

Revisión

# Los trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente

Paula Sofía Pérez Martín <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Médico de familia, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

\* Autor correspondencia: paulasofia.perez@salud.madrid.org; <https://orcid.org/0000-0002-7329-8077>.

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.2.398>

---

**Resumen:** Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías con un alto porcentaje de cronicidad que ocasionan un grave deterioro tanto al paciente como a su entorno, por ello resulta fundamental realizar una detección y abordaje precoz de los mismos. Los adolescentes son una población especialmente vulnerable con una elevada prevalencia. Con esta revisión se pretende realizar una actualización sobre el tema y establecer las bases para la identificación y manejo adecuado de estas enfermedades mentales.

**Palabras Clave:** Anorexia Nerviosa, Adolescentes, Bulimia Nerviosa, Prevención, Alimentación, Prevalencia.

**Abstract:** Eating disorders are pathologies with a high percentage of chronicity that cause serious deterioration to both the patient and their environment, which is why it is essential to detect and address them early. Adolescents are a particularly vulnerable population with a high prevalence. This review aims to provide an update on the topic and establish the foundations for proper identification and management of these mental illnesses.

**Key words:** Anorexia Nervosa, Adolescents, Bulimia Nervosa, Prevention, Diet, Prevalence.

---

## 1. Introducción

Los “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA) son un grupo de patologías mentales caracterizadas por una alteración en la alimentación asociada a una serie de conflictos psicosociales, baja autoestima y escasa empatía con una obsesión por adelgazar, que acaban generando problemas tanto físicos como alteraciones del funcionamiento psicosocial, con un importante empeoramiento de la calidad de vida de quien los padece y su alrededor [1].

Los adolescentes son una población especialmente vulnerable a este tipo de enfermedades, es en esta etapa de la vida donde se producen los mayores cambios a nivel físico y psíquico, existe una búsqueda de integración social y se desarrolla una identidad propia [2]. Durante este periodo la imagen corporal cobra mayor importancia ya que se produce una transformación pasando de un cuerpo infantil a uno adulto, la falta de aceptación de este cambio puede generar frustración y baja autoestima en el adolescente pudiendo derivar en un TCA. En esta etapa de integración social, el adolescente puede sentir una importante presión hacia los cánones estéticos corporales de la cultura occidental, orientados hacia la delgadez vista como un valor positivo [3], equiparable al triunfo y una demostración de control sobre uno mismo, en una sociedad cada vez más opulenta con mayor acceso a la comida.

Este ideal que antes era difundido por los medios de comunicación y la publicidad, se ha incrementado con la llegada de las redes sociales [4]. Se ha comprobado que tras la aparición de la Covid-19 y las restricciones llevadas a cabo para evitar su propagación, el número de casos de TCA creció, coincidiendo también con el aumento en el uso de las redes sociales [5,6].

## 2. Prevalencia

La prevalencia de los TCA ha suscitado en los últimos años un enorme interés, realizándose una gran cantidad de publicaciones sobre el tema.

Son enfermedades en auge. A nivel global la prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), ha ido en aumento gradualmente desde 1990 hasta 2017, pese a que siguen predominando en países con ingresos altos como Norte América, Australia y Europa occidental; se ha producido en los últimos años un incremento en Asia del este y meridional, con tendencias crecientes en países con menos recursos como Guinea Ecuatorial, Bosnia y Herzegovina y China [7].

Si nos referimos a la prevalencia diagnóstica en nuestro país podemos situarla en torno al 1,3% y el 4,2%, siendo del 0% al 2% en hombres y del 1% al 7% en mujeres. Según el tipo de diagnóstico, en adolescentes de entre 9 y 25 años encontramos una prevalencia de AN en mujeres entre el 0 y el 1,9%, en varones del 0 al 0,1%, Para BN, en mujeres comprenden desde 0,3 al 2,9% y en varones del 0 al 0,4% y en los trastornos de la conducta no especificados (TCANE) para mujeres del 2,1% al 5,3%, mientras que en varones iría del 0,2 al 1,6%.

El riesgo de TCA es amplio a nivel nacional entre el 4% hasta el 24%. Esto se debe a la gran heterogeneidad de la muestra en los diferentes estudios y a sus diferentes métodos de detección [8].

## 3. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

En la última versión del manual DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [9], se incluye una serie de modificaciones respecto a la versión anterior, apareciendo nuevas categorías diagnósticas:

---

### DSM-5 (APA,2013)

---

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Pica

Trastorno de rumiación

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

Anorexia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

Trastorno de atracones

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

---

## 4. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

La edad de inicio de los diferentes TCA es variables. La anorexia nerviosa es en la que más precozmente aparecen estas alteraciones, generalmente en torno a los 14-15 años y entre los 18 y los 19 [10], al contrario que en la bulimia nerviosa con una edad de aparición entre los 15 y 20 años, teniendo su mayor prevalencia a los 17 años y siendo frecuente entre los 15 y 30 años [11], en ambos trastornos la aparición antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente [12],

El curso y desenlace de estas patologías suele ser variable. Existe una tendencia a la cronificación en muchos casos, con patrones migratorios entre diferentes tipos de trastornos (*Eddy et al 2008, Jáuregui Lobera, 2009*), salvo en el trastorno por atracón (TA) en el que existe poca variación [13].

Como factores pronósticos negativos comunes se encuentran: mantenimiento de de la enfermedad a largo plazo, comorbilidades psiquiátricas, abuso de sustancias y mal funcionamiento social [14,15].

La AN tiene la tasa de mortalidad más alta entre todos los trastornos mentales. Siendo las principales causas de muerte, las alteraciones cardiacas, metabólicas y el suicidio [16].

#### 4. Etiología

La etiología de estos trastornos es multifactorial, conjugándose factores de tipo biológico (alteración del funcionamiento del hipotálamo y de los sistemas neurotransmisores con disminución de Serotonina, Dopamina y Noradrenalina), psíquico (baja autoestima, alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo), familiar (sobrepotección y rigidez, roles familiares mal establecidos, conflictividad entre los progenitores ) y social (las influencias socioculturales y “la búsqueda de la delgadez” como exitosa) [17,18].

Como factores predisponentes estarían los anteriormente citados, mientras que existen una serie de factores precipitantes a partir de los cuales se puede desarrollar este tipo de trastornos como son: inicio de dieta exitosa, críticas acerca de la apariencia física, eventos negativos como fracaso escolar, conflicto familiar o pérdida afectiva, eventos estresantes como divorcio y fallecimiento de alguno de los progenitores, dificultad de transición a la adultez y abuso sexual. Como factores perpetuantes de estas patologías estarían: desnutrición intensa y alteraciones del sistema gastrointestinal y endocrino, procesos psicológicos como aislamiento social, falta de interés por el estudio y el trabajo y falta de apoyo familiar [17].

#### 5. Identificación de casos

Entre los signos y síntomas psíquicos que orientan al clínico hacia un TCA destacan [19]:

- Ayunos de más de un día alternos con ingesta normal.
- Demanda de diuréticos o laxantes en consulta.
- Visitas frecuentes al baño después de las comidas.
- Pesarse frecuentemente.
- Aumento de actividad física.
- Alteración del sueño-vigilia.
- Restricción alimentaria con dietas hipocalóricas.
- Preocupación excesiva por el aporte calórico de los alimentos.
- Aislamiento social, con dificultad para comer en lugares públicos.
- Aumento del interés por la cocina y por la búsqueda de recetas.
- Irritabilidad y empeoramiento de las relaciones familiares.
- Cambio en el ritmo de la ingesta.

La AN y la BN, son los dos tipos de TCA que más alteraciones físicas producen, entre ellas destacan [20]:

**ANOREXIA NERVIOSA****BULIMIA NERVIOSA**

<u>Metabólicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la tasa metabólica basal</li> <li>- Distermia</li> <li>- Hipercolesterolemia</li> <li>- Hipercarotinemia</li> <li>-</li> </ul>	<u>Metabólicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcalosis metabólica hipoclorémica</li> </ul>
<u>Cardiovasculares</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bradicardia</li> <li>- Hipotensión</li> <li>- Disminución del tamaño cardíaco</li> <li>- Alteraciones en el electrocardiograma</li> </ul>	<u>Cardiovasculares</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolapso mitral</li> <li>- Alteraciones en el electrocardiograma</li> </ul>
<u>Gastrointestinales</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastroparesia</li> <li>- Estreñimiento</li> <li>- Distensión abdominal</li> </ul>	<u>Del tracto digestivo</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erosión del esmalte dental</li> <li>- Gingivitis</li> <li>- Hipertrofia de glándulas salivares</li> <li>- Esofagitis</li> <li>- Regurgitaciones</li> <li>- Rotura esofágica</li> <li>- Dilatación/ perforación gástrica</li> <li>- Pancreatitis aguda</li> <li>- Estreñimiento</li> </ul>
<u>Renales</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones hidroelectrolíticas</li> <li>- Uremia prerrenal</li> <li>- Fallo renal crónico</li> </ul>	<u>Renales</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones hidroelectrolíticas</li> <li>- Fracaso renal agudo</li> <li>- Nefropatía hipopotasémica</li> </ul>
<u>Endocrinológicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipogonadismo hipogonadotrófico</li> <li>- Aumento de cortisol y GH</li> <li>- Disminución de T3</li> </ul>	
<u>Óseas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osteopenia</li> <li>- Retraso en maduración ósea</li> </ul>	
<u>Dermatológicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel seca</li> <li>- Lanugo</li> </ul>	<u>Dermatológicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Callosidades en nudillos (Signo de Russell)</li> </ul>
<u>Hematológicas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pancitopenia</li> <li>- Hipoplasia de la médula ósea</li> </ul>	
<u>Cognitivas y del comportamiento</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Dificultad de concentración</li> <li>- Obsesión por la comida</li> </ul>	

## 6. Tratamiento

El tratamiento debe ser multidisciplinar formado por diferentes especialistas (psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, etc.) con una implicación directa en el paciente y en su entorno social y familiar ajustando la terapia en función del nivel de gravedad. Los objetivos principales del tratamiento deben ser la restauración de un peso normal y del estado nutricional previo, el tratamiento de las alteraciones orgánicas asociadas y una relación saludable con la comida.

Para el tratamiento se suele utilizar psicoterapia de tipo cognitivo-conductual para casos más leves, sobre todo a nivel ambulatorio, mientras que en casos resistentes o con mala respuesta a la terapia psicológica se añaden diferentes fármacos entre los que destacan neurolépticos, benzodiacepinas y antidepresivos.

## 7. Dispositivos asistenciales

Es en las consultas de Atención Primaria y en los servicios de Urgencia donde habitualmente se detectan los primeros signos de sospecha de un posible TCA y desde allí son remitidos a las consultas de salud mental. Para ello es fundamental conocer los diferentes criterios de derivación entre los que se encuentran [1]:

- Existencia de un diagnóstico previo.
- Pérdida de peso igual o mayor al 10%-25% sin causa orgánica aparente.
- Atracónes recurrentes y/o conductas purgativas.
- Falta de aceptación de la enfermedad.
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
- No recuperación del peso y/o conductas compensatorias inadecuadas, pese a un tratamiento desde el primer nivel asistencial.

Los tipos de derivación varían en función de la gravedad de la enfermedad, pueden ser [21]:

NORMAL	PREFERENTE	URGENTE
Se da cuando no existe un riesgo físico inminente, que exija una atención especializada temprana:	necesita una atención especializada temprana, pero no urgente:	Precisa una atención especializada inminente, no demorable por el riesgo que supone para el paciente y su entorno
No existen desnutrición, ni alteraciones hidroelectrolíticas	Hay desnutrición leve o moderada	Desnutrición severa con riesgo vital
No existen conductas purgativas o éstas son ocasionales	La conducta alimentaria presenta alteraciones importantes	Existe psicopatología moderada o que no se controla con los tratamientos propuestos en el nivel previo.
No existe psicopatología severa	Existe psicopatología moderada o que no se controla con los tratamientos propuestos en el nivel previo.	Riesgo vital inminente por causas médicas o psiquiátricas
Las pautas de alimentación están levemente alteradas		Conductas purgativas que no cesan
		patología psíquica severa

En casos de menor gravedad el seguimiento y tratamiento se realizará en los centros de salud mental, mediante terapia ambulatoria (individual, familiar y grupal).

En caso de que el paciente requiera una atención continuada, supervisada e intensiva y/o el tratamiento ambulatorio no resultase eficaz se trataría en el hospital de día, el cual es un recurso intermedio entre el tratamiento ambulatorio y el ingreso hospitalario. El paciente puede dormir en su domicilio acudiendo al hospital de tres a ocho horas diarias, en las que se realizan diferentes actividades tanto individuales como grupales; así como una ingesta supervisada generalmente de la comida de medio día y la merienda. Tiene una duración más prolongada que el ingreso hospitalario, pero más corta que el tratamiento ambulatorio, pudiendo moverse el paciente en diferentes niveles asistenciales en función de la gravedad y terapia que precise en ese momento [22].

El último recurso sería el ingreso hospitalario utilizado cuando la sintomatología no se ha podido controlar en los niveles asistenciales anteriores o cuando existe una elevada gravedad a nivel físico. El apoyo y supervisión durante el ingreso debe ser constante. Siempre se intenta que el ingreso sea voluntario, pero existen casos en que el paciente se niega, por lo que, si el equipo clínico considera que cumple criterios de ingreso por la gravedad física extrema del paciente, se autorizara vía judicial [23].

#### 7.1. Criterios de ingreso [24,25]:

1. Desnutrición severa (IMC menor a 15 kg/m<sup>2</sup>). Pérdida de peso persistente (25-30% del peso inicial o IMC menor de 17.5 kg/m<sup>2</sup>) en menos de tres meses o un porcentaje mayor en forma progresiva. Pérdidas de 1 kg por semana.
2. Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hipofosfatemia).
3. Deshidratación.
4. Inestabilidad fisiológica: Bradicardia severa. Hipotensión. Hipotermia Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg).
5. Arritmias cardiacas.
6. Fracaso de tratamiento ambulatorio.
7. Detención en el crecimiento o desarrollo.
8. Rechazo agudo a alimentación.
9. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. síncope, mareos, fallas cardiacas, pancreatitis, etc.).
10. Atracones y purgas incontrolables.
11. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario
12. Mala evolución clínica-terapéutica del tratamiento ambulatorio o de hospitalización parcial
13. Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda).
14. Conflictividad familiar como factor mantenedor de TCA.

Los TCA requieren estancias hospitalarias prolongadas, el objetivo del ingreso es alcanzar una mejoría significativa a nivel físico y psíquico, asegurando una adecuada percepción de la enfermedad, una recuperación ponderal adecuada y mejoría de los hábitos nutricionales [26].

## 8. Utilización y costes al sistema sanitario

Este tipo de enfermedades generan importantes costes y carga en el servicio sanitario, gracias a su elevada cronicidad, mortalidad y al alto porcentaje de casos no tratados.

El tratamiento médico ambulatorio resulta más barato y coste-efectivo que el realizado desde "servicios de salud mental del niño y el adolescente" y que el ingreso hospitalario [27]. El tiempo de estancia hospitalaria es inversamente proporcional al coste-efectividad [28]. Dentro de los TCA, la

AN es la enfermedad más cara y que más servicios médicos requiere ya que precisa más cantidad de ingresos hospitalarios con estancias más prolongadas [29].

En España, el coste medio de los trastornos mentales es muy alto, superando incluso al de los trastornos neurológicos.

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha observado un aumento en el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), entendiéndose como años de vida sana perdidos, desde 1990 que era de 298.7 pasando a 574.6 20 años después, siendo superior en las mujeres [30].

En 2010, el coste social de los trastornos mentales ascendió a 46000 millones de euros. En el caso de los TCA el gasto por paciente fue de 499 euros, con un coste social de 65 millones de euros [31]; sin embargo, esta cifra podría estar infraestimada al no tener en cuenta la psicopatología que en ciertos casos acompaña a los TCA, como son los trastornos del estado de ánimo que ese año tuvieron un gasto social de 10,76 millones de euros y los trastornos de personalidad con un gasto de 2,085 millones de euros.

## 9. Conclusiones

Los TCA son un grupo de patologías mentales con gran incidencia entre la población joven. En los últimos años, sobre todo a raíz de la pandemia provocada por la Covid-19 y las medidas llevadas a cabo para evitar su propagación se ha experimentado un importante aumento del número de casos en este colectivo. Son enfermedades tiempo-dependientes por lo que resulta fundamental una identificación y tratamiento precoz mejorando de esta forma el pronóstico.

**Conflictos de Intereses:** Los autores no declaran conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

1. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01
2. Boyd DR & Bee HL. Lifespan Development. 4th ed. Pearson (ed.); 2006.
3. Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.
4. Salazar Mora Zaida. ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL EN LA ÉPOCA DE LA DELGADEZ. Reflexiones. 2008;87(2):67-80. [fecha de Consulta 6 de octubre de 2023]. ISSN: 1021-1209. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912555004>
5. Villar del Saz Bedmar M, Baile Ayensa JI. La influencia de las redes sociales como factor de riesgo en el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosas durante la adolescencia. TCE [Internet]. 4 de enero de 2023 [citado 6 de octubre de 2023];(24):141-68. Disponible en: <https://www.tecnologia-ciencia-educacion.com/index.php/TCE/article/view/743>
6. Paricio del Castillo R, Mallol Castaño L, Díaz de Neira M, Palanca Maresca I. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿una nueva pandemia? Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 29 de diciembre de 2021 [citado 6 de octubre de 2023];38(4):9-17. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/850>
7. Fernández Rivas A. Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2021; 12(2): 1-5.
8. Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. Ann Transl Med. 2020 Mar;8(6):299. doi: 10.21037/atm.2020.02.175. PMID: 32355743; PMCID: PMC7186678.
9. Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital [Early detection and prevalence of risk of eating disorders in Primary Care in Guadalajara city].

- Semergen. 2021 May-Jun;47(4):230-239. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2021.01.007. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33863649.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-5R. Washington, DC: American Psychiatric Association ;2013.
  11. Vellisca González María Yolanda, Orejudo Hernández Santos, Latorre Marín José Ignacio. Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud* [Internet]. 2012 jul [citado 2023 Oct 06]; 23(2): 111-121. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200001&lng=es).
  12. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA). Trastornos de la conducta alimentaria. In Siglo S.L. (Ed.), *Protocolos clínicos*; ;2010. p. 179–187.
  13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association. ;2000.
  14. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 jul;57(7):659-65. doi: 10.1001/archpsyc.57.7.659. PMID: 10891036.
  15. Baile JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario [Binge eating disorder: officially recognized as the new eating disorder]. *Rev Med Chil*. 2014 Jan;142(1):128-9. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872014000100022. PMID: 24861128.
  16. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord*. 2000 Sep;28(2):139-47. doi: 10.1002/1098-108x(200009)28:2<139:aid-eat2>3.0.co;2-g. PMID: 10897075.
  17. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*. 1997 Dec;22(4):339-60. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199712)22:4<339: aid-eat1>3.0.co;2-n. PMID: 9356884.
  18. Marín B., Verónica. EATING DISORDERS OF SCHOOL CHILDREN AND ADOLESCENTS. *Revista chilena de nutrición*.2002; 29(2), 86-91. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000200002>
  19. Basurte Villamor I, Sevilla Vicente MJ, Holguera Ortiz S, et al. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina*. 2011; 10(86): 5817-5824
  20. Gómez del Barrio JA, Gaité L, Gómez E, Carral L, Herrero S, VázquezBarquero JL. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Gobierno de Cantabria. 2008.
  21. Adaptado de *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*, por D. Madruga Acerete, R. Leis Trabazo y N. Lambruschini Ferri. 2010, p.329, Ergón S.A.
  22. Dieguez, M y Álvarez, J. Proceso asistencial de trastornos de la conducta alimentaria. 2013. Hospital Universitario Príncipe de Asturias
  23. Nebot Ibáñez S. Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con un trastorno alimenticio. [Tesis doctoral]. Universitat Jaume I; 2017.
  24. Vega Vega C, Bañón González RM, Fajardo Augustín A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales [Psychiatric commitments. Medicolegal aspects]. *Aten Primaria*. 2010 Mar;42(3):176-82. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2009.07.012. Epub 2009 Oct 17. PMID: 19837484; PMCID: PMC7024676.
  25. López C y Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo Eating Disorders in adolescents : Description and management. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; 22(1), 85
  26. Miragaya J. P & Fleta J. H. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. In *Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud*. 2009. [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo\\_TCA.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf)
  27. Dueñas Disotuar Yuniór, Murray Hurtado Mercedes, Rubio Morell Belén, Murjani Bharwani Hima S., Jiménez Sosa Alejandro. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr. Hosp*. [Internet]. 2015 Nov [citado 2023 Oct 06]; 32(5): 2091-2097. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015001100026&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001100026&lng=es). <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9662>.
  28. Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Rowlands L, Roots P. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia



- nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. 2010 Mar;14(15):1-98. doi: 10.3310/hta14150. PMID: 20334748.
29. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, Campos Del Portillo R, Virgili Casas M<sup>a</sup>N, Martínez Olmos MÁ, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Martín-Palmero Á. 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 [Consensus document about the nutritional evaluation and management of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and others. Executive abstract]. *Nutr Hosp*. 2018 Jan 31;35(2):489-494. Spanish. PMID: 29756985.
  30. Ágh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Vokó Z, Sheehan DV. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2016 Sep;21(3):353-364. doi: 10.1007/s40519-016-0264-x. Epub 2016 Mar 4. PMID: 26942768; PMCID: PMC5010619.
  31. Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L, Whiteford HA, Haro JM. The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015 Oct-Dec;8(4):207-17. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.09.001. Epub 2014 Nov 27. PMID: 25435363.
  32. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014 Aug 18;9(8):e105471. doi: 10.1371/journal.pone.0105471. PMID: 25133395; PMCID: PMC4136914.



© 2023 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.