UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

https://doi.org/10.69940/sld.20261207

Artículo de revisión

Abordaje multidisciplinario de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón en adolescentes

A multidisciplinary approach to anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder in adolescents

Gabriela María Jiménez Aponte[1,2]

[1] Universidad de la Integración de las Américas. Asunción, Paraguay.

[2] Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de la Integración de las Américas (SOCEM UNIDA). Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema relevante de salud durante la adolescencia debido a sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales y a la posibilidad de aparición de complicaciones médicas y psiquiátricas. **Objetivos:** El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible sobre los principales TCA en adolescentes, con énfasis en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, considerando sus características clínicas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante búsquedas en PubMed y Google Scholar, complementadas con la consulta de documentos de organismos científicos e institucionales. La selección se realizó según la pertinencia temática, la población estudiada, la actualidad de la información y la utilidad de las fuentes para los objetivos de la revisión. **Resultados:** La evidencia revisada muestra que los TCA presentan un origen multifactorial, en el que interactúan factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales. El abordaje terapéutico requiere una intervención multidisciplinaria e individualizada, con especial relevancia de la rehabilitación nutricional y de las intervenciones psicoterapéuticas y familiares. La evidencia farmacológica es más limitada y, en determinados trastornos, procede principalmente de población adulta, por lo que su extrapolación a adolescentes debe realizarse con cautela. La prevención y la detección temprana constituyen componentes importantes del abordaje integral, particularmente mediante intervenciones que favorezcan una relación saludable con la alimentación y la imagen corporal, reduzcan el estigma y faciliten el acceso oportuno a los servicios de salud. **Conclusiones:** En conjunto, se destaca la necesidad de fortalecer la investigación específica en adolescentes y de adaptar las intervenciones a sus características individuales, familiares y socioculturales.

Palabras clave: Adolescentes, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastornos alimentarios.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (EDs) are a significant health concern during adolescence because of their physical, psychological, and social consequences and the potential development of medical and psychiatric complications. **Objectives:** This review aimed to synthesize the available evidence on the main EDs affecting adolescents, with an emphasis on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder, considering their clinical characteristics, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention. **Materials and Methods:** A narrative literature review was conducted through searches in PubMed and Google Scholar, supplemented by documents from scientific and institutional organizations. Sources were selected according to their thematic relevance, the population studied, the currency of the information, and their usefulness in addressing the review objectives. **Results:** The reviewed evidence indicates that EDs have a multifactorial origin involving the interaction of biological, psychological, familial, social, and cultural factors. Their management requires a multidisciplinary and individualized approach, with particular emphasis on nutritional rehabilitation and psychotherapeutic and family-based interventions. Evidence regarding pharmacological treatment is more limited and, for certain disorders, derives primarily from adult populations; therefore, its extrapolation to adolescents should be approached with caution. Prevention and early detection are important components of comprehensive management, particularly through interventions that promote a healthy relationship with food and body image, reduce stigma, and facilitate timely access to healthcare services. **Conclusions:** Overall, the findings highlight the need to strengthen research specifically focused on adolescents and to tailor interventions to their individual, familial, and sociocultural characteristics.

Keywords: Adolescents, anorexia nervosa, binge-eating disorder, bulimia nervosa, eating disorders.

Para correspondencia dirigirse a: gabitajimeneza@gmail.com
Recibido: 1 de abril de 2026. **Aceptado:** 20 de agosto de 2026.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar. **Fuente de financiamiento:** Ninguno. **Editor responsable:** Nidia Glavinich Romero

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades de importancia clínica y de salud pública que pueden afectar de manera significativa el desarrollo físico, psicológico y social durante la adolescencia. Aunque históricamente se han descrito con mayor frecuencia en mujeres, actualmente se reconoce que pueden presentarse en personas de diferentes sexos, identidades, características corporales y contextos socioculturales (1,2).

La frecuencia de los TCA varía según la población estudiada, el grupo etario, el contexto clínico o comunitario, el trastorno evaluado y los criterios diagnósticos empleados.

Asimismo, las diferencias metodológicas entre los estudios dificultan la comparación directa de las estimaciones de prevalencia entre países y regiones. Los cambios introducidos por los criterios diagnósticos contemporáneos también han modificado la clasificación de determinados casos y deben considerarse al interpretar las tendencias epidemiológicas (1-4).

Durante la adolescencia, la interacción entre los cambios puberales, la maduración psicológica, la influencia familiar y de los pares y la exposición a ideales socioculturales de apariencia puede incrementar la vulnerabilidad a desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Esta vulnerabilidad no implica que un único factor determine la aparición de un TCA, sino que estos trastornos deben comprenderse desde un modelo multifactorial (4-6).

Históricamente, los TCA se consideraban propios de países occidentales desarrollados. Sin embargo, con el tiempo, se han detectado en diversas culturas y en países con menor desarrollo, donde su prevalencia ha ido en aumento. Además, el perfil de quienes los padecen se ha diversificado, ya que actualmente afectan no solo a adolescentes de clase alta con alto rendimiento académico, sino también a varones, personas de minorías, y personas de distintos niveles socioeconómicos, etnias y estados nutricionales, con un inicio de los síntomas a edades más tempranas (2,4-6).

En Latinoamérica, las prevalencias estimadas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón son del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %, respectivamente. Sin embargo, estas estimaciones deben interpretarse con cautela debido a la heterogeneidad metodológica entre los estudios, las diferencias en los criterios diagnósticos empleados y las características de las poblaciones evaluadas. Las diferencias culturales también deben tenerse en cuenta al interpretar estas estimaciones y al compararlas con las obtenidas en otras regiones (7).

Esta revisión sintetiza los factores de riesgo, las características clínicas y diagnósticas, las modalidades de tratamiento y las estrategias de prevención descritas para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón en adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, con énfasis en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed y Google Scholar y se complementó con la consulta de sitios web oficiales de organismos científicos e institucionales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y la salud mental.

La búsqueda bibliográfica inicial se realizó en septiembre de 2024 y posteriormente se efectuó una actualización de la búsqueda durante la revisión del manuscrito, con el fin de incorporar publicaciones relevantes disponibles hasta abril de 2026.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes términos en español e inglés relacionados con la población y los principales trastornos estudiados. Entre los términos empleados se incluyeron: trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR según el objetivo de cada búsqueda. Entre las principales combinaciones utilizadas se incluyeron: trastornos de la conducta alimentaria y adolescentes, anorexia nerviosa y adolescentes, y combinaciones de estos términos con factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Se priorizaron publicaciones relacionadas específicamente con población adolescente y aquellas que abordaran la epidemiología, definición, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, criterios diagnósticos, tratamiento o prevención de los TCA. Se consideraron especialmente revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales. Asimismo, se incluyeron guías de práctica clínica, documentos de organismos científicos e institucionales y otras fuentes de referencia cuando aportaban información relevante para aspectos diagnósticos, terapéuticos o preventivos que no podían ser abordados adecuadamente únicamente mediante estudios primarios.

Cuando la evidencia específica en adolescentes fue limitada, especialmente en relación con el tratamiento farmacológico, se incorporaron estudios y documentos correspondientes a población adulta con el objetivo de contextualizar la evidencia disponible, diferenciando explícitamente sus resultados de aquellos obtenidos en adolescentes y evitando su extrapolación directa.

No se estableció como criterio de exclusión la antigüedad de una fuente de manera aislada, debido a que determinados documentos y publicaciones previas continúan siendo relevantes para la definición de conceptos, instrumentos de evaluación o recomendaciones clínicas. Por este motivo, la fecha de publicación fue considerada conjuntamente con la actualidad, pertinencia y aplicabilidad de la información al objetivo de la revisión.

La selección de las fuentes se realizó mediante una valoración de su pertinencia respecto de los objetivos de la revisión, considerando la población estudiada, el tipo de TCA abordado, el diseño o naturaleza de la fuente, la claridad de la metodología y la utilidad de los resultados para la población adolescente. Se priorizaron aquellas publicaciones con mayor pertinencia para adolescentes y con información metodológica suficientemente clara para interpretar sus resultados.

El proceso de selección se realizó en etapas sucesivas. Inicialmente se revisaron los títulos y resúmenes de las publicaciones identificadas mediante las búsquedas. Posteriormente, se evaluaron los textos completos de aquellas fuentes potencialmente pertinentes y se excluyeron las que no respondían a los objetivos de la revisión, no correspondían a la población de interés o presentaban información insuficiente para el análisis. Debido al carácter narrativo de la revisión, no se realizó una evaluación cuantitativa del riesgo de sesgo ni se aplicó una herramienta única de valoración de calidad metodológica a todos los documentos incluidos. En consecuencia, no se utilizó una clasificación formal de las fuentes como de "baja calidad metodológica"; en su lugar, la calidad y utilidad de la evidencia fueron consideradas de manera crítica de acuerdo con el tipo de estudio, la claridad metodológica, la población analizada y la consistencia de sus resultados.

Las fuentes consideradas pertinentes fueron incorporadas al análisis y organizadas de acuerdo con los principales ejes temáticos del trabajo: características de los TCA, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención. En total, se incluyeron 29 fuentes en la revisión.

RESULTADOS

Factores de riesgo

La adolescencia constituye una etapa de especial vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria debido a la interacción entre los cambios propios de la pubertad, la maduración cerebral, los factores genéticos y las características individuales. La evidencia disponible indica que los TCA presentan una importante contribución hereditaria, aunque la predisposición genética no actúa de manera aislada, sino en interacción con factores ambientales y psicológicos (4,5). Los cambios corporales propios de la pubertad pueden modificar la composición corporal, el peso y la distribución de la grasa, generando una mayor discrepancia entre el cuerpo en desarrollo y los ideales socioculturales de apariencia (4). La maduración puberal también puede asociarse con modificaciones en la regulación del apetito, las emociones y la conducta, lo que contribuye a una mayor susceptibilidad en determinados adolescentes (4).

Los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la vulnerabilidad, aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia. Entre los factores descritos se encuentran la baja autoestima, la insatisfacción con la imagen corporal, el perfeccionismo, la ansiedad, los síntomas depresivos, la preocupación excesiva por el peso y la forma corporal, así como determinadas dificultades en la regulación emocional (5,6).

La insatisfacción corporal constituye uno de los factores de riesgo más consistentemente asociados con el desarrollo de TCA en adolescentes. La percepción negativa del propio cuerpo puede favorecer la adopción de dietas restrictivas, conductas alimentarias desorganizadas y una preocupación persistente por el peso y la apariencia. En adolescentes mujeres, esta vulnerabilidad puede verse reforzada por la comparación social y la internalización de ideales corporales de delgadez; mientras que en los varones puede manifestarse también mediante una preocupación excesiva por la musculatura, el tamaño corporal o la apariencia física. La baja autoestima puede intensificar estas preocupaciones y contribuir a una valoración personal excesivamente vinculada con la apariencia (5,6).

Los factores sociales y culturales tienen una influencia relevante en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo durante la adolescencia. La presión social relacionada con el peso, la apariencia física y la aceptación por parte de los pares puede favorecer la internalización de determinados ideales corporales y aumentar la insatisfacción con la propia imagen. En diversos contextos, la delgadez puede asociarse con atributos socialmente valorados, como el atractivo, el éxito o la aceptación, mientras que los adolescentes que no se ajustan a estos ideales pueden experimentar críticas, rechazo o estigmatización (4-6).

Los medios de comunicación y, especialmente, las redes sociales han adquirido una importancia creciente como fuentes de exposición a ideales de apariencia física. La exposición repetida a imágenes idealizadas o poco representativas de la diversidad corporal puede favorecer la comparación social, la insatisfacción corporal y la adopción de conductas dirigidas a modificar el peso o la apariencia. Además, determinados contenidos relacionados con dietas extremas, ejercicio excesivo o comunidades que promueven conductas alimentarias perjudiciales pueden aumentar el riesgo en adolescentes vulnerables. Sin embargo, las redes sociales también pueden constituir espacios de educación, apoyo y promoción de una imagen corporal más saludable, por lo que su influencia no debe considerarse exclusivamente negativa (5,6,8,9).

Otro factor relevante es el estigma relacionado con el peso. Las experiencias de humillación, discriminación o críticas por el tamaño corporal pueden favorecer la internalización del estigma y generar consecuencias psicológicas como vergüenza, ansiedad, baja autoestima e insatisfacción corporal. Estas experiencias pueden contribuir a la aparición o mantenimiento de conductas alimentarias desadaptativas y dificultar la búsqueda de ayuda (5,6).

En consecuencia, los factores sociales y culturales deben analizarse de manera integrada con los factores individuales y familiares. La prevención de los TCA en adolescentes requiere no solo identificar conductas alimentarias de riesgo, sino también abordar los entornos que favorecen la estigmatización corporal, la presión por alcanzar determinados ideales de apariencia y las prácticas alimentarias restrictivas. La participación de la familia, la escuela, los profesionales de salud y los medios digitales puede contribuir a generar ambientes protectores y favorecer una relación más saludable con la alimentación y la imagen corporal (5,6).

Las características clínicas de los trastornos incluidos en esta revisión se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas de los trastornos incluidos.

Trastorno	Características sintetizadas	Consideraciones en adolescentes
Anorexia nerviosa	Restricción persistente de la ingesta energética, peso significativamente bajo, temor intenso a aumentar de peso y alteración de la percepción corporal.	Valorar peso, crecimiento, desarrollo y trayectoria individual; la gravedad clínica no debe determinarse mediante un único punto de corte (10-12).
Bulimia nerviosa	Atracones recurrentes con pérdida de control y conductas compensatorias inapropiadas; la autoevaluación está excesivamente influida por el peso y la forma corporal.	Explorar complicaciones médicas, conductas compensatorias, salud mental, riesgo suicida y contexto familiar (11-14).
Trastorno por atracón	Atracones recurrentes con pérdida de control y malestar significativo, sin conductas compensatorias regulares.	El peso corporal aislado no permite identificarlo; la evaluación debe integrar patrones alimentarios, consecuencias físicas y psicológicas, y contexto familiar y social (12-16).

Cribado y diagnóstico

Existen diversas herramientas destinadas a la detección de síntomas y conductas compatibles con trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes (Tabla 2). Estas pueden utilizarse en atención primaria, consultas especializadas y otros contextos sanitarios para identificar personas que requieren una evaluación clínica más completa. Sin embargo, las herramientas de cribado no sustituyen la entrevista clínic ni permiten establecer por sí solas un diagnóstico definitivo. La elección del instrumento debe considerar la edad del adolescente, el contexto de aplicación, el tiempo disponible y el tipo de síntomas que se desea explorar (11,12).

Validación en población adolescente: Los estudios del EDE-Q y del EDDS incluyeron participantes menores de 18 años (19,22). Los estudios del SCOFF, del EDE-QS y del CET incluyeron participantes de 18 años o más (18,20,23). El estudio del EAT-26 informa las edades medias, pero no el rango de edades, lo que impide precisar la participación de adolescentes en su muestra (21). Por su parte, la página citada sobre el SBIRT-ED no aporta resultados de validación específica en adolescentes (17). Por estas diferencias y limitaciones, la evidencia citada debe interpretarse con cautela al aplicarla a la población adolescente, especialmente a menores de 18 años.

El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia es fundamental para iniciar oportunamente las intervenciones y reducir el riesgo de progresión y complicaciones. La identificación precoz permite reconocer alteraciones de la conducta alimentaria antes de que se establezcan patrones más persistentes y facilita la derivación a los profesionales necesarios para un abordaje multidisciplinario (11).

Asimismo, los TCA presentan una elevada frecuencia de comorbilidades psiquiátricas, como síntomas depresivos y de ansiedad. Su identificación temprana permite abordar de manera simultánea las alteraciones alimentarias y las dificultades psicológicas asociadas, favoreciendo un tratamiento integral (11).

Tratamiento multidisciplinario

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes debe ser multidisciplinario, individualizado y adaptado a la etapa de crecimiento y desarrollo. La intervención debe considerar simultáneamente el estado médico y nutricional, la sintomatología alimentaria, las características psicológicas, las comorbilidades psiquiátricas, y el contexto familiar y social. La intensidad del tratamiento debe determinarse según la gravedad clínica y el riesgo médico y psicológico, pudiendo requerir atención ambulatoria, hospitalización o niveles intermedios de atención (11).

Las intervenciones psicológicas constituyen un componente fundamental del tratamiento. En adolescentes con anorexia

Tabla 2. Instrumentos de tamizaje y evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria

Instrumento	Finalidad descrita en las fuentes revisadas	Precaución interpretativa
SBIRT-ED	Detección, intervención breve y derivación en atención primaria; utiliza cinco preguntas basadas en SCOFF (17).	Debe integrarse en una evaluación clínica completa.
SCOFF	Cribado breve de síntomas compatibles con TCA (18).	Un resultado positivo no confirma el diagnóstico.
EDE-Q	Autoinforme de conductas y cogniciones relacionadas con los TCA (19).	Complementa, pero no sustituye, la evaluación clínica.
EDE-QS	Versión breve de 12 ítems derivada del EDE-Q (20).	Interpretar según población y contexto de aplicación.
EAT-26	Evalúa actitudes y conductas alimentarias de riesgo (21).	No establece por sí solo un diagnóstico.
EDDS	Evalúa síntomas compatibles con anorexia, bulimia y trastorno por atracón (22).	Requiere interpretación clínica posterior.
CET	Evalúa patrones de ejercicio compulsivo (23).	Es una herramienta complementaria cuando se sospecha ejercicio excesivo.

nerviosa, las intervenciones basadas en la familia presentan un respaldo particularmente importante, debido a la participación activa de los padres o cuidadores en la recuperación nutricional y conductual. La evidencia disponible también respalda el uso de intervenciones familiares en bulimia nerviosa, mientras que la terapia cognitivo-conductual puede constituir una alternativa en determinados adolescentes y contextos clínicos. La elección de la intervención debe considerar la edad, el desarrollo, la gravedad del trastorno, la disponibilidad de tratamiento especializado y las características de la familia (11,24).

La intervención nutricional constituye un componente esencial del tratamiento, especialmente en adolescentes con restricción alimentaria, pérdida de peso o compromiso nutricional. Debe orientarse a recuperar o mantener un estado nutricional compatible con el crecimiento y desarrollo, corregir deficiencias nutricionales y establecer patrones de alimentación regulares y suficientes. En anorexia nerviosa, los objetivos de recuperación de peso deben individualizarse considerando la trayectoria de crecimiento y las características del adolescente, evitando utilizar únicamente puntos de corte establecidos para adultos (11).

El tratamiento farmacológico no constituye la intervención principal para la anorexia nerviosa y no debe sustituir la rehabilitación nutricional ni la psicoterapia. En determinados casos puede utilizarse como tratamiento complementario de síntomas específicos o de comorbilidades psiquiátricas. La evidencia sobre antipsicóticos, incluida la olanzapina, es limitada y heterogénea en adolescentes, por lo que su utilización debe realizarse de manera individualizada y bajo supervisión especializada (11,25).

En la bulimia nerviosa, la fluoxetina cuenta con evidencia de eficacia principalmente en población adulta. Existen datos limitados en adolescentes, incluidos estudios pequeños que sugieren posible beneficio, por lo que su utilización en esta población debe valorarse individualmente y no debe presentarse como equivalente a la evidencia establecida en adultos. Asimismo, la indicación farmacológica debe acompañarse de una intervención psicológica adecuada (11,26,27).

En el trastorno por atracón, la evidencia farmacológica en población adolescente es especialmente limitada. La lisdexanfetamina está indicada para el tratamiento del trastorno por atracón moderado a grave en adultos, pero esta indicación no debe extrapolarse automáticamente a adolescentes (28).

El seguimiento debe ser continuo y multidisciplinario, con evaluación periódica de la evolución de los síntomas alimentarios, estado nutricional, crecimiento y desarrollo, signos vitales, complicaciones médicas, funcionamiento psicológico y participación familiar. El plan terapéutico debe modificarse de acuerdo con la respuesta y las necesidades del adolescente. La detección temprana de deterioro clínico permite intensificar oportunamente el nivel de atención y disminuir el riesgo de complicaciones (11).

Prevención

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia debe orientarse a disminuir factores de riesgo modificables y fortalecer factores protectores individuales, familiares y sociales. Debido al carácter multifactorial de estos trastornos, las estrategias preventivas no deben centrarse exclusivamente en la alimentación o el peso corporal, sino también en la imagen corporal, la autoestima, la regulación emocional, la alfabetización mediática y la reducción del estigma relacionado con el peso (5,8,9).

El ámbito escolar constituye un contexto relevante para la prevención debido a su capacidad para alcanzar a un número amplio de adolescentes. Las intervenciones pueden incluir educación sobre alimentación y salud mental, promoción de la diversidad corporal, desarrollo de habilidades para afrontar la presión sociocultural y análisis crítico de los ideales de apariencia difundidos por los medios de comunicación y las redes sociales. La evidencia disponible sugiere beneficios de determinadas intervenciones escolares sobre factores relacionados con la imagen corporal y los síntomas de TCA, aunque los resultados no son uniformes y la eficacia puede variar según el tipo de intervención y el seguimiento realizado (8,9).

La familia constituye otro componente importante de la prevención. La comunicación abierta sobre alimentación, peso, imagen corporal y salud mental puede favorecer la identificación temprana de cambios conductuales y reducir actitudes estigmatizantes. Asimismo, es importante evitar comentarios centrados de manera negativa en el peso o la apariencia y promover hábitos alimentarios y de actividad física que no estén orientados exclusivamente a la pérdida de peso (5).

Las redes sociales y los medios digitales deben abordarse desde una perspectiva crítica. La exposición repetida a ideales corporales poco realistas puede favorecer la comparación social y la insatisfacción corporal, especialmente en adolescentes vulnerables. Sin embargo, los medios digitales también pueden utilizarse para difundir información adecuada, promover la diversidad corporal y facilitar el acceso a recursos de ayuda. Por ello, las estrategias preventivas deben promover una utilización crítica y saludable de estos espacios en lugar de considerarlos exclusivamente perjudiciales (5,6,8,9).

DISCUSIÓN

La evidencia revisada permite considerar a los trastornos de la conducta alimentaria como enfermedades multifactoriales en las que interactúan factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Existe una coincidencia general entre las fuentes respecto a que la adolescencia constituye una etapa de especial vulnerabilidad debido a los cambios propios del desarrollo y a la interacción entre la maduración física, la percepción corporal y el entorno social. Sin embargo, la magnitud de la asociación de cada factor varía según el trastorno estudiado, la población evaluada y el diseño metodológico de los estudios, por lo que no resulta adecuado atribuir el desarrollo de un TCA a un único factor de riesgo (4-6).

En relación con el diagnóstico, las fuentes revisadas coinciden en la importancia de realizar una evaluación clínica integral y de no utilizar los instrumentos de cribado como sustitutos del diagnóstico profesional. La utilización de cuestionarios breves puede facilitar la identificación de adolescentes que requieren una valoración más completa, pero la heterogeneidad de los instrumentos y de las poblaciones en las que han sido estudiados dificulta establecer un único método de cribado aplicable a todos los contextos. Esto resulta especialmente relevante en

adolescentes, en quienes la evaluación debe considerar el crecimiento, el desarrollo puberal, el estado nutricional, y las características familiares y sociales (11,12,17-23).

Respecto al tratamiento, existe una mayor consistencia en la evidencia sobre el papel de las intervenciones psicoterapéuticas y familiares que sobre el tratamiento farmacológico. En particular, la terapia basada en la familia presenta un respaldo considerable para adolescentes con anorexia nerviosa y también ha mostrado utilidad en bulimia nerviosa. Estudios recientes continúan señalando resultados favorables de las intervenciones familiares, aunque no todos los pacientes alcanzan remisión completa y existen diferencias en los resultados según el tratamiento comparado y el desenlace evaluado (11,24,29).

Esta mayor consistencia contrasta con la evidencia farmacológica. En anorexia nerviosa, los estudios sobre antipsicóticos como olanzapina presentan resultados heterogéneos y la evidencia específica en adolescentes continúa siendo limitada. En bulimia nerviosa, la fluoxetina dispone de evidencia más sólida en adultos, mientras que los estudios específicamente realizados en adolescentes son escasos. Del mismo modo, aunque la lisdexanfetamina cuenta con evidencia y aprobación para el trastorno por atracón en adultos, esta indicación no puede extrapolarse directamente a adolescentes. Estas diferencias muestran la importancia de distinguir entre evidencia obtenida en adultos y evidencia específica de población adolescente (25-28).

También existen diferencias en la evidencia relacionada con la prevención. Algunas intervenciones escolares centradas en la aceptación corporal, la alfabetización mediática y la modificación de ideales socioculturales han mostrado efectos favorables sobre determinados factores de riesgo y síntomas relacionados con los TCA. Sin embargo, los resultados no son uniformes entre programas ni se mantienen necesariamente a largo plazo. Por ello, aunque existe fundamento para incorporar estrategias preventivas en el ámbito escolar y comunitario, todavía no puede afirmarse que una única intervención sea suficiente para prevenir todos los TCA en adolescentes (8,9).

En conjunto, la evidencia disponible respalda un abordaje multidisciplinario e individualizado, pero también indica que no todas las intervenciones cuentan con el mismo nivel de respaldo ni pueden extrapolarse de una población a otra. Por ello, las decisiones clínicas en adolescentes deben integrar la evidencia disponible con la gravedad del cuadro, las características individuales, el contexto familiar y las necesidades propias del desarrollo (11,24,25,29).

Limitaciones

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, se trata de una revisión narrativa, por lo que la búsqueda y selección de las fuentes no siguieron un protocolo de revisión sistemática ni se realizó un metaanálisis. La búsqueda se efectuó principalmente en PubMed y Google Scholar, lo que puede haber limitado la identificación de algunas publicaciones disponibles en otras bases de datos.

En segundo lugar, existe heterogeneidad entre las fuentes incluidas en cuanto a diseño, población, edad de los participantes, criterios diagnósticos, intervenciones y desenlaces evaluados, lo que dificulta la comparación directa de los resultados. Además, algunas fuentes fueron incluidas por su relevancia como guías o documentos institucionales, aunque su naturaleza metodológica difiere de la de los estudios científicos primarios.

Esta heterogeneidad es especialmente relevante al comparar resultados terapéuticos, ya que una intervención puede mostrar beneficios sobre un desenlace específico, como la recuperación ponderal, sin producir necesariamente diferencias equivalentes en la psicopatología alimentaria, la remisión o los resultados a largo plazo.

Otra limitación importante corresponde a la disponibilidad desigual de evidencia específica para adolescentes. En particular, parte de la evidencia farmacológica procede de estudios realizados en adultos, lo que limita su extrapolación a población adolescente. Asimismo, la evidencia disponible para determinados tratamientos y estrategias preventivas es todavía limitada o presenta resultados heterogéneos.

Finalmente, la revisión se centró principalmente en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, por lo que otros trastornos de la conducta alimentaria no fueron desarrollados con la misma profundidad. Estas limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar las conclusiones y resaltan la necesidad de continuar desarrollando investigación específica en adolescentes.

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema relevante durante la adolescencia debido a sus posibles repercusiones sobre la salud física, psicológica, nutricional y social. La evidencia revisada respalda una comprensión multifactorial de estos trastornos, en la que interactúan factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. El diagnóstico temprano requiere una evaluación clínica integral que considere las características propias del crecimiento y desarrollo adolescente y que utilice las herramientas de cribado como apoyo, sin sustituir la valoración profesional. La identificación oportuna permite iniciar intervenciones adecuadas y detectar tempranamente posibles complicaciones médicas y psiquiátricas. El tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinario, integrando intervenciones psicológicas, rehabilitación nutricional, seguimiento médico y participación familiar cuando corresponda. La evidencia disponible es particularmente consistente respecto al papel de las intervenciones familiares en adolescentes con anorexia nerviosa, mientras que la evidencia farmacológica específica para esta población es más limitada y debe interpretarse con cautela. Las estrategias preventivas centradas en la promoción de una imagen corporal saludable, la reducción del estigma, la alfabetización mediática y el fortalecimiento de factores protectores pueden contribuir a disminuir determinados factores de riesgo y síntomas relacionados con los TCA. Sin embargo, la heterogeneidad de las intervenciones y la limitada evidencia de seguimiento a largo plazo indican la necesidad de continuar investigando su eficacia. En conjunto, el abordaje de los TCA en adolescentes requiere intervenciones basadas en la evidencia, adaptadas al desarrollo y al contexto individual, familiar y sociocultural. El fortalecimiento de la detección temprana, la atención multidisciplinaria y la investigación específica en población adolescente constituyen una prioridad para mejorar la

atención y los resultados a largo plazo.

Declaración de uso de inteligencia artificial: La autora declara el uso de ChatGPT (OpenAI) como herramienta de apoyo en tareas de revisión, organización y redacción del manuscrito. La autora asume la responsabilidad por la totalidad del contenido del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arija-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2022;39(Spec No 2):8-15. doi: 10.20960/nh.04173.

2. Gaete P V, López C C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una mirada integral. Rev Chil Pediatr. 2020;91(5):784-793. doi: 10.32641/andespediatr.v91i5.1534.

3. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342.

4. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutr Hosp. 2012;27(2):391-401. doi: 10.3305/nh.2012.27.2.5573.

5. Canals J, Arija-Val V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2022;39(Spec No 2):16-26. doi: 10.20960/nh.04174.

6. Aloi M, Rania M, Lo Coco G, Carcione A, Castellini G, Waldherr K, et al. Editorial: psychosocial risk factors in the development, maintenance and treatment outcome of eating disorders. Front Psychol. 2024;15:1486941. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1486941.

7. Kolar DR, Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(6):363-371. doi: 10.1097/YCO.0000000000000279.

8. Wong RS, Chan BNK, Lai SI, Tung KTS. School-based eating disorder prevention programmes and their impact on adolescent mental health: systematic review. BJPsych Open. 2024;10(6):e196. doi: 10.1192/bjo.2024.795.

9. Berry SL, Burton AL, Rogers K, Lee CM, Berle DM. A systematic review and meta-analysis of eating disorder preventative interventions in schools. Eur Eat Disord Rev. 2025;33(2):390-410. doi: 10.1002/erv.3149.

10. Iliadis C, Frantzana A, Ouzounakis P, Kourkouta L. Anorexia nervosa: a literature review. Prog Health Sci. 2020;10(2):74-79. doi: 10.5604/01.3001.0014.6592.

11. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline NG69 [Internet]. London: NICE; 2017 [actualizado 2020; citado 12 mar 2026]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi: 10.1176/appi.books.9780890425787.

13. Kourkouta L, Frantzana E, Iliadis C, Kleisiaris C, Papathanasiou I. Bulimia nervosa – a review. Sanitas Magisterium [Internet]. 2019 [citado 12 mar 2026];5(1):1-6. Disponible en: https://dergipark.org.tr/en/pub/ijhadec/issue/42581/513372.

14. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. Adolesc Health Med Ther. 2018;9:11-16. doi: 10.2147/AHMT.S135326.

15. Bohon C. Binge eating disorder in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2019;28(4):549-555. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.003.

16. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Morgan LC, et al. Management and outcomes of binge-eating disorder [Internet]. Comparative Effectiveness Review No. 160. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2015 [citado 12 mar 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338312/.

17. National Center of Excellence for Eating Disorders. Eating disorders in primary care: a novel tool for screening and referral [Internet]. Chapel Hill (NC): National Center of Excellence for Eating Disorders; 19 jun 2023 [actualizado 1 sep 2023; citado 12 mar 2026]. Disponible en: https://nceedus.org/healthcare-training/eating-disorders-in-primary-care-a-novel-tool-for-screening-and-referral/.

18. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319(7223):1467-1468. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467.

19. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord. 1994;16(4):363-370. doi: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#.

20. Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L. Development and psychometric validation of the EDE-QS, a 12 item short form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). PLoS One. 2016;11(5):e0152744. doi: 10.1371/journal.pone.0152744.

21. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871-878. doi: 10.1017/S0033291700049163.

22. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. Psychol Assess. 2000;12(2):123-131. doi: 10.1037/1040-3590.12.2.123.

23. Taranis L, Touyz S, Meyer C. Disordered eating and exercise: development and preliminary validation of the Compulsive Exercise Test (CET). Eur Eat Disord Rev. 2011;19(3):256-268. doi: 10.1002/erv.1108.

24. Austin A, Anderson AG, Lee J, Vander Steen H, Savard C, Bergmann C, et al. Efficacy of eating disorder focused family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2025;58(1):3-36. doi: 10.1002/eat.24252.

25. Han R, Bian Q, Chen H. Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. Brain Behav. 2022;12(2):e2498. doi: 10.1002/brb3.2498.

26. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M, Walsh BT. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003;13(3):329-335. doi: 10.1089/104454603322572660.

27. National Library of Medicine. Prozac (fluoxetine hydrochloride): prescribing information [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [actualizado 8 ene 2026; citado 12 mar 2026]. Disponible en: https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/lookup.cfm?setid=c88f33ed-6dfb-4c5e-bc01-d8e36dd97299.

28. National Library of Medicine. Vyvanse (lisdexamfetamine dimesylate): prescribing information [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [actualizado 30 abr 2026; citado 12 mar 2026]. Disponible en: https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=704e4378-ca83-445c-8b45-3cfa51c1ecad.

29. Springall G, Caughey M, Zannino D, Cheung M, Burton C, Kyprianou K, et al. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a long-term psychological follow-up. J Paediatr Child Health. 2022;58(9):1642-1647. doi: 10.1111/jpc.16070.