexia, diabulimia, adicción a la comida y obesidad. Todos ellos, comparten algunas características y se diferencian en otras muchas. Para la realización de este trabajo, nos centraremos en los tres con mayor prevalencia en España. ⁽⁶⁾

La **Anorexia Nerviosa (AN)** se caracteriza por la pérdida importante de peso debido a la restricción y reducción alimenticia. Además, esta restricción puede acompañarse de un ejercicio físico intenso o de la auto provocación del vómito, consumo de diuréticos o laxantes. La persona que padece este tipo de TCA presenta una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal y presenta un miedo intenso a aumentar de peso y llegar a ser obeso. La AN afecta tanto a quien lo padece como al círculo familiar, social y laboral. La dimensión emocional también se ve alterada significativamente. La aparición de los síntomas es de manera progresiva y su diagnóstico precoz es de vital importancia para realizar un tratamiento efectivo. ⁽⁶⁾

Dentro de la AN se diferencian dos subtipos: el restrictivo, caracterizado por la pérdida de peso, la cual se debe sobre todo a la disminución alimenticia, ayuno o excesivo ejercicio y por otro lado, el compulsivo o purgativo, en el que la persona tiene episodios de atracones o purgas. La principal diferencia entre ambos es que en el primer subtipo en los últimos tres meses no ha recurrido a atracones o purgas, y en el segundo subtipo, sí.

La **Bulimia Nerviosa (BN)** se caracteriza por episodios de atracones desmesurados en los que se ingiere una gran cantidad de comida en poco tiempo generalmente a escondidas y su consecuente arrepentimiento y conductas compensatorias como inducción del vómito, aumento de actividad física, ayuno o toma de laxantes y diuréticos.

Presentan preocupación por su cuerpo, pero, a diferencia de la AN, no siempre hay alteración en el peso, ya que puede presentar normopeso, bajo peso o sobre peso.

Los atracones consisten en la ingesta desmesurada de alimento en un corto espacio de tiempo y la sensación de pérdida de control, es decir, no poder parar de comer o controlar el tiempo y la cantidad de comida. Los atracones y conductas compensatorias se dan al menos una vez por semana durante un periodo de tres meses.

La BN es más complicada de diagnosticar debido a que es un problema que suele pasar desapercibida por la culpa y vergüenza que experimenta quien la padece y es por esto por lo que se suele pedir ayuda cuando el problema está avanzado. ⁽⁶⁾

El **Trastorno por atracón**, al igual que la bulimia nerviosa, está caracterizado por episodios de atracones compulsivos de forma recurrente. La principal diferencia que existe con la BN es que quien padece un trastorno por atracón, no realiza conductas compensatorias como autoinducirse el vómito, toma de laxantes o diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo. Es por esto por lo que, este tipo de TCA no suele acompañarse de disminución de peso, sino que, en la mayoría de los casos, existe un gran aumento de peso e incluso algunos pueden llegar a la obesidad, lo que también comporta riesgo para la salud (diabetes, hipertensión, colesterol, etc.). Los episodios se dan al menos un día a la semana durante un periodo de 3 meses.

Este trastorno está estrechamente relacionado con la depresión, ya que quién la padece suele presentar síntomas depresivos. ⁽⁶⁾

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS TCA

La etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es multifactorial y multicausal, y se desconoce la proporción exacta en la que afectan en el momento del desarrollo del trastorno. En el desarrollo de estos trastornos influyen factores individuales, ambientales y socioculturales, y familiares.

En función del momento de desarrollo del trastorno en el que se encuentre la persona, así como del modo en que le afecta, se pueden distinguir los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores o perpetuantes. Estos, cuando acontecen e interaccionan entre sí, incrementan el riesgo de desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

⁽⁷⁾

Los **factores predisponentes** son aquellos que aumentan la vulnerabilidad de la persona y favorecen que se desarrolle un trastorno; aparecen tiempo antes del episodio.

Como factores predisponentes se pueden describir factores individuales, biológicos, familiares y socioculturales.

- **Factores individuales:** incluyen las características propias del paciente. Se pueden manifestar algunas de las características de estos factores sin desarrollar un TCA, es decir, no son por sí solos causantes de los trastornos.
 - ❖ Factores individuales de tipo biológico: En este grupo se encuentran el sexo femenino, que está afectado en una proporción 10:1 frente al sexo masculino; la edad temprana de inicio, dado que existe una mayor incidencia de estos trastornos en la pubertad, la adolescencia y el inicio de la juventud; obesidad o pubertad precoz, pues se puede asociar a insatisfacción con la imagen corporal.
Se incluyen además los factores genéticos y la predisposición hereditaria, aumenta la probabilidad de sufrir un TCA cuando existen antecedentes familiares de los mismos. Existe una relación directa entre el estado de alteración del eje hipotalámico con el deterioro del funcionamiento de los neurotransmisores o de los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y de neurotrofinas. Estos sistemas participan en el centro regulador del hambre, de manera que, si resulta dañado, la persona tiene más riesgo de experimentar conductas compulsivas como atracones o purgas. ^{(7) (8)}
 - ❖ Factores individuales de tipo psicológico: Forman parte de este grupo patologías que en un principio se consideraban comórbidos, pero que se pueden considerar desencadenantes de un TCA; como los trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos o trastornos del control de impulsos. Por otro lado, también se identifican otros factores como son la distorsión de la imagen corporal, baja autoestima, el retraimiento social o el perfeccionismo. Por último, son también vulnerables las personas que se caracterizan por tener tendencia a focalizarse en los detalles, propensión a la rigidez cognitiva y dificultades en la integración global y la atención. ⁽⁸⁾
 - ❖ Factores individuales de tipo conductual: Las conductas que aumentan el riesgo de desarrollo de un trastorno son prácticas como las dietas restrictivas o ayunos, consumo de laxantes o diuréticos o la práctica de deportes que impliquen alto rendimiento o la exposición del cuerpo.

También está relacionado el desarrollo de los trastornos con el consumo de sustancias tóxicas o de drogas de abuso, y las conductas impulsivas como las autolesiones o la ludopatía.

Por último, dentro de este grupo destacarían también los acontecimientos estresantes como el abuso sexual, el fallecimiento de seres queridos, la separación de los padres o problemas en el ámbito social. ⁽⁸⁾

- **Factores ambientales y socioculturales:** En cuanto a las características socioculturales, tienden a ser más comunes los trastornos de la conducta alimentaria en la cultura occidental, pues se trata de una sociedad más consumista y competitiva, en la que hay un fácil alcance a cualquier tipo de alimento. Sobre las diferencias entre áreas urbanas o rurales, sí es cierto que existe una mayor prevalencia en las zonas urbanas, en las que se da una mayor importancia a la imagen corporal y se relaciona el éxito social con la imagen de delgadez.

En la actualidad, vivimos en un modelo sociocultural que da una gran importancia a la apariencia física y que además fomenta un ideal de delgadez en el cuerpo femenino que objetivamente no se ajusta a los patrones reales de la población. La presión social además de crear inseguridades con la imagen puede llegar a generar insatisfacción con las capacidades personales por no alcanzar los estándares establecidos. ^{(7) (9)} La presión social se refleja en las redes sociales que influyen negativamente en la autoestima de los adolescentes.

- **Factores familiares:** Los malos hábitos alimentarios familiares, como sería la ingesta de comida rápida o comidas ricas en grasas pueden contribuir en el desarrollo de sobrepeso, que posteriormente cuando se llegue a la pubertad podría provocar la necesidad u obsesión de perder peso. También un estilo de alimentación basado en dietas estrictas podría desencadenar la necesidad de seguir manteniendo este estilo alimentario.

La preocupación por parte de los padres sobre la figura y la imagen podría llegar a transmitir a los hijos el mensaje erróneo de que se debe tener una figura determinada y hacer que tengan diversos comportamientos que puedan inducir al desarrollo de un TCA. ^{(8) (9)}

Los **factores precipitantes** son los que aparecen justo antes del episodio, es decir, inducen a la aparición del trastorno. Son causados por hechos que afectan directamente a la persona, como los cambios físicos producidos, las críticas hacia el físico, inicio de

dietas estrictas sin control especializado o dificultad para afrontar los cambios evolutivos a causa de no tener suficiente capacidad de adaptación y madurez debido a la edad.

En el inicio de la adolescencia, en ocasiones puede ocurrir que los cambios físicos producidos por la pubertad se perciban como signo de haber engordado, y como consecuencia de ello y de no entender el proceso de madurez se provoca que los adolescentes rechacen los cambios y se sientan inseguros frente a ellos. Por otro lado, la pubertad, sobre todo cuando se produce de forma precoz y es desconocido este proceso, en ocasiones provoca burlas o críticas por parte de otros. Este hecho contribuye a que las personas de carácter más sensible puedan llegar a obsesionarse y a querer adelgazar. Como consecuencia, se produce el inicio de dietas muy estrictas que pueden precipitar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

Por último, en cuanto a factores precipitantes, también influyen los cambios que provocan un cambio en la vida de la persona y que requieren de una adaptación, como la separación de unos padres, la pérdida de un ser querido, cambio de colegio o alejarse de la familia, entre otros. ^{(7) (8) (9)}

Los factores **mantenedores o perpetuantes** contribuyen al mantenimiento de la enfermedad cuando el trastorno ya se ha desarrollado, haciendo que el cuadro se extienda en el tiempo y dificulte el tratamiento.

El factor mantenedor más relevante es la negación de la enfermedad por parte de las personas que sufren el trastorno, pues de esta manera no siguen recomendaciones de los profesionales y se oponen a la participación en el tratamiento.

Como consecuencia de los trastornos y de la desnutrición que conlleva la AN se provocan cambios biológicos en el eje hipotálamo hipofisario y en el aparato digestivo. En cuanto a los cambios psicológicos, aumenta la obsesión y compulsividad; estos hechos hacen que el problema se perpetúe en el tiempo. Además, se suele producir un aislamiento social, sobre todo cuando se sufre de AN.

Las dietas que hacen las personas para adelgazar y poder apreciar cambios físicos provocan valoraciones positivas por parte de sí mismas sobre estos cambios. Este hecho implica un riesgo, pues al obtener resultados de su agrado se provocará un aumento de las acciones que le permiten adelgazar. Además de ello, el seguimiento de una dieta provoca riesgo de aparición de atracones, debido a que las restricciones alimentarias aumentan el deseo por el consumo de alimentos.

A nivel profesional, no detectar los trastornos o la ausencia de seguimiento del tratamiento provocan también que se mantenga este problema.

Por último, a nivel familiar, existen también diferentes factores que contribuyen en el mantenimiento del trastorno, como la sobreprotección, la falta de acuerdo entre los padres, la inconsistencia en las decisiones por parte de la familia o la disminución de la importancia de los problemas. Además, en ocasiones la familia justifica el trastorno ya que piensa que son cosas de la edad o que no requiere de ayuda profesional. ^{(7) (8) (9)}

INFLUENCIA DE LAS TECNOLOGÍAS Y REDES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE LOS TCA

Hoy en día, vivimos en una sociedad digitalizada en la que los medios de comunicación y la tecnología ocupan una gran parte de nuestras vidas. Las nuevas tecnologías se han convertido en una herramienta indispensable en muchos ámbitos, como medio para la comunicación con nuestros allegados, de trabajo, ocio, búsqueda de información y como no, en el ámbito de la salud. Dentro de este último ámbito, contamos con la tecnología en el ámbito asistencial, la información almacenada en las historias clínicas, la creación de foros para la educación sanitaria, las recetas electrónicas o aplicaciones móviles. ⁽¹⁰⁾

Las redes sociales (RRSS) cuentan con numerosos perfiles de Instagram, Facebook, YouTube o numerosos Blogs, entre otros, de gente que promueve buenos hábitos de alimentación, ejercicio, estilo de vida, o información y conocimientos que, gracias a la fácil accesibilidad de los teléfonos móviles, ordenadores o tabletas electrónicas, nos permiten acceder a ellos constante y rápidamente.

Sin embargo, los medios de comunicación y RRSS ocultan una cara que puede afectar negativamente a quienes hacen un mayor uso de estas, siendo los jóvenes los que suelen predominar en ello.

En relación con los TCA, en los medios de comunicación es frecuente la difusión de información e imágenes en los que exaltan la imagen de un cuerpo delgado como perfecto. De esta forma muchos de los jóvenes que diariamente consultan las diferentes redes sociales se dejan influenciar por este ideal de belleza, ya que consideran que solo asemejándose a este canon serán reconocidos y tendrán éxito social. De lo contrario, en muchos casos, por el hecho de alejarse de lo socialmente “aceptado” la baja autoestima se apodera de ellos. ⁽¹⁰⁾

Otro de los problemas que se plantea en Internet, es la cantidad de desinformación o información errónea sobre temas del ámbito de la sanidad y de la salud que personas no cualificadas difunden, dirigiendo a los jóvenes a realizar prácticas nocivas para la

salud. Uno de los ejemplos relacionados con los TCA es la creación las webs pro-Ana y pro-Mia.

Pro-Ana y Pro-Mia son páginas web que hacen apología de la anorexia y la bulimia con contenidos que promueven la disminución de peso en un periodo de tiempo estrecho con consejos extremos para el alcance de sus metas. El contenido que presentan es extremadamente peligroso: trucos para ocultar la enfermedad a su entorno, animarse para la pérdida de kilos, “carreras de kilos” en las que gana quien más kilos pierden en un tiempo determinado, fotografías de chicas extremadamente delgadas a quien quieren parecerse o mensajes en lo que se autoincitan a lesionarse. ⁽¹¹⁾

David García Puertas de la Universidad Carlos III de Madrid publica en la Revista Española de Comunicación en Salud un estudio acerca de la influencia de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Para llegar a sus conclusiones, el autor, realizó una revisión sistemática a través de bases de datos de Ciencias de la Salud, donde incluyó 13 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Los resultados que obtuvo fueron que esta red social es problemática en adolescentes, asociándose a conductas alimentarias y trastornos en las emociones, ya que es una plataforma que promueve la delgadez y un ideal de belleza que da lugar a comparaciones entre los jóvenes. Destaca también el fenómeno *fitspiration* que prioriza la apariencia física a los beneficios para la salud de la dieta y el ejercicio, así como un aumento de la ortorexia nerviosa que se define por la obsesión por comer alimentos saludables. En conclusión, el autor demuestra que la red social Instagram, ha aumentado la incidencia de los TCA, así como otros problemas psicológicos y fisiológicos como ansiedad, depresión o baja autoestima. ⁽¹²⁾

FORMAS DE PREVENCIÓN DE LOS TCA

Díaz Benavente et al determinan el valor de la detección precoz de población con factores de riesgo sobre la que se debe intervenir de forma preventiva, sobre todo en el medio escolar. Destacan la importancia de la actuación tanto en niños y adolescentes (favoreciendo su autoestima, autoimagen no perfeccionista, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación), como en la familia (sobre la sobreprotección, comunicación, afectividad-sexualidad, valores y control de los medios de comunicación), y además formar a los profesionales de la educación sobre los factores de riesgo. ⁽¹³⁾

En cuanto a la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, se pueden diferenciar tres niveles, que incluyen la prevención primaria, basada en la reducción o eliminación de los factores de riesgo; prevención secundaria, que consiste en la identificación temprana de la enfermedad; y por último la prevención terciaria, que implica el establecimiento de medidas eficaces para la prevención de complicaciones y la cronicidad.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña ⁽²⁶⁾, que determina la eficacia de las intervenciones de **prevención primaria**, asegura que el objetivo de la misma se basa en la limitación de los TCA a través del control de las causas y exposición a los factores de riesgo, así como el aumento de la resistencia de las personas a los mismos. Para el establecimiento de las medidas preventivas son necesarias la identificación de las exposiciones pertinentes y la evaluación del impacto que tienen sobre la población.

Según la Guía de Práctica Clínica que colabora con el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, como intervenciones de prevención primaria se diferencian cinco tipos: ⁽¹⁴⁾

- Las intervenciones psicoeducacionales consisten en proporcionar información a un grupo de adolescentes sobre los trastornos de la conducta alimentaria, llevando a cabo posteriormente un debate o discusión entre los participantes sobre el tema tratado.
- Las intervenciones de educación en el criticismo hacia los medios de comunicación se basan en las teorías del comportamiento cognitivo, tratan de reducir los factores de riesgo para los TCA mediante el uso de actividades de aprendizaje que permiten adquirir habilidades para resistir la persuasión social.

- Las técnicas de inducción y disonancia son intervenciones de tipo psicológico-social que consisten en llevar a cabo ejercicios enfocados en defender la postura contraria a la propia en un tema determinado, permitiendo que los participantes diferencien ambas posturas logrando un giro hacia la nueva postura.
- Las intervenciones focalizadas en la eliminación de los factores de riesgo de los TCA proporcionan a los participantes determinadas habilidades para el abordaje de los problemas. Estas intervenciones pueden ser específicas, cuando se focalizan en la edad de inicio, obesidad infantil, actitudes negativas respecto al peso y la silueta, creencias irracionales sobre los beneficios de las dietas, presión social, entre otros. Por otro lado, las intervenciones inespecíficas se centran en la exposición al riesgo, psicopatología de los padres, abusos físicos y/o psicológicos por los familiares, entre otros.
- Las intervenciones focalizadas en el fortalecimiento de la persona afectada ante el trastorno consisten en dar protección a la persona afectada mediante la proporción de diferentes habilidades tanto para dar seguridad como para afrontar problemas.

Para la implementación de las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, son la estrategia poblacional, que es de tipo general y va dirigida a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo; y la estrategia de alto riesgo, de tipo individual y dirigida a las personas más vulnerables o que presentan un riesgo especial por la exposición a factores de riesgo.

El siguiente nivel es la **prevención secundaria**, en la que se llevan a cabo acciones cuyo objetivo principal consiste en detectar de una forma precoz la enfermedad y poder reducir su prevalencia. Es imprescindible la intervención del equipo multidisciplinar de Atención Primaria en la detección de los signos y síntomas de alarma. Según la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia, las señales que alertan sobre un posible TCA tienen relación con la alimentación, el peso, la imagen corporal y el comportamiento. ⁽¹⁵⁾ (ANEXO 1)

Se han desarrollado cuestionarios para la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria; los que van dirigidos a la sospecha de TCA en general son el *Eating Attitudes Test* y el *SCOFF*. Para la sospecha clínica de la Bulimia Nerviosa son el *BULIT* y el *BITE*. La persona afectada posteriormente será valorada mediante una

entrevista clínica semiestructurada, exploración física y por pruebas complementarias para confirmar o descartar el diagnóstico de un TCA. ⁽¹⁶⁾

- La EAT (*Eating Attitudes Test*) es una escala de actitudes hacia la comida, es decir, valora de forma sistemática el comportamiento alimentario. Se considera una escala de gran valor para la identificación de síntomas y conductas de riesgo de TCA.

Inicialmente la escala constaba de 40 preguntas (EAT-40), pero posteriormente se simplificó a 26 preguntas (EAT-26), dando lugar a una escala más práctica y fácil de utilizar, y con una mayor aceptación. También se ha desarrollado una versión infantil, denominada ChEAT.

Las preguntas están agrupadas en tres dominios, que son la dieta, bulimia y la preocupación por comer y el control. Cada pregunta se evalúa con una escala tipo Likert y el rango de puntuación va de 0 a 78 puntos; entendiéndose como situación de riesgo la puntuación mayor a 20. ⁽¹⁶⁾ (ANEXO 2)

- La encuesta SCOFF (del inglés: *sick, control, one, fat, food*) se trata de un instrumento de detección corto, sencillo, de uso público y que ha mostrado una adecuada sensibilidad y especificidad para la detección de los TCA. Consta de cinco preguntas que pretenden evaluar las características de la Anorexia nerviosa y de la Bulimia nerviosa. ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾ (ANEXO 3)
- El BULIT (*Bulimia Test*) es un cuestionario que identifica sintomatología y factores de riesgo de bulimia. Consta de 32 preguntas, puntuadas cada una del 1 al 5. Finalmente, la puntuación puede oscilar de 32 a 160. Contiene, además del propio cuestionario, cuatro preguntas informativas sobre el abuso de laxantes y diuréticos, y en mujeres, sobre el ciclo menstrual, que no cuentan para la puntuación final. Con un punto de corte de > 88 presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100%. ⁽¹⁸⁾ (ANEXO 4)
- El BITE (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*) es otro test utilizado para detectar a individuos con posible BN. Consta de 33 ítems con 30 preguntas para contestar sí o no. Una puntuación <10 indica ausencia de síntomas de BN; entre 10-20, posible presencia de BN, y > 20 indica presencia de síntomas relacionados con BN. Las otras tres preguntas permiten evaluar el índice de gravedad. ⁽¹⁸⁾ (ANEXO 5)

Actualmente los criterios diagnósticos vigentes para el diagnóstico de los TCA son los del DSM-5 y los de la CIE-10. El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales), que clasifica los trastornos mentales para la mejora del diagnóstico, tratamiento y de la investigación en el campo de la psiquiatría. Por otro lado, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), un sistema diagnóstico oficial de la Organización Mundial de la Salud que permite el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes áreas y en diferentes épocas. Ambos manuales describen los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con diferentes matices. ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾ (ANEXO 6)

Durante la **entrevista clínica** se debe tener en cuenta que las personas que sufren de este tipo de trastornos, se caracterizan por la falta de conciencia de la enfermedad, con tendencia a la negación del trastorno, y tienen poca motivación para realizar cambios, por lo que durante todo el abordaje es crucial establecer una relación terapéutica, manteniendo una actitud empática con el individuo, mostrando interés por ayudarlo, explicándole la enfermedad que está sufriendo y dejándole claro que tiene cura y tratamiento, sin juzgar, culpabilizar o amenazarle.

Durante la anamnesis, los temas sobre los que se indagará serán trastornos físicos (peso, piel y mucosa, menstruación), emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, trastornos del sueño), conductuales (dietas, ejercicio, atracones, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas purgantes, hiperactividad física), y cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de la enfermedad). ⁽¹⁶⁾ ⁽²¹⁾

En el proceso de la **exploración física**, en primer lugar, se medirán las constantes vitales del individuo, que son la frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura axilar y frecuencia respiratoria; que en los individuos con TCA suelen tener valores bajos. También se valora el IMC (Índice de masa corporal), un valor obtenido por la relación de la talla y el peso. Debe tenerse en cuenta que las personas con AN suelen tener un $IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$; mientras que las personas con BN tienen tendencia al sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) u obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$).

Posteriormente se llevará a cabo la exploración de piel, mucosas y exploración dentaria, en la que se hará una valoración su estado y se observarán presencia de alteraciones como pigmentación caroténica, acrocianosis, hirsutismo, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas que indiquen autolesiones, petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, heridas en el dorso de la mano o de los dedos a causa de los vómitos autoinducidos, lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralización del esmalte y caries.

Durante la exploración física se realizará también una exploración psicopatológica y conductual para evaluar signos de impulsividad, ansiedad, depresión, personalidad y obsesividad. ⁽²²⁾

Finalmente, en la prevención secundaria, se llevan a cabo una serie de **exploraciones complementarias** que contribuyen en la detección de la enfermedad. Se realiza la extracción y análisis de pruebas de laboratorio, electrocardiograma, radiografía ósea y densiometría ósea, y radiografía de tórax ⁽²²⁾:

- Pruebas de laboratorio: Hemograma, VSG, Bioquímica básica, proteínas totales, albúmina, Transferrina, Ferritina, Hormonas tiroideas, TSH, Prolactina, FSH, LH e lones.
Las alteraciones analíticas importantes que se pueden observar en estos pacientes cuando la enfermedad está avanzada son anemia, leucopenia, trombocitopenia, transaminasas normales o elevadas, urea elevada o normal, hipercolesterolemia por hipotiroidismo, hipoatremia, hipokaliemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipocalcemia, T3 y T4 bajas con TSH normal, FSH/LH bajo o normal, PRL baja, hematuria microscópica y proteinuria.
- Electrocardiograma: Se pueden apreciar alteraciones como bradicardia sinusal, disminución de la amplitud del QRS, en etapas avanzadas las alteraciones más comunes son la hipokaliemia, arritmia ventricular y prolongación del espacio QT.
- Radiografía ósea y densiometría ósea: En los casos en los que se produzca amenorrea de más de 12 meses. Además, servirá para valorar la presencia y desarrollo de osteoporosis u osteopenia.
- Radiografía de tórax: Para valorar presencia de lesiones broncoaspirativas en personas con BN.

Por último, la **prevención terciaria**, tiene como objetivo disminuir la aparición de complicaciones relacionadas con el trastorno. Se aplica en los pacientes que ya han desarrollado la enfermedad y están diagnosticados. Se basa en la implantación de un tratamiento mediante abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, con el fin de restaurar un estado normal de nutrición, normalizar los hábitos alimentarios, resolver las alteraciones somáticas presentes y tratar la comorbilidad psiquiátrica.

En el equipo de profesionales que llevarán a cabo el procedimiento serán partícipes psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, médicos nutricionistas o endocrinos, dietistas, enfermeros y terapeutas ocupacionales.

El plan nutricional debe garantizar un adecuado estado nutricional y buscar la educación al paciente, proporcionándole la información necesaria que le permita modificar a largo plazo los hábitos alimentarios y disminuir las conductas purgantes y atracones. En pacientes con AN, es fundamental promover la recuperación del peso y situación nutricional adecuados, teniendo precaución con el síndrome de realimentación en pacientes desnutridos. Sin embargo, en pacientes con exceso de peso como puede ocurrir en TA y BN, se debe fomentar una modificación saludable del estilo de vida.

El abordaje psicoterapéutico es fundamental para el tratamiento de los TCA, con el objetivo de dar orientación educativa, modificación conductual, modificación cognitiva, adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Las terapias psicológicas más utilizadas son la terapia cognitivo-analítica, terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, terapia psicodinámica focal y la terapia familiar. En ocasiones también se hacen uso de psicofármacos, con el objetivo de reducir la ansiedad o aliviar los síntomas del estado de ánimo, y de esta forma poder facilitar la realimentación, aumento de apetito, o inducir el aumento de peso. Actualmente los psicofármacos no son un tratamiento de primera línea en el manejo de pacientes que sufren de un TCA, y tampoco existe ningún fármaco aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU. para el tratamiento de los TCA. ^{(16) (22) (23) (24)}

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TCA

La detección precoz de los TCA puede traer consigo grandes beneficios para revertir así el progreso de la enfermedad. Sin embargo, las personas que sufren un TCA no suelen ser conscientes del trastorno que padecen, sobre todo en las primeras fases, y no suelen pedir ayuda. Es por esto por lo que es muy importante que el círculo más cercano del paciente esté concienciado de la enfermedad, reconociendo algunos signos y síntomas, con el objetivo de pedir ayuda. ⁽²⁵⁾

Por parte de enfermería es de vital importancia la detección precoz y su diagnóstico, ya que gracias al trato cercano que mantiene con los pacientes, facilitarán el fin de esta terrible enfermedad. Las enfermeras son quienes deben conocer las características de los TCA y sus graves consecuencias, los factores predisponentes y precipitantes, los signos de alarma y la actuación ante un TCA.

Como hemos expuesto anteriormente, la prevención se diferencia en prevención primaria, secundaria y terciaria. En cuanto a la prevención primaria, la enfermera

desempeña el papel de promoción de la salud y la reducción o eliminación de los factores de riesgo. En la prevención secundaria, la enfermera es la implicada en la detección precoz de la enfermedad, y la prevención terciaria, la instauración de herramientas para evitar las complicaciones y la cronicidad de los TCA.

Centrándonos en la prevención secundaria, que es donde predomina la detección precoz, la enfermera mediante la entrevista, la exploración física, psicopatológica y conductual y las pruebas complementarias, establecerá una puntuación gracias a los diferentes cuestionarios, para así facilitar el diagnóstico precoz de un TCA y la actuación temprana derivando al paciente a las diferentes áreas de salud para su tratamiento. De esta forma la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria disminuirá. ⁽²⁵⁾

A lo largo de la anamnesis, es primordial que la enfermera establezca una relación plena de confianza, respeto, empatía y apoyo, mostrando interés por ayudarlo, evitando la culpa, amenaza o prejuicios. Asimismo, la privacidad y confidencialidad facilitarán al paciente su apertura y declaración de sentimientos o actuaciones. Es aconsejable realizar la entrevista únicamente con el paciente si es que él así lo permite, ya que de esta forma suele ser más exitosa. Sin embargo, la enfermera deberá conocer su entorno, estableciendo una relación, ya que esto facilita la detección precoz.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA, las preguntas por parte de enfermería deben ser indirectas y permitiendo una respuesta abierta. El contenido de estas deberá ser sobre el aspecto físico, emocional, conductual y cognitivo. ^{(25) (26)}

Actuación en Atención Primaria (AP)

Atención Primaria (AP) es el primer nivel de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), es por esto por lo que, desde este primer nivel, las enfermeras son capaces de detectar quién padece o puede parecer un TCA y en consecuencia actuar. La Guía de Práctica Clínica sobre los TCA de la Generalitat de Catalunya, establece que la actuación de una enfermera que trabaje en una consulta de un centro de atención primaria (CAP), deberá ser la siguiente ⁽²⁶⁾:

- Identificar a las personas que presenten riesgo de sufrir un TCA, realizando un diagnóstico con la mayor rapidez.
- Elegir el lugar de seguimiento y/o tratamiento en función del tipo de TCA ante el que nos encontremos, la edad, su nivel de gravedad y las complicaciones que pueda conllevar, teniendo siempre presente las preferencias del paciente que lo sufre. (ANEXO 7)

- En el caso de que la decisión sea abordar la enfermedad en el CAP, se comenzará por la corrección nutricional con el objetivo de: conseguir un peso adecuado, corregir la malnutrición evitando posibles complicaciones y realizar una buena educación nutricional tanto en el paciente como en su círculo, para prevenir las posibles recaídas.
- En cuanto al seguimiento de pacientes con AN, será necesario el registro diario de la ingesta, ejercicio, cantidad de laxantes o diuréticos y se prohibirá el acceso a básculas para pesarse. Una vez por semana acudirán a la consulta para el control del peso sin que el paciente pueda acceder al mismo. En cuanto a la BN, el registro necesario serán los atracones y/o pugas, así como la toma de fármacos.
- Efectuar control de las complicaciones físicas.
- Informar tanto al paciente como a sus familiares sobre estos trastornos, detectando y corrigiendo conocimientos erróneos sobre la salud. Asimismo, se informará a su entorno sobre las actuaciones que deberán seguir en función del momento del proceso en el que se encuentre el paciente.

Actuación desde la atención especializada

Una vez confirmado el TCA y en función de su riesgo, será derivado a alguno de los recursos de la atención especializada (ANEXO 7). Dentro del segundo y tercer nivel de acceso al SNS, se diferencian la hospitalización completa en un (hospital psiquiátrico y general), consultas ambulatorias especializadas en el Centro de Salud Mental Ambulatorio (CSMA) y en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ), hospitales de día de hospitalización parcial (monográficos de TCA y generales de salud mental), servicio de urgencias, servicios médicos de hospitales generales y unidades específicas de TCA de trastornos límite de la personalidad y toxicomanías. ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾ La derivación a cada uno de estos centros se rige por unos criterios específicos. (ANEXO 8)

A lo largo de todo el proceso, enfermería, como miembro del equipo multidisciplinar, se centra además de en la parte más técnica de la enfermería, y en la esfera psicosocial y emocional del ser humano. Es por esto por lo que, las enfermeras y enfermeros, deben requerir una serie de características y conocimientos en relación con el marco de actuación con un adolescente que padece un TCA. El conocimiento profesional, el respeto por la interdisciplinariedad, la utilización del método científico, instrumentos de registro y la actuación según los protocolos y programas son algunos de los

conocimientos que enfermería debe adoptar. Además, se debe hacer hincapié en adoptar una buena formación específica que capacite una buena actuación, para conseguir los siguientes objetivos ⁽²⁷⁾:

- Recuperación física: lograr un IMC saludable en función de su constitución, poner solución a las complicaciones físicas, modificar la dieta para la recuperación hidroelectrolítica.
- Recuperación conductual: enseñanza de buenos hábitos de alimentación saludable, evitando los comportamientos compulsivos y consumo de medicamentos y facilitar consejos sobre la actividad física.
- Recuperación emocional: prevenir la asociación entre alteración de emociones y las conductas alimenticias, controlando otras psicopatologías relacionadas. Proporcionar seguridad trabajando la personalidad, identidad, autocontrol y mecanismos de defensa.
- Recuperación cognitiva: ayudar a establecer una percepción realista de su imagen, trabajando en la autoestima y confianza en ellos mismos reforzando sus valores frente a los estereotipos sociales.
- Recuperación familiar y social: resolver los posibles conflictos con su entorno superando el aislamiento social.

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Realizar una revisión de la literatura existente acerca de TCA en adolescentes.
- Exponer las principales intervenciones enfermeras en la prevención y detección precoz de los TCA recogidas en la literatura.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer la incidencia y prevalencia de los TCA destacando la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.
- Analizar los factores de riesgo más prevalentes que conllevan al desarrollo de un TCA en adolescentes.
- Determinar la influencia de las redes sociales y paginas web de contenido *pro-ana* y *pro-mia* que promueven el desarrollo de TCA en adolescentes.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo según el enfoque, documental descriptivo según su naturaleza y retrospectivo según la ocurrencia de los eventos.

Se realiza mediante la revisión estructurada y sistemática de la bibliografía existente, en relación a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes, revisando los datos relacionados su incidencia y su prevalencia, los factores de riesgo que se asocian de manera más prevalente, la influencia en su desarrollo por parte de las nuevas tecnologías y las redes sociales y, finalmente, las intervenciones enfermeras más habitualmente descritas en la literatura.

PERIODO DE BÚSQUEDA

El tiempo dedicado en la búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos se ha dado en un total de 70 días. Iniciándose el 01/02/2021 y finalizándose el 14/04/2021.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

Para alcanzar nuestros objetivos, llevaremos a cabo una recopilación de documentos que se logrará mediante su búsqueda en diferentes bases de datos especializadas en enfermería, nacionales e internacionales:

- PubMed, es de acceso libre y gratuito, especializado en ciencias de la salud en la que se pueden encontrar revistas de terminología biomédica y una de sus principales ventajas es la actualización continuada de la información. ⁽²⁸⁾
- CINAHL, recoge datos sobre revistas de enfermería y otras ciencias de la salud, además de las publicaciones de la American Nurses Association y la National League for Nursing. ⁽²⁹⁾
- Google Scholar, se define como un buscador que facilita la localización de documentos académicos como artículos, tesis, libros y resúmenes de múltiples fuentes. ⁽³⁰⁾
- Dialnet, base de datos de los ámbitos de las ciencias humanas, jurídicas y sociales que incluye artículos de revista, libros y artículos. ⁽³¹⁾

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

Los términos de búsqueda utilizados para la recuperación de los documentos mostrados en las distintas bases de datos se obtuvieron a través de la consulta del vocabulario estructurado de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) y del vocabulario del

Medical Subject Heading (MeSH) para la búsqueda en Pubmed. Dichos términos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Términos de búsqueda

LENGUAJE LIBRE O NATURAL	DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD O DeCS (Castellano/ inglés/ portugués)	IDENTIFICADOR ÚNICO (DECS)
Trastornos de la conducta alimentaria	(1/1) Trastornos de la Alimentación y de la Conducta Alimentaria / Feeding and Eating Disorders / Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos	D001086
Factores de riesgo	(1/1) Factores de Riesgo / Risk Factors / Fatores de Risco	D012307
Adolescente	(7/17) Adolescente / Adolescent / Adolescente	D000293
Conducta alimentaria	(1/1) Conducta Alimentaria / Feeding Behavior / Comportamento Alimentar	D005247
Anorexia	(1/2) Anorexia / Anorexia / Anorexia	D000855
Bulimia	(2/2) Bulimia Nerviosa / Bulimia Nervosa / Bulimia Nervosa	D052018
Redes sociales	(1/1) Red Social / Social Networking / Rede Social	D060756
Prevención	(4/16) Prevención Primaria / Primary Prevention / Prevenção Primária	D011322
	(5/16) prevención & control / prevention & control / prevenção & controle	Q000517
Enfermería	(1/100) Enfermería en Salud Comunitaria / Community Health Nursing / Enfermagem em Saúde Comunitária	D003152
Incidencia	(1/3) Epidemiología / Epidemiology / Epidemiologia	Q000453
	(2/3) Incidencia / Incidence / Incidência	D015994
Tecnología	(7/61) Tecnología / Technology / Tecnologia	D013672

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Con el fin de recuperar el máximo número de documentos relacionados con el tema de estudio, se estableció una estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos. Se incluyeron las palabras clave anteriormente descritas, las cuales se combinaron con diferentes operadores booleanos. Los resultados obtenidos se describirán más adelante.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que hemos establecido son:

- Artículos comprendidos entre los años 2015 a 2020 (ambos incluidos), de ámbito nacional e internacional.
- Publicaciones de páginas redactadas por escritores no pertenecientes al ámbito científico.
- Idiomas: artículos publicados en castellano, catalán e inglés.
- Consulta de documentales verificados por el Departamento de Salud.
- Guías de Práctica Clínica

En cuanto a los criterios de exclusión, serán son citados a continuación:

- Documentos incompletos o que no es posible acceder a la totalidad de estos.
- Documentos previos al año 2015.
- Artículos encontrados en: blogs, folletos, artículos de opinión o revisiones narrativas.

MANEJO DE LOS DATOS OBTENIDOS

Después de aplicar la estrategia de búsqueda, se procedió a la lectura del título y los resúmenes de los documentos que se acogían a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente, se realizó una lectura exhaustiva de los documentos más significativos. Este proceso nos permitió seleccionar los documentos definitivos que permitían dar respuesta a nuestros objetivos de trabajo.

Para la redacción del documento se utilizó el procesador de textos Microsoft Word® y para la realización de los diferentes gráficos se empleó el programa de hoja de cálculo Microsoft Excel®.

ASPECTOS ÉTICOS

Dado que hemos trabajado en base a una revisión bibliográfica, no se precisaron permisos ni aprobaciones de comités éticos. Todos los documentos empleados se

encuentran referenciados en la bibliografía. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses para realizar el trabajo presente.

TEMPORALIZACIÓN

Para la realización del presente TFG, se estableció un cronograma de trabajo (ANEXO 9). Además, se llevaron a cabo diferentes reuniones de seguimiento con nuestra tutora.

RESULTADOS

Después de aplicar la estrategia de búsqueda descrita anteriormente, se recuperaron un total de 792 documentos, de los que 18 cumplían los criterios de inclusión y exclusión. En la tabla 2 se muestra la estrategia de búsqueda utilizada, los documentos recuperados y los que finalmente fueron seleccionados.

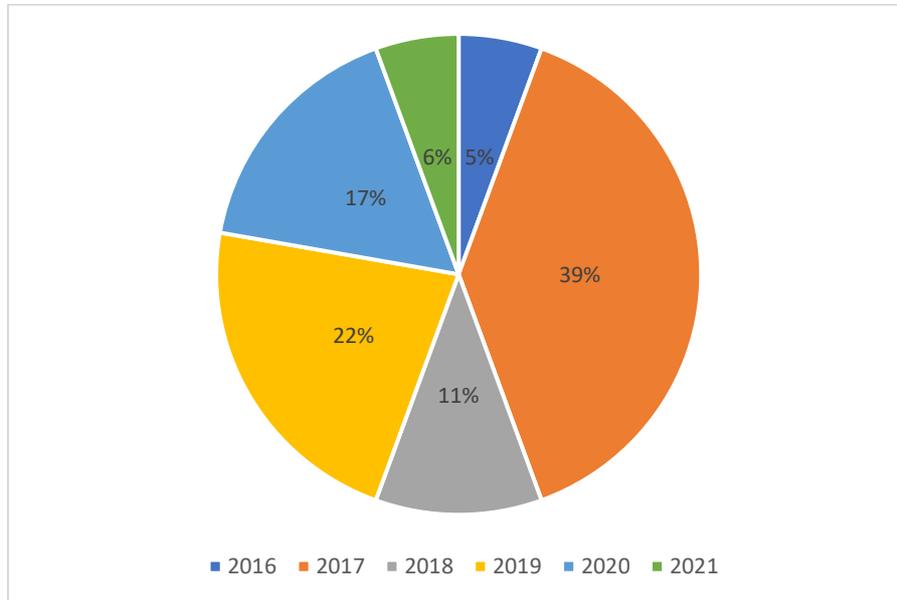
Tabla 2. Estrategia de búsqueda y documentos recuperados.

FUENTE	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	TIPO DE BÚSQUEDA	RECUPERADOS	SELECCIONADOS
PubMed	Feeding and eating disorders AND risk factors	Booleana Limitada en los años 2016-2021	62	4
	Anorexia AND Epidemiology AND Adolescent	Booleana Limitada en los años 2016-2021	14	1
	Feeding and Eating Disorders AND Incidence	Booleana Limitada en los años 2016-2021	90	1
	Bulimia Nervosa AND Adolescent	Booleana Limitada en los años 2016-2021	31	1
	Feeding and Eating Disorders AND Prevention & Control	Booleana Limitada en los años 2016-2021	35	1
	Pro Ana AND Pro Mia	Booleana Limitada en los años 2016-2021	1	1
	Technology AND Eating Disorders	Booleana Limitada en los años 2016-2021	65	1
CINHAL	Bulimia nerviosa AND Incidence	Booleana Limitada en los años 2016-2021	8	1
	Pro Ana y Pro Mia AND TCA	Booleana Limitada en los años 2016-2021	1	1
	Trastornos de la Conducta Alimentaria AND Red Social	Booleana Limitada en los años 2016-2021	1	1
DIALNET	Cuidados enfermería AND Trastornos de la Conducta Alimentaria	Booleana	14	1
Google Scholar	Prevalencia e incidencia TCA + mujeres adolescentes + epidemiología + estudio descriptivo	Booleana Limitada en los años 2019-2021	141	1
	Prevalencia e incidencia + TCA + factores de riesgo + guía medica	Booleana Limitada en el año 2017	195	1

	“Trastornos de la Conducta Alimentaria” + “adolescentes” + “redes sociales”	Booleana Limitada en los años 2017-2021	1	1
	Prevención TCA + Intervenciones + enfermería	Búsqueda libre según los criterios de selección Limitada en el año 2018	133	1

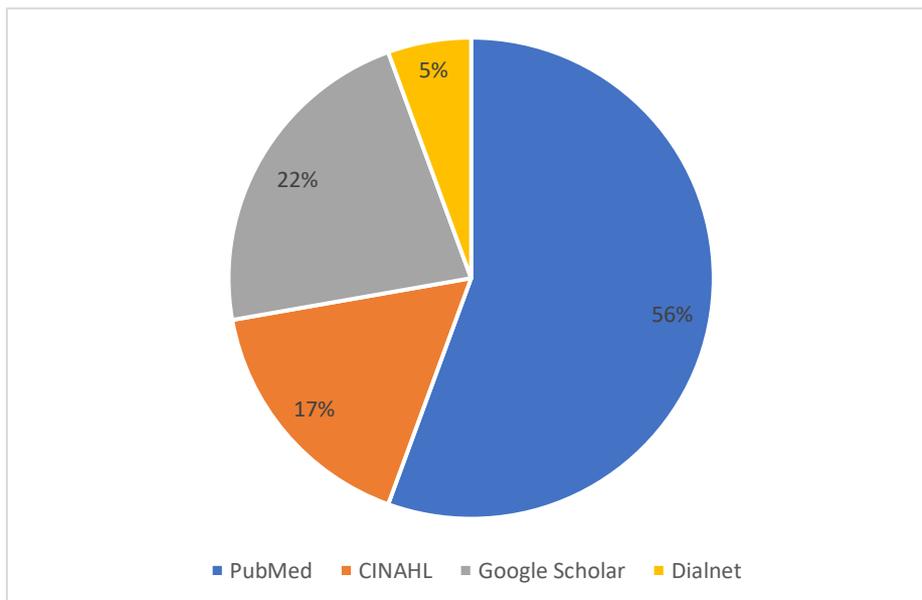
Según el año de publicación, encontramos que en 2017 se difundieron un mayor número de documentos (gráfico 1)

Gráfico 1. Número de documentos recuperados según el año de publicación.



La base de datos donde los autores más han publicado sus trabajos es en PubMed (gráfico 2)

Gráfico 2. Documentos recuperados de las diferentes bases de datos consultadas.



A continuación, en la tabla 3 se realiza la descripción de los documentos recuperados:

Tabla 3. Descripción de los documentos seleccionados

Nº	TÍTULO Y AUTORES Y AÑO	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
1	Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nerviosa Gabriela Jagielska; Iwona Kacperska 2017	Conocer e indagar la evolución, comorbilidad, mortalidad y factores pronósticos de la AN.	Revisión de la literatura.	La prevalencia de AN en mujeres varía de 1,2% a 2,2% y la prevalencia en hombres es 10 veces menor. Esta enfermedad consiste en un grave trastorno con riesgo de cronicidad y muerte, aunque su recuperación es posible, pero requiere varios años. Se observa en diferentes estudios que entre el 70 y 80% de la población adolescente logra un mejor pronóstico consiguiendo resultados más favorables. Para el tratamiento de la AN es necesario un seguimiento prolongado y comorbilidad psiquiátrica frecuente. Los estudios futuros deben centrarse en la evaluación de diferentes programas terapéuticos para mejorar la efectividad del tratamiento de la AN.
2	Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. Camilla lindvall Dahlgren; Line Wisting; Øyvind Rø 2017	El objetivo de escribir esta revisión de la literatura fue proporcionar al lector una descripción general de los estudios publicados utilizando la versión más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-5, para evaluar la prevalencia de los trastornos alimentarios.	Búsqueda realizada en PubMed dirigida a identificar artículos sobre la epidemiología de los TCA, en particular, las tasas de prevalencia informadas. La revisión se realizó de acuerdo con las pautas de PRISMA y se limitó a los diagnósticos de trastornos alimentarios basados en el DSM-5 publicados entre 2012 y 2017.	Se ha llegado a la conclusión de que la prevalencia de trastornos alimenticios no especificados y otros trastornos alimentarios han disminuido, mientras que las tasas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón han aumentado. Se muestra una mayor prevalencia de TCA en mujeres que en hombres.
3	Bulimia Nervosa Ashish Jain; Musa Yilanli 2020	Conocer la epidemiología y etiología de la BN. describir la evaluación y el tratamiento existentes para la BN.	Revisión bibliográfica	La BN afecta ambos sexos, pero predomina notablemente en las mujeres. La edad media de aparición es alrededor de los 12,4 años. Su prevalencia en EE. UU es del 0,9% en adolescentes, de 1,5% entre población general de mujeres y 0,5% entre la población general de hombres. Las

		Sintetizar las estrategias del equipo profesional para conseguir una buena atención y mejorar los resultados.		estimaciones de prevalencia en América del Norte, Australia y Europa oscilan entre el 0,5% y el 2% en mujeres y el 0,1% y el 1,3% en hombres.
4	Alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿Una patología solo de mujeres? Dra. Paula López; Lic. Vanina Nielsen; Dr. Roberto Mato 2019	Favorecer la detección de los TCA y considerar este diagnóstico como posible entre varones. Describir la prevalencia de este trastorno en un consultorio de adolescentes. Conseguir un abordaje integral para realizar el diagnóstico y realizar un tratamiento óptimo.	Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional a partir de datos de historias clínicas de pacientes del Hospital Garrahan.	Se atendieron a 1489 consultas, de estas 853 con un TCA de las cuales 529 (62%) fueron mujeres y 324 (38%) hombres.
5	Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? Lidia M ^a Ortiz Cuquejo; Carlos Aguilar; Gloria Celeste Samudio Domínguez; Avelina Troche Hermosilla 2017	Analizar la prevalencia de los TCA en adolescentes escolarizados en dos periodos de tiempo: 2008 y 2012.	Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de prevalencias en adolescentes pertenecientes a dos colegios de área urbana y tres de área rural, en los años 2008 y 2012 a través de una encuesta estructurada para identificación del riesgo padecer un TCA en Unikel-Santorini.	Se incluyeron 469 estudiantes en ambos años. En 2008, la prevalencia fue del 6% y en 2012 de 9,5%. La prevalencia se mantuvo estable, sin embargo, se observó ruralización del trastorno y más frecuente en el sexo femenino en 2008.
6	Reconceptualizing anorexia nervosa. Cynthia M. Bulik 2019	Identificación de factores de riesgo, sobre todo enfocado en los avances recientes de la ciencia que abordan dos verdades: <ul style="list-style-type: none"> • Los genes y el medio ambiente juegan un papel importante en el desarrollo 	Revisión y recogida de datos sobre el discurso plenario pronunciado en el Congreso Mundial de Genética Psiquiátrica en Glasgow, Escocia.	La importancia de considerar los factores psiquiátricos y metabólicos para comprender la AN está aumentando. Al prestar más atención a los factores metabólicos se pueden mejorar las intervenciones, así como los resultados logrados para la AN.

		<p>de la alimentación de trastornos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los genes por sí solos no predicen quién desarrollará trastornos alimenticios 		
7	<p>Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria</p> <p>González Gómez, I; Madrazo, I; Gil Camarero, E; Carral Fernández, I; Benito González, P; Calcedo Giraldo, G; Gómez del Barrio, A</p> <p>2017</p>	<p>Conocer las cifras de prevalencia e incidencia que ocultan estas patologías y los factores de riesgo implicados en su desarrollo.</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Los TCA constituyen un problema de salud con una elevada prevalencia, especialmente en la etapa de la adolescencia. Se pueden asociar a otros trastornos psiquiátricos debido a las altas tasas de cronicidad y comorbilidad.</p> <p>Todavía se desconoce en gran parte el desarrollo de esta enfermedad debido a la complejidad que conlleva, ya que son trastornos multifactoriales en los que están involucrados mecanismos etiopatogénicos biológicos, ambientales y familiares.</p> <p>Para llevar a cabo una adecuada prevención se deben conocer los factores de riesgo. Está demostrado que una buena prevención implica mejora en el pronóstico de la enfermedad.</p>
8	<p>Eating disorders during the adolescence: Personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa.</p> <p>Barajas Iglesias, Belén; Jauregui Lobera, Ignacio; Lporta Herrero, Isabel; Santed German, Miguel Ángel.</p>	<p>La exploración de los perfiles de personalidad más frecuentes asociados a la AN y BN en adolescentes y analizar los diferentes perfiles de personalidad que diferencian ambos tipos de TCA.</p>	<p>Estudio de un Inventario Clínico para 104 Adolescentes de Millon (MACI) diagnosticados de AN y BN.</p>	<p>Existen diferentes personalidades asociadas a la anorexia y bulimia nerviosas. En cuanto a las relacionadas con la AN se diferencian la personalidad conformista (33,33%), la egocéntrica (22,72%) y la histriónica (18,18%), mientras que las que se relacionan con la BN son la rebelde (18,42%), la sumisa (18,42%) y la límite (15,78%). Por lo tanto, las intervenciones terapéuticas en la adolescencia deberían adaptarse según el tipo de TCA y personalidad del joven.</p>

	2017			
9	<p>The Impact of Urbanization on Risk for Eating Disorders</p> <p>Sasha Gorrell, Ph.D; Claire Trainor, B.A; Daniel Le Grange, Ph.D.</p> <p>2019</p>	Comprender los mecanismos específicos que contribuyen al riesgo de conductas alimentarias desadaptativas en el contexto de la urbanización es fundamental para mejorar la política de salud pública y orientar los esfuerzos clínicos, de investigación y de prevención futuros.	Revisión bibliográfica	<p>La occidentalización a menudo coexiste con la urbanización, este hecho tiene un impacto negativo en la imagen corporal, la percepción del peso y la insatisfacción con la imagen corporal.</p> <p>Han aumentado las tasas de prevalencia de los trastornos alimentarios en los países que han experimentado la urbanización y la occidentalización</p> <p>La urbanización afecta a los recursos alimentarios, la disponibilidad de alimentos, inseguridad alimentaria e ingesta dietética.</p>
10	<p>Understanding and Treating Women's Body Image and Eating Disorders</p> <p>Denise M. Martz; Courtney B. Rogers</p> <p>2017</p>	Abordar específicamente los problemas de la imagen corporal y los trastornos alimentarios, revisar la literatura sobre su etiología y presentar información sobre exámenes y tratamientos que sea beneficiosa para los proveedores de atención médica.	Revisión bibliográfica	Los TCA afectan con más frecuencia a niñas y mujeres, además de tener la mayor tasa de mortalidad de los trastornos psicológicos enumerados en el DSM-5.
11	<p>Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales.</p> <p>David Garcia Puertas.</p> <p>2020</p>	Analizar las consecuencias del uso de la red social Instagram sobre los TCA y el efecto de esta sobre los trastornos emocionales en adolescentes.	Revisión sistemática mediante bases de datos científicas de salud. Fueron seleccionados 13 artículos que cumplían con los criterios de selección del autor.	Los resultados que obtuvo fueron que esta red social es problemática en adolescentes, asociándose a conductas alimentarias y trastornos en las emociones, ya que es una plataforma que promueve la delgadez y un ideal de belleza que da lugar a comparaciones entre los jóvenes. Destaca también el fenómeno <i>fitspiration</i> que prioriza la apariencia física a los beneficios para la salud de la dieta y el ejercicio, así como un aumento de la ortorexia nerviosa que se define por la obsesión por comer alimentos saludables. En conclusión, el autor demuestra que la red social Instagram, ha aumentado la incidencia de los TCA, así como otros

				problemas psicológicos y fisiológicos como ansiedad, depresión o baja autoestima.
12	<p>Media Technology Use, and attitudes: associations with physical and mental well-being in youth with implications for evidence-based practice.</p> <p>Nadine Zeeni; Rita Doumit; Joelle Abi Kharna; Maria-Jose Sanchez-Ruiz</p> <p>2018</p>	Investigar el uso de la tecnología y medios de comunicación y la relación de estos con el bienestar físico y mental en estudiantes universitarios libaneses.	Estudio de 244 estudiantes mediante el que midieron el uso y actitudes de los medios y tecnologías y su posible relación con la alimentación. Se utilizó un diseño descriptivo, transversal y correlacional.	El uso de multimedia del móvil se relaciona con el estrés y la alimentación no saludable. El acceso a RRSS se correlacionó con el riesgo de padecer un TCA. Además, la ansiedad que causa la separación con la tecnología y su dependencia también aumenta el riesgo de TCA, depresión y ansiedad.
13	<p>Anorexia y bulimia nerviosas: Difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida.</p> <p>Gina Lladó, Rocío González-Soltero y María José Blanco</p> <p>2017</p>	Análisis de la cantidad, el posicionamiento, la calidad y la difusión de las páginas pro-Ana y pro-Mia.	Revisión bibliográfica utilizando palabras clave en el buscador de Google Chrome y se analizó la calidad de los artículos seleccionados mediante unos cuestionarios. Posteriormente para el estudio de la difusión de las páginas pro-Ana y pro-Mia en redes sociales se utilizó el programa SharedCount.	Se llega a la conclusión de que las páginas de pro-Ana y pro-Mia tienen la intención de contactar con personas con riesgo de sufrir un TCA o que lo están sufriendo, con la finalidad de reforzar la comunicación entre ellas a través de la blogosfera
14	<p>Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review.</p>	Explorar el impacto psicológico de los sitios web pro-Ana y pro-Mia en adolescentes.	Revisión sistemática de la literatura sobre PubMed, se realiza análisis de 12 estudios.	Se ha determinado la influencia de los blogs pro-Ana y pro-Mia en la etiología de la anorexia y bulimia, sobre todo en los adolescentes. Estas páginas web promueven las conductas de estos trastornos. Es de gran importancia prevenir las formas severas de psicopatología con mayor vulnerabilidad en la percepción de imagen corporal, debilidad social y retroalimentación emocional negativa

	<p>Carmela Mento; Maria Catena Silvestri; Maria Rosaria; Anna Muscatello; Amelia Rizzo; Laura Celebre; Martina Praticò; Rocco Antonio Zoccali; Antonio Bruno</p> <p>2021</p>			
15	<p>Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews.</p> <p>Marcelle Barrueco Costa; Tamara Melnik.</p> <p>2016</p>	<p>Recopilación de artículos científicos relevantes con el fin de promover el conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones sociales en los TCA a lo largo del tiempo, así como mostrar la necesidad de realizar investigaciones en áreas más específicas.</p>	<p>Revisión sistemática, en la que los criterios de inclusión son: Ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas, meta análisis, guías y revisiones, literatura sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales en los TCA, diseños de estudio como prevención, cohorte, rentabilidad, respuesta rápida, estudio piloto.</p>	<p>La modalidad de intervención psicológica más eficaz consiste en el enfoque cognitivo conductual. Por otro lado, existen otras intervenciones que son también eficaces, la terapia conductual dialéctica, interpersonal, intervenciones familiares y terapias de apoyo. Dependiendo de las características de los pacientes como el nivel de cronicidad, las comorbilidades biológicas y psicosociales, la eficacia de las intervenciones psicosociales puede variar.</p>
16	<p>Evaluación del efecto piloto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto.</p> <p>Susana Montero Hernández; Marta San José de León; Javier Marín</p>	<p>Evaluar el efecto de una intervención grupal para la prevención de TCA en adolescentes de entre 13 y 15 años. Poner a prueba los métodos y procedimientos del estudio para conseguir un protocolo que garantice que se podrá responder a la pregunta de investigación. Evaluación de la eficacia de una intervención grupal para prevenir los TCA en adolescentes entre 13 y 15 años.</p>	<p>Estudio piloto de intervención sin grupo control del antes y el después. El programa es multisesión e interactivo.</p>	<p>La alta incidencia de TCA y su gravedad, pone en evidencia la necesidad las intervenciones para prevenir así los TCA mediante programas de prevención primaria que disminuya la vulnerabilidad de la población antes los factores de riesgo. Se aprecia un efecto positivo de la intervención sobre la influencia del ideal estético y de la autoestima.</p> <p>Se considera de gran importancia la labor de prevención por parte de la enfermera de salud mental.</p>

	Rodríguez; Bárbara Alonso Castro; Nerea Román Rodríguez de Tudanca; Carlos Bernabeu Serrano 2018	Poner a prueba los métodos y procedimientos del estudio para diseñar un protocolo.		
17	Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. Ruth Alexandra Castiblanco-Montañez; Jeimy Carolina Parra-Rodríguez; Laura Daniela Rey-Ochoa Laura Valentina Rodríguez-Díaz; Yacky Katherin Sánchez-Cubillos; Paula Andrea Solano-Saavedra. 2020	Determinar los cuidados de enfermería que modifican la conducta alimentaria; los factores que influyen en el cambio de la conducta alimentaria; el impacto de los cuidados de enfermería; y las consecuencias de la no aplicación de los cuidados de enfermería.	Investigación secundaria de revisión integrativa de la literatura que permite la búsqueda, evaluación crítica y síntesis de las evidencias disponibles, con enfoque cualitativo sobre el tema investigado.	Las intervenciones de enfermería son fundamentales para la recuperación de los adolescentes en la etapa inicial de anorexia. Se ha determinado que reducen la progresión de la enfermedad y favorecen la expresión de sus sentimientos.
18	Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know Cynthia M. Bulik; Lauren Blake; Jehannine Austin 2019	Determinar los genomas asociados a los trastornos de la conducta alimentaria	Revisión bibliográfica	Los trastornos de la conducta alimentaria surgen de los efectos combinados de los genes y del entorno. Generalmente, no se hereda una enfermedad mental pero sí la vulnerabilidad a desarrollar una enfermedad mental. No existe un factor único conocido que sea necesario suficiente para causar trastornos de la conducta alimentaria

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN RELACIONADA CON DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son los dos tipos de trastornos de la conducta alimentaria más prevalentes en la actualidad. Durante años estos trastornos han sido característicos del sexo femenino y la clase alta, sin embargo, se ha observado un aumento progresivo entre el sexo masculino y los diferentes estratos sociales. Un estudio llevado a cabo por Ortiz Cuquejo, L.M. realiza una comparación de la incidencia en el área rural y el área urbana en dos periodos de tiempo con un intervalo de 4 años (2008 y 2012). Se observa un incremento en la población rural. En el año 2008 la incidencia de TCA en el área urbana es de 4,3% y en 2012 de 6,2%, mientras que en el área rural se observa un aumento drástico, del 0,7% en 2008 al 4,5% en 2012. Mediante este estudio apreciaron un incremento de la prevalencia de TCA en el sexo masculino (en 2008 del 44% y en 2012 del 46%) a diferencia del sexo femenino que disminuyó (en 2008 del 56% y 54% en 2012). Este estudio coincide con el realizado por López et al, en el aumento de la incidencia de los TCA en varones. El motivo de este incremento se debe a la actualización del DSM V en el que se elimina el criterio de amenorrea, lo cual permite la inclusión de los varones en esta patología.

Sin embargo, dos estudios realizados, el primero de Jagielska y Kacperskaen y el segundo de Jain y Yilanli, difieren con los dos anteriores en las cifras de incidencia en función del sexo. Ambos coinciden en que la prevalencia estimada en hombres es 10 veces menor que en mujeres. El porcentaje de AN en mujeres es de 1,2% y en hombres del 0,29% y en la BN es de 1,5% en mujeres y 0,5% en hombres.

DISCUSIÓN RELACIONADA CON LOS FACTORES DE RIESGO

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen que no está claramente especificado, pero todos los autores coinciden en que se debe a la interacción de múltiples factores. González-Gómez et al realizaron una clasificación a partir de una revisión de la literatura de estudios realizados hasta el año 2017 y se muestra que los TCA están influenciados por diversos factores. En primer lugar, determina que los factores que implican una mayor vulnerabilidad son el género femenino, la presencia de obesidad premórbida y un desarrollo puberal precoz que se puede asociar al aumento de la insatisfacción de la imagen corporal. La genética implica entre un 60 y 80% de la vulnerabilidad de los trastornos, pero se conoce poco acerca de los genes implicados. Sin embargo, existe un documento denominado “Las nueve verdades sobre los trastornos alimentarios”, creado por “The Academy for Eating Disorders”, diseñado para

difundir información sobre los TCA basada en la evidencia. La autora del artículo, Cynthia M. Bulik, destacó las verdades #7 (“Los genes y el medio ambiente juegan un papel importante en el desarrollo de trastornos alimentarios”) y #8 (“Los genes por sí solos no predicen quién desarrollará trastornos alimentarios”). Bulik concluye en otro de sus estudios que los TCA surgen de la combinación de los genes y del entorno, y que un trastorno mental no es posible heredarlo, pero sí la vulnerabilidad a desarrollarlo. Los estudios de gemelos replicados han confirmado la heredabilidad, y los criterios de diagnóstico más estrechos se asocian con estimaciones de heredabilidad más altas. Por otro lado, la práctica de conductas de riesgo como el consumo de laxantes o diuréticos, o la práctica de deportes que impliquen alto rendimiento o exposición del cuerpo se han asociado con un aumento de los casos de TCA. Son conductas que se asocian a la presión social y a la preocupación por la imagen corporal, puesto que la cultura occidentalizada constituye un marco de vulnerabilidad. Actualmente en nuestra sociedad se ejerce una gran influencia por parte de los medios de comunicación, puesto que imponen unos cánones y estereotipos de belleza ligados al éxito social. Gorrell et al y Marts et al argumentan la influencia de la occidentalización y la imagen corporal en el desarrollo de un TCA. Según González Gómez, los factores familiares que influyen son aquellos modelos familiares caracterizados por ser sobreprotectores, rígidos y exigentes, o conflictivos y poco cohesionados, familias desestructuradas y con patologías mentales. Barajas-Iglesias et al determinan que existen diferentes perfiles de personalidad asociados al desarrollo de un trastorno alimentario, para la AN se asocian como más frecuentes los perfiles conformista, egocéntrico, y el histriónico; mientras que para la BN son más prevalentes el rebelde, el sumiso y el límite.

DISCUSIÓN RELACIONADA CON LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES

El uso de las redes sociales (RRSS) se ha relacionado estrechamente con el desarrollo de la baja autoestima, la insatisfacción corporal, alimentación poco saludable y, por tanto, riesgo de padecer un TCA. En la actualidad, el 70% de adolescentes declara no sentirse a gusto con su cuerpo. Zeeni et al realizaron una encuesta a 244 estudiantes universitarios adolescentes, siendo la mayoría de 17, 18 y 19 años. Concluyeron que los usuarios de Facebook presentan una mayor preocupación por la imagen corporal y el peso de quienes no hacen uso de esta red social. Este hecho se explica mediante la teoría de la comparación social en la que los adolescentes se comparan con personas similares y es en las RRSS donde tienen acceso al perfil de sus compañeros, aumentando así la insatisfacción corporal. Además, el estudio refleja que la percepción que tienen de cada uno de ellos aumenta la preocupación por su cuerpo, contribuyendo

al desarrollo de los TCA. El trabajo relaciona el uso de WhatsApp con la autoestima, el uso de Facebook con la alteración de la alimentación y el de Instagram con el aumento de la ortorexia nerviosa. Garcia Puertas coincide con Zeeni et al en que el uso de Instagram se asocia significativamente con la ortorexia nerviosa, definida como la obsesión por ingerir alimentos saludables. Sin embargo, difiere en que es Facebook la plataforma donde más se aprecia la alteración alimenticia ya que a través de una revisión sistemática relaciona notablemente el uso de Instagram con el desarrollo de TCA. Según este mismo autor el 17,5% de mujeres que publican fotos sobre inspiración de apariencia física saludable estaban en riesgo de padecer un TCA. Además, la actual corriente de *influencers* de Instagram aumenta la idealización del cuerpo perfecto y la belleza ya que se muestran cercanos a sus seguidores mostrando su apariencia física como la clave de felicidad.

Por otro lado, las RRSS, el acceso a internet y la búsqueda de información se ha relacionado con los TCA ya que según un estudio de Serrano, el 60% de pacientes con AN o BN realizaron una primera búsqueda en internet sobre contenidos no saludables como formas para adelgazar rápidamente. Sin embargo, el trabajo de Lladó et al concluye que el posicionamiento de PageRank (PR) (20 primeras entradas por palabra clave) de la búsqueda con las palabras clave “pro-Ana y pro-Mia” es muy bajo (9/20) en relación con la búsqueda de “obesidad” y “nutrición saludable” (17/20) o “anorexia” y “estilos de vida (15/20). Esto hace referencia a que constan de pocos links de páginas bien posicionadas a diferencia de la palabra clave “anorexia” de la cual es posible encontrar gran cantidad de información. Mento et al difieren con Lladó et al ya que, mediante el análisis sistemático de 12 estudios, llega a la conclusión de que pro-Ana y pro-Mia fomentan gravemente los TCA. Según el análisis de Lladó et al, se encontraron 341 cuentas pro-Ana en Twitter que contaban con 23.609 seguidores siendo la mayoría mujeres adolescentes (13 a 17 años) y 402 páginas web difunden imágenes de modelos de extrema delgadez. Por tanto, el objetivo de estos sitios web de promover la delgadez, hábitos, trucos y consejos para adelgazar, imágenes de ideales de absolutas delgadez (58% de páginas web) aumenta significativamente el riesgo de padecer un TCA y la anti-recuperación de estos trastornos.

DISCUSIÓN RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Según la Organización Mundial de la Salud, la promoción y prevención de los TCA se deben realizar mediante métodos psicológicos guiados, autoayuda individual o grupal e

intervenciones centradas en el entorno, donde enfermería desempeña un papel importante. Para lograr una buena prevención y detección precoz, enfermería debe proporcionar una atención holística apostando por un plan de cuidados individualizado que incluya una valoración integral, planificación, ejecución y evaluación del paciente según sus necesidades.

Según Castiblanco-Montañez et al, la modificación de la conducta alimentaria se consigue mediante la implantación de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (ITP) y la terapia familiar. Barrueco y Melnik coinciden con el trabajo anterior en que estas terapias son eficaces en la prevención de los TCA, debido al abordaje sobre los factores psicológicos y sociales que influyen en la aparición y mantenimiento de estos trastornos. Dicho trabajo determina que la terapia con mayor efectividad en la AN es la terapia familiar de corta duración, mientras que en la BN, es la TCC la que ha mostrado una mejora significativa de los síntomas bulímicos. Por otro lado, la ITP también ha mostrado beneficios en la reducción de atracones de la BN no es tan eficaz como la TCC, ya que no logra la estabilidad del peso.

En relación con la importancia del papel de enfermería, Castiblanco-Montañez et al destacan en su función el incentivar al paciente a conseguir una adecuada adherencia terapéutica para favorecer el autocontrol y reducir el aislamiento, generando así, cambios positivos para su recuperación. De lo contrario, la carencia de apoyo por parte del profesional contribuye a la no adherencia al tratamiento, generando una falta de conciencia de la enfermedad y rechazo al mismo. En esta línea, un estudio piloto realizado por Montero et al, basado en cuatro talleres (imagen corporal, autoestima, presión social y alfabetización mediática), analiza el antes y el después de un grupo de 10 alumnas de 4º de la ESO (entre 13 y 15 años). Este estudio muestra la efectividad de los programas de prevención primaria con los que se pretende reducir la vulnerabilidad de la población ante los diferentes factores de riesgo, así como intervenir en la detección precoz. De los resultados del trabajo, se observa un efecto positivo de la intervención sobre la influencia del ideal estético y la mejora de la autoestima corporal.

CONCLUSIONES

Después de realizar el presente Trabajo de Fin de Grado concluimos del siguiente modo:

- Respecto al primer objetivo principal, que es **realizar una revisión de la literatura existente acerca de TCA en adolescentes**, hemos podido recopilar diferentes documentos que den respuesta a la intencionalidad de este trabajo. También hemos podido realizar una estrategia estructurada y adecuada para la recuperación de la información en las principales bases de datos en ciencias de la salud.
- Respecto al segundo objetivo principal, que es **exponer las principales intervenciones enfermeras en la prevención y detección precoz de los TCA recogidas en la literatura**, la revisión de la literatura refleja que las intervenciones por parte de enfermería desempeñan un papel muy relevante en la prevención primaria mediante la promoción de la salud y eliminación de los factores de riesgo; en la secundaria, detectando precozmente estos trastornos; y en la terciaria, con la instauración de herramientas para evitar la cronicidad. Las intervenciones que han demostrado mayor eficacia son la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP) y terapia familiar. A lo largo de este proceso, cabe destacar la importancia del comportamiento y actitud del equipo multidisciplinar con los pacientes. Es necesario adoptar durante el proceso una actitud empática, colaboradora, mostrando interés por ayudar y sin juzgar a los pacientes.
- Con relación con el primer objetivo secundario, que es **conocer la incidencia y prevalencia de los TCA destacando la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa**, la literatura revisada muestra que la incidencia de los TCA ha ido en aumento. Además, se ha observado un aumento de la prevalencia, produciéndose un notable crecimiento en el ámbito rural y entre diferentes clases sociales. Por otro lado, a pesar de que estos trastornos son más frecuentes en mujeres, tras la actualización del DSM-V, en la que se elimina el criterio de amenorrea, cada vez son más hombres los que sufren TCA.
- Referente al segundo objetivo secundario, que es **analizar los factores de riesgo más prevalentes que conllevan al desarrollo de un TCA en adolescentes**, los autores revisados indican que los TCA son desarrollados por la interacción de un conjunto de factores. Se ha determinado que la presencia de obesidad y un desarrollo puberal precoz son algunos de los factores que

inducen a la baja autoestima y con ello a padecer un TCA. Por otro lado, se ha demostrado que la influencia de la genética, el medio ambiente, el estilo de vida sociofamiliar y las conductas de riesgo juegan un papel importante en el desarrollo de estos trastornos. Cabe destacar como factor de riesgo, la imposición de los cánones y estereotipos de belleza que la cultura occidental atribuye a un mayor éxito social.

- Por último, con relación al tercer objetivo secundario, que es **determinar la influencia de las redes sociales y páginas web de contenido pro-Ana y pro-Mia que promueven el desarrollo de TCA en adolescentes**, hemos recogido que actualmente las redes sociales forman parte del día a día de muchos adolescentes. Su contenido, el mal uso de estas plataformas y la creación de diferentes páginas web afectan de manera negativa a los jóvenes. La influencia de las redes sociales y paginas web de contenido pro-Ana y pro-Mia promueven el desarrollo de TCA en adolescentes, a través de contenido que incide en la extrema delgadez mediante trucos, consejos y hábitos peligrosos, facilitando el progreso de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de la gravedad del contenido de estas páginas web y de su repercusión en la salud de los adolescentes, el acceso a estas páginas web no es tan sencillo. Facebook, Instagram o Twitter, promueven hábitos alimenticios extremadamente saludables o una imagen de delgadez como la perfección para ser aceptados por la sociedad. Por otro lado, el aumento de los llamados *influencers* y su estilo de vida promueve el deseo de los adolescentes de parecerse a ellos, posicionándolos en una situación de vulnerabilidad para desarrollar un TCA

REFLEXIÓN FINAL

APORTACIONES PERSONALES

Gracias a la realización de este trabajo, hemos podido conocer más en profundidad sobre los trastornos de la conducta alimentaria, la forma en la que se lleva a cabo su prevención y diagnóstico precoz y la importancia de las intervenciones por parte de enfermería. También hemos conocido datos a cerca de la prevalencia de los TCA, así como el aumento de la incidencia de los TCA en diferentes estratos sociales y el auge que están teniendo estos trastornos ente el sexo masculino. Los diferentes estudios que hemos analizado nos han permitido tener aún mayor conciencia de la influencia de las redes sociales y del daño que estas pueden llegar a causar.

Finalmente queremos destacar el aprendizaje que hemos realizado al llevar a cabo este trabajo, profundizando en la metodología necesaria para llevar a cabo una revisión de la literatura, en este caso, con relación a los TCA. Seguro nos será muy útil para el desarrollo de nuestra vida profesional.

LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones a las cuales hemos tenido que enfrentarnos, destacamos en primer lugar la escasez de artículos que se ciñan a nuestros objetivos y criterios de selección que nos permitan llegar a unas conclusiones óptimas.

Por otro lado, esta investigación es dependiente del acceso completo gratuito al texto, por lo que numerosos artículos de interés para nuestros resultados han tenido que quedar excluidos por ser de pago o no mostrar el contenido del texto en su totalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [En línea]. Madrid: smeg.es; 2018- [actualizada el 30 de noviembre de 2018; acceso 15 de febrero de 2021]. Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
2. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, Murjani Bharwani Hima S., Jiménez Sosa A. 2015. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: Una patología en auge. Nutr. Hosp.; 32(5):2091-2097.
3. Asociación TCA Aragón. Estadísticas sobre los TCA. [En línea]. Aragón, España. Tca-aragón.org. 2020. [Actualizada el 1 de junio de 2020; acceso el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/quienes-somos/>
4. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. ¿Qué son los TCA? [En línea]. Barcelona, Cataluña. Acab.org; 2021 [Acceso el 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>
5. Castellot Perales L, Sancho Salazar S, Santisteban Zamora A, Sánchez Lomba B, Marco Benedí V. Rol de enfermería frente a pacientes con TCA. Portales Médicos.com [revista en internet]. 2018 [Acceso el 15 de febrero de 2021]. 13(17):393.
6. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. Tipos de TCA. [En línea]. Barcelona, Cataluña. Acab.org; 2021 [Acceso el 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/#anorexia-nerviosa>
7. González Gómez, J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria. [Tesis doctoral] Cantabria. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8434/Tesis%20JGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. González Gómez, J, Madrazo I, Gil-Camarero E, Carral-Fernández L, Benito González P, Calcedo Giraldo G, Gómez del Barrio A. Prevalencia, incidencia y

- factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. Revista médica Valdecilla [Revista en Internet]. 2017. [Acceso el 17 de febrero de 2021] 2(1). Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/13792/Rev%20Med%20Valdecilla_Trastorno%20conducta%20alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Saludextremadura.ses.es. [En línea]. Extremadura: saludextremadura.ses.es; 2019 [Acceso el 17 de febrero de 2021] Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/detalle-contenido-estructurado&content=780046>
 10. Sabater Ruiz, MI. Influencia de las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria: Revisión de la literatura. [Trabajo de fin de grado]. Sant Cugat del Vallès. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. 2018.
 11. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. La apología de la anorexia y la bulimia en la red. [En línea]. Barcelona, Cataluña. Acab.org; 2021. [Acceso el 26 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/sensibilizacion/apologia-en-internet-paginas-pro-ana-y-pro-mia/>
 12. García Puertas, D. Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. Revista española de comunicación en salud. 2020; 11(2):244-254.
 13. Díaz Benavente M, Rodríguez Morilla F, Martín Leal C, Hiruela Benjumea MV. Factores de riesgo relacionados con los trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Aten Primaria. 2003. 32(7): 403-9.
 14. Rodríguez Garavano MG. Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2006. 5(1).
 15. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. Factores de riesgo y síntomas. [En línea]. Barcelona, Cataluña. Acab.org; 2021 [Acceso el 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>
 16. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo A. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Amf-semfyc.com. 2019. 15(1):4-14.

17. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT, Osorio BC, Cadena LP. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* 2005; 25:196-202.
18. Monterrosa-Castro A, Boneu-Yépez DJ, Muñoz-Méndez JT, Almanza Obredor PE. Trastorno del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista ciencias biomédicas*. 2012; 3(1):2215-7840.
19. Liji Thomas, MD. DSM-5-Diagnóstico y manual estadístico de trastornos mentales. [En línea] New Medical Life Sciences: Jeyashree Sundaram, MBA. [Actualizada el 29 de abril de 2019; acceso el 27 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/DSM-5Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/DSM-5Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-(Spanish).aspx)
20. Rostango HF. ¿Qué es el CIE 10? [En línea] Estructplan. 2011. [Acceso el 4 de marzo de 2021] Disponible en: <https://estructplan.com.ar/que-es-el-cie10/>
21. Gmelch González A et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria según niveles de intervención de la Comunidad Autónoma de Canarias [Monografía en Internet]. Canarias: Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. 2012. [Acceso el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf
22. Gómez-Candela et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr Hosp*. 2018. 35(2):489-494.
23. Gaete P. MV, López C. C PS, Matamala B. M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 23(5):579-591.
24. Barreto Seoane M. Prevención de la anorexia nerviosa en la adolescencia: Revisión bibliográfica. [Trabajo de Fin de Grado]. A Coruña: Universidad Da Coruña, 2019.
25. Pérez de Isla MV. Un reto pendiente para la enfermería de Atención Primaria: La detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria [Trabajo de Fin de Grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2019.

26. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
27. De la Serna Maté, J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria [Trabajo de Fin de Grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2017
28. Trueba Gómez R, Estrada Lorenzo JM. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. Dialnet. 2010; 11(2):59-63.
29. Bases de Datos [En línea]. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [acceso 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://seeiuc.org/recursos/bases-de-datos/>
30. Google Académico: acceso al texto completo ULPGC [En línea]. Gran Canaria: Biblioteca Universitaria [acceso 8 de diciembre de 2020] Disponible en: https://biblioteca.ulpgc.es/google_academico
31. Guía de recursos d'Infermeria [En línea]. Tarragona: Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació; [Actualizada el 3 de mayo de 2021; acceso 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://urv.libguides.com/c.php?g=679504&p=4843009>
32. Jagielska,G., Kacperska,I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. Psychiatr. Pol.; 2017; 51(2): 205-218.
33. Lindvall Dahlgran, C., Wisting, L., Ro, O. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. J Eat Disord.; 2017; 5: 56.
34. Jain, A., Yilanli,M. Bulimia Nervosa. StatPearls; 2020
35. López, P., Vabiba Nielsen, L., Mato, R. Alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿Una patología solo de mujeres? Medicina Infantil; 2019; 26 (1): 74-79.
36. Ortiz Cuquejo, L.M., Aguilar, C., Samudio Domínguez, G.C., Troche Hermosilla, A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? Pediatría (Asunción); 2017; 44(1): 37-42.

37. M Bulik, C., Flatt, R., Abbaspour, A., Carroll, I. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci*; 2019; 73(9): 518-525.
38. González-Gómez, J., Madrazo, I., Gil-Camarero, E., Carral-Fernández, L., Benito-Gonzalez, P., Calcedo-Giraldo, G., Gómez del Barrio, A. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Rev. Med. Valdecilla*; 2017; 2(1): 14-20.
39. Barajas-Iglesias, B., Jauregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., Santed-German, M.A. Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: perfiles de personalidad asociados a la anorexia y a la bulimia nerviosa. *Nutr. Hosp*; 2017: 34(5): 1178-1184.
40. Gorrell S, Trainor C, Le Grange D. The Impact of Urbanization on Risk for Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2019; 32(3):242-247.
41. M Martz D, B Rogers C. Understanding and Treating Women's Body Image and Eating Disorders. *NCMJ*. 2016; 77(6):426-429.
42. García Puertas D. Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. *Revisión sistematica. RECS*. 2020; 11(2):244-254.
43. Zeeni N, Doumit R, Abi Kharma J, Sanchez-Ruiz MJ. Media, Technology Use, and Attitudes: Associations With Physical and Mental Well-Being in Youth With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018; 15(4):304-312.
44. Lladó G, González-Soltero R, Blanco MJ. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutr Hosp*. 2017. 34(3):693-701.
45. Mento C, et al. Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(4):2186.
46. Barrueco Costa M, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016; 14(2):235-277.
47. Montero Hernández S, San José de León M, Marín Rodríguez J, Alonso Castro B, Román Rodríguez de Tucanda N, Bernabeu Serrano C. Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. *Revista española de enfermería de Salud Mental*. 2018.

48. Castiblanco-Montañez, RA et al. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Ciencia y cuidado*. 2020; 17(2): 102-115.
49. M Bulik C, Blake L, Austin Jehannine. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019; 42(1):59-73.

ANEXOS

ANEXO 1. SEÑALES DE ALARMA DE LOS TCA

En relación con la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Uso injustificado de dietas restrictivas - Estado de preocupación constante por la comida - Interés exagerado para recetas de cocina - Sentimiento de culpa por haber comido - Comportamiento alimentario extraño (velocidad ingesta, comer derecho, etc) - Irse de la mesa y encerrarse en el baño después de cada comida - Aumento de la frecuencia y cantidad de tiempo que está en el baño - Evitar comidas en familia - Esconder comida o restos de la misma en su habitación o en la basura
En relación con el peso	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso injustificada - Miedo y rechazo exagerado al sobrepeso - Práctica de ejercicio físico de forma compulsiva con el único objetivo de adelgazar - Práctica del vómito autoinducido - Consumo de laxantes y diuréticos - Amenorrea - Durante 3 meses consecutivos se determinaría desnutrición - Frío en las manos y pies, sequedad de piel, estreñimiento, palidez o mareos, caída del cabello...
En relación con la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción errónea de tener un cuerpo grande - Intentar esconder el cuerpo con ropa ancha
En relación con el comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración del rendimiento académico o laboral, y aislamiento progresivo - Aumento de la irritabilidad y agresividad - Aumento de los síntomas depresivos y/o ansiedad

	<ul style="list-style-type: none">- Comportamientos manipuladores y aparición de mentiras
--	---

ANEXO 2. ESCALA EAT-26

ESCALA EAT-26 (Eating Attitudes Test)

1. Me da mucho miedo pensar demasiado
2. Procuro no comer, aunque tenga hambre
3. Me preocupó mucho por la comida
4. A veces me he "atraco" de comida. Sintiendo que era incapaz de parar de comer
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más
9. Vómito después de haber comido
10. Me siento muy culpable después de comer
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15. Tardo en comer más que las otras personas
16. Procuro no comer alimentos con azúcar
17. Como alimentos de régimen (dieta)
18. Siento que los alimentos controlan mi vida
19. Me controlo en las comidas
20. Noto que los demás me controlan para que coma
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces
23. Me comprometo a hacer régimen (dietas)
24. Me gustaría sentir el estómago vacío
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

ANEXO 3. ESCALA SCOFF

ESCALA SCOFF (Sick, Control, Outweight, Fat, Food)

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?
2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de 3 meses?
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?
5. ¿diría que la comida domina su vida?

ANEXO 4. ESCALA BULIT

TABLA Nº 3 BULIMIA TEST (BULIT)				
1. ¿Ha comido usted alguna vez incontroladamente hasta el punto de sentirse hinchado/a?				
1. Una vez al mes o menos (o nunca)	2. Dos o tres veces al mes	3. Una o dos veces a la semana	4. Tres a seis veces a la semana	5. Una vez al día o más
2. Estoy satisfecho/a con mi forma de comer				
1. De acuerdo	2. Neutral	3. Un poco en desacuerdo	4. En desacuerdo	5. Completamente en desacuerdo
3. ¿Ha seguido usted alguna vez comiendo hasta el punto de sentir que va a explotar?				
1. Prácticamente cada vez que como	2. Muy frecuentemente	3. A menudo	4. A veces	5. Raramente o nunca
4. ¿Actualmente se llamaría usted mismo/a un/a comilón/a?				
1. Sí, por completo	2. Sí	3. Sí, probablemente	4. Sí, es posible	5. No, probablemente no
5. Prefiero comer				
1. En casa solo/a	2. En casa con otros/as	3. En un restaurante público	4. En la casa de amigos/as	5. No importa
6. ¿Siente que tiene control sobre la cantidad de comida que consume?				
1. La mayoría o todas las veces	2. Muchas veces	3. Ocasionalmente	4. Raramente	5. Nunca
7. Uso supositorios o laxantes para ayudar a controlar mi peso				
1. Una vez al día o más	2. Tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos
8. Como hasta que me siento demasiado cansado/a para continuar				
1. Al menos una vez al día	2. Tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos (o nunca)
9. ¿Con qué frecuencia prefiere comer helados, batidos durante una comilona?				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. Yo no tengo comilonas
10. ¿Cuánto se preocupa usted sobre sus comilonas?				
1. Yo no tengo comilonas	2. Me preocupa un poco	3. Preocupación moderada	4. Preocupación intensa	5. Probablemente la mayor preocupación en mi vida
11. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuánta comida consumo cada vez que me siento				
1. Sin duda alguna	2. Muy probablemente	3. Probablemente	4. Posiblemente	5. No
12. ¿Ha comido alguna vez hasta el punto de sentirse enfermo/a?				
1. Muy frecuentemente	2. Frecuentemente	3. A menudo	4. Ocasionalmente	5. Raramente o nunca
13. Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
14. No estoy contento/a conmigo mismo/a después de comer demasiado				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia vomita intencionadamente después de comer?				
1. Dos o más veces a la semana	2. Una vez a la semana	3. Dos o tres veces al mes	4. Una vez al mes	5. Menos de una vez al mes (o nunca)
16. ¿Cuáles de los siguientes sentimientos tiene después de una comilona?				
1. No tengo comilonas	2. Me siento bien	3. Me siento medianamente disgustado/a conmigo mismo/a	4. Me siento bastante disgustado/a conmigo mismo/a	5. Me odio
17. Como mucha comida incluso cuando no tengo hambre				
1. Muy frecuentemente	2. Frecuentemente	3. Ocasionalmente	4. A veces	5. Raramente o nunca
18. Mi forma de comer es diferente de la forma de comer de la mayoría de la gente				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
19. He tratado de perder peso ayunando o con regímenes intensos				
1. No en el año pasado	2. Una vez en el pasado año	3. Dos o tres veces en el pasado año	4. Cuatro o cinco veces en el pasado año	5. Más de cinco veces en el pasado año
20. Me siento triste después de comer más de lo que había planeado comer				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente, nunca o no es el caso
21. Cuando me meto en una comilona, tiendo a comer comidas altas en carbohidratos (azúcares, almidón)				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente, o no tengo comilonas
22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:				
1. Mayor que la capacidad de otros/as	2. Más o menos igual	3. Menor	4. Mucho menor	5. No tengo absolutamente ningún control
23. Uno de sus mejores amigos/as de repente sugiere que ambos vayan a cenar a un nuevo restaurante esa noche. Aunque usted haya planeado comer algo ligero en casa, usted va y come fuera, comiendo bastante y sintiéndose incómodamente lleno/a. ¿Cómo se sentiría consigo mismo/a en el camino de vuelta a casa?				
1. Bien, contento/a de haber conocido un nuevo restaurante	2. Lamentando un poco el haber comido tanto	3. Algo frustrado/a conmigo mismo/a	4. Disgustado/a conmigo mismo/a	5. Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente yo podría considerarme un/a "comedor/a compulsivo/a" (que tiene episodios de comida incontroladas)				
1. Absolutamente	2. Sí	3. Sí, probablemente	4. Sí, es posible	5. No, probablemente no
25. ¿Cuál es el máximo peso que ha perdido en un mes?				
1. Más de 20 kg	2. 12-20 kg	3. 8-11 kg	4. 4-7 kg	5. Menos de 4 kg
26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimido/a a la mañana siguiente				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado por la noche

27. ¿Cree que es más fácil para usted vomitar que para la mayoría de la gente?				
1. Sí, no me cuesta ningún trabajo	2. Sí, es más fácil para mí	3. Sí, es un poco más fácil para mí	4. Más o menos igual	5. No, es menos fácil para mí
28. Siente que la comida controla mi vida				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Frecuentemente	4. A veces	5. Raramente o nunca
29. Me siento deprimido/a inmediatamente después de comer demasiado				
1. Siempre	2. Frecuentemente	3. A veces	4. Raramente o nunca	5. No como demasiado
30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer tratando de perder peso?				
1. Menos de una vez al mes (o nunca)	2. Una vez al mes	3. Dos-tres veces al mes	4. Una vez a la semana	5. Dos o más veces a la semana
31. Cuando consume una gran cantidad de comida, ¿con qué rapidez la come habitualmente?				
1. Más rápido que cualquiera lo haya podido hacer en su vida	2. Bastante más rápido que la mayoría de la gente	3. Un poco más rápido que la mayoría de la gente	4. Como la mayoría de la gente	5. Más lentamente que la mayoría de la gente (o no aplicable)
32. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que usted haya ganado en un mes?				
1. Más de 20 kg	2. Entre 12-20 kg	3. Entre 8-11 kg	4. Entre 4-7 kg	5. Menos de 4
33. SOLO MUJERES. Mi último período menstrual fue				
1. Hace un mes	2. Hace dos meses	3. Hace cuatro meses	4. Hace seis meses	5. Hace más de seis meses
34. Uso diuréticos para ayudarme a controlar mi peso				
1. Una vez al día o más	2. De tres a seis veces a la semana	3. Una o dos veces a la semana	4. Dos o tres veces al mes	5. Una vez al mes o menos (o nunca)
35. ¿Qué piensa de su apetito comparado con el de la mayoría de las personas que conoce?				
1. Muchas veces mayor que la mayoría	2. Mucho mayor	3. Un poco mayor	4. Más o menos igual	5. Menor que la mayoría
36. SÓLO MUJERES. Mi ciclo menstrual se presenta una vez al mes				
1. Siempre	2. Generalmente	3. Algunas veces	4. Rara vez	5. Nunca

ANEXO 5. ESCALA BITE

BULIMIA INVESTIGATORY TEST OF EDIMBURG (BITE)			
Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?		
2	¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?		
3	¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?		
4	¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?		
5	¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?		
6	<p>Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia lo hace?</p> <p>() Un día sí y otro no (Asígnese cinco puntos)</p> <p>() Dos - tres veces por semana (Asígnese cuatro puntos)</p> <p>() Un día a la semana (Asígnese tres puntos)</p> <p>() De vez en cuando (Asígnese dos puntos)</p> <p>() Una sola vez (Asígnese un punto)</p>		
7	<p>Cali que así. 0=nunca. 2=ocasionalmente. 3=una vez a la semana. 4=dos o tres veces a la semana. 5=diariamente. 6=dos o tres veces al día. 7=cinco o más veces al día.</p> <p>¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?</p> <p>() Píldoras para adelgazar.</p> <p>() Toma diuréticos.</p> <p>() Toma laxantes.</p> <p>() Se provoca el vómito.</p>		
8	¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?		
9	¿Cree usted que la comida «domina» su vida?		
10	¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?		
11	¿Existen momentos en los cuales «solo» puede pensar en comida?		
12	¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?		

13	¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?		
14	¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?		
15	¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?		
16	¿La idea de engordar le aterroriza?		
17	¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)		
18	¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?		
19	¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?		
20	¿Se refugia en la comida para sentirse bien?		
21	¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?		
22	¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?		
23	¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?		
24	¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?		
25	Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?		
26	¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?		
27	<p>¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?</p> <p>() Dos o tres veces al día (Asígnese seis puntos)</p> <p>() Diariamente (Asígnese cinco puntos)</p> <p>() Dos a tres veces a la semana (Asígnese cuatro puntos)</p> <p>() Una vez por semana (Asígnese tres puntos)</p> <p>() Una vez al mes (Asígnese dos puntos)</p> <p>() Casi nunca (Asígnese un punto)</p>		
28	¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atacón»?		

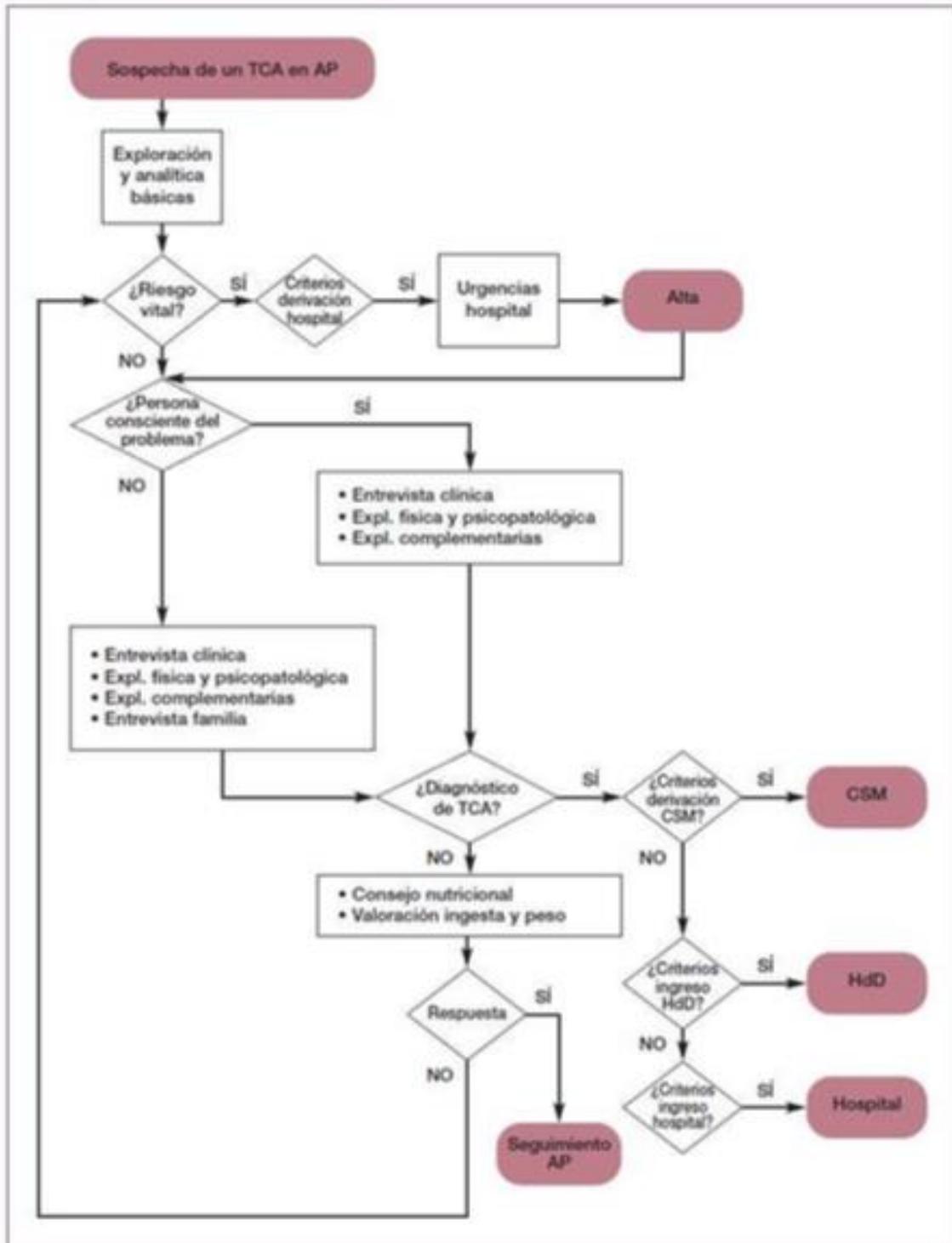
29	Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?		
30	¿Come alguna vez en secreto?		
31	¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?		
32	¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?		
33	¿Varía su peso más de 2.5 kg a la semana?		

ANEXO 6. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

TIPO	CIE-10	DSM-5
<u>ANOREXIA NERVIOSA</u>	<p>A. Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal < 17'5kg/m²)</p> <p>B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, por: Evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vómitos autoprovocados 2. Purgas intestinales autoprovocadas 3. Ejercicio excesivo 4. Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos <p>C. Distorsión de la imagen corporal (Persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal)</p> <p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida de interés y potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> <p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene.</p>	<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual.</p>
<u>BULIMIA NERVIOSA</u>	<p>A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, a los que el enfermo sucumbe, presentándose episodios de polifagia durante los que consume grandes cantidades de comida en cortos</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón está caracterizado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer, dentro de cualquier periodo de 2 horas, una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que comería la mayoría de las

	<p>periodos de tiempo.</p> <p>B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: Vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos)</p> <p>C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar; el enfermo se fija de forma estricta un dintel del peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo y sano. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.</p>	<p>personas en un periodo de tiempo similar y en circunstancias similares.</p> <p>2. Sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo.</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido; uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.</p> <p>D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.</p>
<p><u>TRASTOR NO POR ATRACÓN</u></p>	<p>A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.</p>	

ANEXO 7. ACTUACIÓN ANTE UN TCA



ANEXO 8. DERIVACION TCA

Derivación de atención primaria a salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido. • Pérdida de peso igual o superior al 10-25% sin una causa que lo justifique. • Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobre ingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos). • Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas. • Falta de conciencia de la enfermedad. • Si a pesar de seguir las pautas de AP, no mejora su peso ni las conductas bulímicas.
Derivación al hospital urgente	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses). • Alteraciones de la consciencia. • Convulsiones. • Deshidratación. • Alteraciones hepáticas o renales severas. • Pancreatitis. • Disminución de potasio <3% mEq/l o sodio. • Arritmia grave o trastorno de la conducción. • Bradicardia <40 lpm. • Otros trastornos del ECG. • Sincope o hipotensión con TAS <70 mmHg. • Hematemesis, rectorragias. • Dilatación gástrica aguda.
Derivación a valoración psiquiatra urgente	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa absoluta a comer o beber. • Sintomatología depresiva con riesgo de autolisis. • Conductas autolesivas importantes.
Criterios de hospitalización completa	<ul style="list-style-type: none"> • Estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos). • IMC<16. • Alteraciones iónicas. • Vómitos auto inducidos continuados. • Abuso de laxantes y uso de diuréticos. • Hematemesis. • Síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis. • Conductas autolesivas importantes.

