

Universidad Europea De Valencia

Facultad De Ciencias De La Salud



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Título

Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes sanitarios

Autor:

Lucía Fernández Carballal

Tutor:

David Expósito Blasco

Curso 2025 – 2026

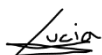
CONFIRMACIÓN DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y DE FIN DE MÁSTER

D/D.^a Lucía Fernández Carballal, con nº de expediente 225C0830 estudiante de Grado/**Máster** en Nutrición Clínica CONFIRMA que el Trabajo Fin de Grado/Máster titulado Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes sanitarios es fruto exclusivamente de su esfuerzo intelectual, y que no ha empleado para su realización medios ilícitos, ni ha incluido en él material publicado o escrito por otra persona, sin mencionar la correspondiente autoría. En este sentido, confirma específicamente que las fuentes que haya podido emplear para la realización de dicho trabajo, si las hubiera, están correctamente referenciadas en el cuerpo del texto, en forma de cita, y en la bibliografía final.

Asimismo, declaro conocer y aceptar que de acuerdo a la Normativa de la Universidad Europea, el plagio del Trabajo Fin de Grado/Máster entendido como la presentación de un trabajo ajeno o la copia de textos sin citar su procedencia y considerándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de “suspense” (0) tanto en convocatoria ordinaria como extraordinaria, así como la pérdida de la condición de estudiante y la imposibilidad de volver a matricular esta u cualquier otra asignatura durante 6 meses.

ESCUELA DE DOCTORADO E INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Fecha y firma:



Los datos consignados en esta confirmación serán tratados por el responsable del tratamiento, UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con la finalidad de gestión del Trabajo Fin de Grado/Máster del titular de los datos. La base para el tratamiento de los datos personales facilitados al amparo de la presente solicitud se encuentra en el desarrollo y ejecución de la relación formalizada con el titular de los mismos, así como en el cumplimiento de obligaciones legales de UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U. y el consentimiento inequívoco del titular de los datos. Los datos facilitados en virtud de la presente solicitud se incluirán en un fichero automatizado y mixto cuyo responsable es UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, S.L.U., con domicilio en la C/ Tajo s/n, Villaviciosa de Odón. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento automatizado total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con las finalidades indicadas. El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos en el enlace <https://universidadeuropea.es/proteccion-de-datos>.

Uso de Inteligencia Artificial

En cumplimiento de los criterios de transparencia académica, se declara el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) durante la elaboración del presente trabajo. La IA ha sido utilizada como apoyo en determinadas fases del desarrollo del contenido, tal y como se detalla a continuación:

<u>Rubro</u>	<u>Uso (sí/no)</u>	<u>Herramienta de IA</u>	<u>Descripción</u>
<u>Asistencia en la redacción</u>	Sí	ChatGPT (GPT-5.5, OpenAI)	Ayuda en la reformulación de frases y búsqueda de sinónimos para evitar la repetición constante las mismas palabras.
<u>Traducción al español</u>	Sí	ChatGPT (GPT-5.5, OpenAI)	Ayuda en la traducción de fragmentos de textos científicos y del resumen.
<u>Traducción a otra lengua</u>	No		
<u>Revisión y corrección de estilo</u>	Sí	ChatGPT (GPT-5.5, OpenAI)	Sugerencias para mejorar la claridad y fluidez de la redacción.
<u>Análisis de datos</u>	No		
<u>Búsqueda y organización de información</u>	Sí	ChatGPT (GPT-5.5, OpenAI)	Ayuda en la organización de la información para la elaboración de la tabla de resultados.
<u>Formateo de las referencias bibliográficas</u>	No		
<u>Generación de contenido multimedia</u>	No		
<u>Otro</u>	No		

Se considera plagio cuando un estudiante presenta como suyo un trabajo que en realidad fue hecho por otra persona o herramienta sin dar crédito ni mostrar el aporte propio, incluyendo cuando alguien copie y pegue una respuesta generada por IA y la entrega como si hubiera sido escrita por un humano o por sí mismo, reemplazando el esfuerzo propio. Se considera uso legítimo cuando se utilizan herramientas de IA como herramienta de apoyo.

ÍNDICE

Abreviaturas	7
Resumen	9
1. Introducción	11
1.1 Epidemiología de los TCA.....	11
1.2 Clasificación y tipos de TCA.....	12
1.3 Etiología y factores de riesgo	13
1.4 Comorbilidades y pronóstico clínico	15
1.5 Estudiantes de salud y el desafío del reconocimiento.....	16
2. Objetivos	19
3. Metodología.....	20
3.1 Pregunta de investigación	20
3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	20
3.3 Estrategia de búsqueda	21
3.4 Selección de estudios.....	21
3.5 Análisis de los resultados.....	22
3.6 Evaluación de la calidad	22
4. Resultados	23
4.1 Análisis de la calidad y sesgo de los estudios.....	23
4.2 Síntesis y descripción de los artículos seleccionados	26
4.3 Prevalencia y factores académicos	33
4.4 Perfil psicopatológico y comorbilidades.....	33
4.5 Imagen corporal, antropometría y estilo de vida.....	33
4.6 Influencia del entorno social y digital	33
4.7 Ortorexia nerviosa y conocimiento nutricional	34
5. Discusión	35
6. Conclusiones	37
7. Bibliografía.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales trastornos de la conducta alimentaria y sus síntomas en personas. Tomada de Feng et al. (6).....	16
Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos según Newcastle-Ottawa Scale adaptada.	24
Tabla 3. Indicadores bibliométricos de las revistas de los estudios incluidos	25
Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA.	23
Figura 2. Distribución de los estudios incluidos según la titulación analizada.	32
Figura 3. Distribución geográfica de los estudios incluidos en la revisión sistemática (n = 17).	32

ABREVIATURAS

ABA: Anorexia Basada en la Actividad

AN: Anorexia Nerviosa

ARFID: Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos

BED Scale: *Binge Eating Disorder Scale*

BES: *Binge Eating Scale*

BLE: *Binge-Like Eating*

BN: Bulimia Nerviosa

BSQ: *Body Shape Questionnaire*

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición

DMT1: Diabetes mellitus tipo 1

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edición

EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*

EAT-40: *Eating Attitudes Test-40*

EDE-Q: *Eating Disorder Examination Questionnaire*

EDI-3: *Eating Disorder Inventory-3*

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

IMC: Índice de Masa Corporal

ODS: Objetivo de desarrollo sostenible

ON: Ortorexia Nerviosa

ORTO-11-ES: Versión española abreviada del Orthorexia Test (11 ítems)

ORTO-15: *Orthorexia Test-15*

OSFED: *Other Specified Feeding or Eating Disorder*

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

SCOFF: Inventario SISCO de Estrés Académico

SISCO: Inventario SISCO de Estrés Académico

TA: Trastorno por Atracón

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo

UFED: Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema relevante de salud pública y presentan una elevada prevalencia en población universitaria, especialmente entre estudiantes de ciencias de la salud. El objetivo de este trabajo fue analizar la presencia de conductas alimentarias de riesgo y los factores asociados a los TCA en estudiantes sanitarios.

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed y Scopus, incluyendo estudios publicados entre 2021 y 2026. Se seleccionaron investigaciones realizadas en estudiantes universitarios del ámbito sanitario que evaluaran el riesgo de TCA mediante instrumentos validados. Finalmente, se incluyeron 18 estudios en la revisión.

Los resultados mostraron una elevada prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes sanitarios, especialmente en titulaciones como Medicina y Nutrición. Los principales factores asociados fueron el estrés académico, el perfeccionismo, la ansiedad, la insatisfacción corporal y el uso intensivo de redes sociales. Asimismo, se observó una presencia relevante de ortorexia nerviosa y conductas alimentarias restrictivas relacionadas con el conocimiento nutricional.

Se concluyó que los estudiantes de ciencias de la salud constituyen una población vulnerable al desarrollo de TCA. La detección precoz y la implementación de estrategias preventivas y de apoyo psicológico en el ámbito universitario podrían contribuir a mejorar el bienestar y la salud mental de este colectivo.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, estudiantes sanitarios, ortorexia nerviosa, estrés académico, revisión sistemática.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) represent an important public health concern and show a high prevalence among university students, particularly in health sciences students. The aim of this study was to analyze the presence of disordered eating behaviors and the factors associated with EDs in healthcare students.

A systematic review was conducted following PRISMA guidelines. The bibliographic search was carried out in the PubMed and Scopus databases, including studies published between 2021 and 2026. Studies conducted in university students from health-related degrees that assessed ED risk using validated instruments were selected. Finally, 18 studies were included in the review.

The results showed a high prevalence of disordered eating behaviors among healthcare students, especially in degrees such as Medicine and Nutrition. The main associated factors were academic stress, perfectionism, anxiety, body dissatisfaction, and intensive use of social media. In addition, a relevant presence of orthorexia nervosa and restrictive eating behaviors related to nutritional knowledge was observed.

It was concluded that health sciences students constitute a vulnerable population for the development of EDs. Early detection and the implementation of preventive and psychological support strategies in the university setting could contribute to improving the wellbeing and mental health of this population.

Keywords: eating disorders, healthcare students, orthorexia nervosa, academic stress, systematic review.

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves en las cogniciones y conductas relacionadas con la alimentación, habitualmente asociados a una sobrevaloración de la masa y la figura corporal (1). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5, por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), estas alteraciones tienen consecuencias relevantes sobre la salud física y pueden interferir de manera significativa en el funcionamiento psicológico y social de la persona (2).

Constituyen un problema relevante de salud pública por su frecuencia, su elevada comorbilidad psiquiátrica y el aumento del riesgo de mortalidad (3).

1.1 Epidemiología de los TCA

La prevalencia descrita varía según el contexto geográfico y los criterios diagnósticos empleados. En este sentido, se han estimado prevalencias del 2,2 % en Europa, del 3,5 % en Asia y del 4,6 % en América, lo que confirma su importancia en el ámbito de la salud pública (4). La evidencia disponible indica que estos trastornos suelen empezar durante la adolescencia y presentan con frecuencia una evolución prolongada hacia la adultez temprana. Estudios en los que se realizan seguimientos, muestran que una proporción relevante de personas continúa presentando síntomas varios años después del inicio del trastorno, con tasas de persistencia superiores al 40 %. De igual manera, los episodios de recaída son frecuentes, especialmente durante los primeros años tras la mejoría clínica, lo que pone de manifiesto el carácter crónico y complejo de estos trastornos (5).

En relación con los factores demográficos, los TCA pueden afectar a personas de cualquier edad y género, aunque presentan patrones claramente definidos. Se presentan en una mayor prevalencia en mujeres jóvenes, especialmente los trastornos como la bulimia nerviosa (BN), donde la proporción mujer-hombre puede oscilar entre 3:1 y 8:1 (6). En la población general, la prevalencia de anorexia nerviosa (AN) a lo largo de la vida puede alcanzar hasta el 4 % en mujeres, frente a cifras considerablemente más bajas en hombres, en torno al 0,3 % (5).

Desde una perspectiva temporal, la prevalencia de estos trastornos, ha experimentado un incremento considerable en las últimas décadas. Los estudios muestran que el promedio ponderado de prevalencia pasó del 3,5 % en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2006 al 7,8 % entre 2013 y 2018. Este aumento se ha relacionado, al menos en parte, con una mayor concienciación social, la mejora en los sistemas de detección y los cambios introducidos en los criterios diagnósticos a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5), que han permitido identificar un mayor número de casos previamente infradiagnosticados (4).

A pesar del elevado número de estudios realizados en España, la epidemiología de los TCA sigue siendo difícil de delimitar con precisión. Además, muchos de estos trabajos utilizan criterios diagnósticos anteriores al DSM-5 y diferentes instrumentos de evaluación, lo que proporciona

resultados heterogéneos y dificulta su comparación (7). Esta situación refuerza la necesidad de analizar poblaciones específicas que pueden resultar vulnerables, como los estudiantes del ámbito sanitario.

Para comprender mejor la magnitud real de los TCA, resulta útil recurrir a la metáfora del iceberg. Los casos diagnosticados de AN o BN representan únicamente la parte visible del problema, mientras que bajo la superficie se encuentra una proporción mucho mayor de conductas alimentarias de riesgo, trastornos no especificados y factores genéticos o psicológicos que no siempre quedan reflejados en las estadísticas oficiales (4).

1.2 Clasificación y tipos de TCA

La clasificación de los TCA ha experimentado una evolución notable en las últimas décadas, pasando de categorías diagnósticas más restrictivas a un enfoque más amplio y preciso en los manuales actuales, como el DSM-5-TR y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición (CIE-11). En este contexto, los TCA se definen como alteraciones persistentes en la alimentación o en los comportamientos relacionados con la ingesta, que conllevan a un consumo o absorción inadecuada de alimentos y que tienen un impacto significativo tanto en la salud física como en el funcionamiento psicosocial de la persona (8).

Dentro de esta clasificación, se distinguen en primer lugar los trastornos considerados principales o mayores, que son los más frecuentes y ampliamente estudiados:

La AN es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción marcada y persistente de la ingesta, que conduce a una masa corporal significativamente baja. Se asocia a un miedo intenso a ganar peso y a una alteración en la percepción de la imagen corporal. Este trastorno aparece con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en mujeres, y presenta un curso clínico complejo (7). La AN puede presentarse en dos subtipos: el tipo restrictivo, en el que la pérdida de masa se produce fundamentalmente a través de dietas estrictas o ejercicio excesivo, y el tipo con atracones y conductas purgativas, con presencia de episodios de atracón o comportamientos compensatorios como el vómito autoprovocado (8).

La actualización de los criterios diagnósticos introducida con el DSM-5 supuso cambios relevantes respecto a la versión previa, con el objetivo de aproximar el diagnóstico a la práctica clínica real. En el caso de la AN, se eliminó el requisito de la amenorrea (ausencia de menstruación), reconociendo que este criterio no era aplicable a todos los pacientes. Además, se flexibilizó el criterio relacionado con la masa corporal, sustituyendo el umbral rígido del 85% de la masa esperada por una referencia más amplia basada en una masa inferior al rango considerado normal o en el índice de masa corporal en población adulta (9).

Por su parte, la BN se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracón, entendidos como la ingesta de grandes cantidades de comida acompañada de una sensación de pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso. Entre estas conductas se incluyen el vómito inducido, el uso de laxantes o el ejercicio físico excesivo (10). En el DSM-5 se estableció como criterio diagnóstico que estos

episodios se produzcan, al menos, una vez por semana durante un periodo mínimo de tres meses (9).

El trastorno por atracón (TA) comparte con la BN la presencia de episodios recurrentes de atracón, que generan un malestar clínicamente significativo, pero se diferencia en que no aparecen conductas compensatorias de forma regular. A diferencia de la AN y la BN, el diagnóstico de TA no exige necesariamente una alteración de la imagen corporal, aunque la preocupación por el peso suele estar presente (8).

El DSM-5 amplió la categoría diagnóstica para incluir aquellos TCA que engloban cuadros clínicos que suelen iniciarse en la infancia (8). Entre ellos, por ejemplo, podemos encontrar el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), caracterizado por una falta de interés por la comida, la evitación basada en características sensoriales de los alimentos o el miedo a consecuencias aversivas como el atragantamiento. A diferencia de la AN, en el ARFID no existe una motivación relacionada con la pérdida de peso ni una insatisfacción con la imagen corporal (11).

Del mismo modo, los manuales diagnósticos contemplan categorías residuales que permiten clasificar presentaciones clínicas relevantes que no cumplen todos los criterios de los trastornos anteriormente descritos. El denominado otro trastorno de la conducta alimentaria especificado (OSFED, por sus siglas en inglés, *Other Specified Feeding or Eating Disorder*) incluye cuadros como la AN atípica, en la que se cumplen todos los criterios diagnósticos salvo la baja masa, la BN de baja frecuencia o el trastorno por purga, caracterizado por la presencia de conductas purgativas sin episodios previos de atracón. Por otro lado, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (UFED) se utiliza cuando el clínico decide no detallar el motivo por el que no se cumplen los criterios de un trastorno concreto, situación que suele darse en contextos clínicos de urgencia (8).

Finalmente, la literatura científica ha descrito otros trastornos emergentes que, aunque no están reconocidos como trastornos mentales independientes en el DSM-5, han despertado un creciente interés clínico y científico. Entre ellos destaca la ortorexia nerviosa (ON), definida como una obsesión extrema por consumir alimentos considerados “puros” o “saludables”, centrada más en la calidad que en la cantidad de la comida, y que puede derivar en déficits nutricionales y aislamiento social debido a reglas dietéticas rígidas (12). En este sentido, el concepto de adicción a la comida hace referencia a comportamientos como la pérdida de control y los impulsos intensos de ingesta, y se ha asociado con mayor frecuencia a la BN y al TA (13).

1.3 Etiología y factores de riesgo

La etiología de los TCA es multifactorial y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (14).

Diversos estudios han demostrado la existencia de una base genética y neurobiológica que puede aumentar la vulnerabilidad al desarrollo de estos trastornos, especialmente en la AN y la BN (15),(16). Estudios recientes han identificado alteraciones en distintos sistemas de

neurotransmisión implicados en la regulación de la ingesta, el estado de ánimo y los mecanismos de recompensa. Entre ellos destacan el sistema serotoninérgico y el dopaminérgico, cuya disfunción se ha asociado con ansiedad, rigidez cognitiva, impulsividad y dificultades en el control de la conducta alimentaria (10). Asimismo, determinadas alteraciones hormonales relacionadas con la regulación del apetito y el balance energético, como cambios en la leptina y la grelina, podrían contribuir al mantenimiento de estos trastornos (14). De forma similar, determinados trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo, presentan una importante asociación con los TCA (17).

Entre los factores psicológicos más relacionados con los TCA destacan la insatisfacción corporal, el perfeccionismo, la baja autoestima y las dificultades en la regulación emocional (18). En muchas personas, las conductas alimentarias alteradas pueden actuar como una estrategia de afrontamiento frente al malestar emocional, el estrés o la necesidad de control (1). Del mismo modo, rasgos como la impulsividad y una autoestima baja, se han asociado con una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastorno por atracón (13). En el caso de la ON, estas características suelen manifestarse mediante una preocupación excesiva por la calidad y pureza de los alimentos y la adopción de normas dietéticas rígidas (12).

En cuanto a los factores psicológicos, la insatisfacción corporal se considera uno de los predictores más consistentes en el desarrollo de los TCA, especialmente en mujeres adolescentes (18). Junto a ella, se han identificado diversos rasgos de personalidad que se han asociado a una mayor vulnerabilidad para desarrollar conductas alimentarias de riesgo, entre los que destacan el perfeccionismo y la necesidad de control. En particular, en la ON estos rasgos se manifiestan a través de una autoexigencia elevada y de la adopción de normas dietéticas rígidas. Esta búsqueda de control puede proporcionar una sensación de orden y seguridad frente al estrés o la incertidumbre, y suele ir acompañada de rasgos obsesivo-compulsivos que intensifican la preocupación por la planificación, la preparación y el contenido nutricional de las comidas (12).

Los factores socioculturales también desempeñan un papel fundamental. La presión por alcanzar ideales estéticos poco realistas, reforzada por los medios de comunicación y las redes sociales, favorece la comparación corporal y la aparición de conductas alimentarias disfuncionales, especialmente en población joven (14). Además, el acceso a contenidos que promueven dietas extremas o conductas alimentarias de riesgo puede contribuir al mantenimiento de estos trastornos. Igualmente, tendencias actuales relacionadas con la alimentación saludable, como el “clean eating”, se han asociado con patrones rígidos de alimentación y con un mayor riesgo de ON (12).

Determinados factores familiares, sociales y ambientales también se han relacionado con una mayor predisposición al desarrollo de TCA. Estilos educativos excesivamente controladores o exigentes, así como la presencia de perfeccionismo y preocupación corporal en los progenitores, pueden favorecer la internalización de estas conductas y preocupaciones (14). A su vez, las

dificultades en las relaciones sociales, la percepción de soledad y el aislamiento se han identificado como factores de riesgo relevantes (19).

En este sentido, determinados contextos profesionales y deportivos caracterizados por una elevada presión estética y de rendimiento físico se consideran entornos de especial riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias restrictivas (14).

Finalmente, los procesos de industrialización y globalización han modificado las creencias culturales en torno al cuerpo y la alimentación, dando lugar a un aumento de la incidencia de los TCA en regiones donde anteriormente eran poco frecuentes (9). Estos cambios se ven acompañados de estereotipos de género persistentes que consideran los TCA como un “problema femenino”, estigma que contribuye a la infradetección, retrasa la búsqueda de ayuda y favorece la minimización de los síntomas tanto en el ámbito social como en el clínico (20).

1.4 Comorbilidades y pronóstico clínico

Los TCA presentan un cuadro clínico especialmente complejo, caracterizado por una elevada frecuencia de comorbilidades tanto a nivel psicológico como médico. Esta coexistencia de múltiples problemas de salud, junto con su curso prolongado, pone de manifiesto el carácter crónico de estos trastornos y su potencial gravedad, que en algunos casos puede llegar a comprometer la vida de quienes los padecen (21).

En el ámbito de la salud mental, la presencia de otros trastornos psiquiátricos es muy habitual en personas con TCA. Los trastornos de ansiedad y la depresión constituyen las comorbilidades más frecuentes, tanto en población adolescente como adulta, destacando especialmente la ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (5). De la misma forma, se ha descrito una asociación relevante entre los TCA y el riesgo clínico de psicosis, que afecta a un pequeño pero significativo porcentaje de pacientes (22). A ello se suma el elevado riesgo suicida, ya que los TCA se encuentran entre los trastornos psiquiátricos con mayores tasas de mortalidad por suicidio (9). Además, en determinados perfiles clínicos se ha observado la coexistencia de otros trastornos, como el trastorno límite de la personalidad, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias, así como alteraciones en el funcionamiento interpersonal y en la empatía, especialmente en personas con AN (5).

Desde el punto de vista médico, los TCA conllevan un impacto físico considerable que puede afectar a numerosos sistemas orgánicos, como consecuencia de la desnutrición prolongada o de la presencia de conductas compensatorias. A nivel gastrointestinal, existe un solapamiento frecuente con los denominados trastornos de la interacción cerebro-intestino, incluyendo la gastroparesia, la dispepsia funcional, el estreñimiento funcional y el síndrome del intestino irritable, estimándose que un 64% de pacientes con TCA cumple criterios para este último (23). También se ha observado que las alteraciones en la microbiota intestinal pueden contribuir al mantenimiento del trastorno, favoreciendo procesos inflamatorios y alterando la regulación neuroendocrina del apetito y del estado de ánimo (24). Por otra parte, los TCA se asocian a múltiples complicaciones sistémicas, entre las que se incluyen alteraciones hormonales como la

amenorrea, pérdida de densidad ósea con riesgo de osteopenia, afectación hepática y desequilibrios electrolíticos. A nivel cardiovascular, pueden aparecer complicaciones relevantes, como alteraciones valvulares o derrames pericárdicos, que incrementan la gravedad clínica y subrayan la necesidad de un abordaje integral de estos trastornos (5).

Tabla 1. Principales trastornos de la conducta alimentaria y sus síntomas en personas. Tomada de Feng et al. (6)

Trastorno de la conducta alimentaria	Principales manifestaciones
Anorexia nerviosa (AN)	Mareos, alteraciones del ritmo cardíaco, hipotensión arterial, dificultad para mantener la atención y la concentración, sensación de falta de aire, molestias abdominales (hinchazón o dolor) y debilidad muscular.
Bulimia nerviosa (BN)	Inflamación de mejillas o mandíbula, problemas gastrointestinales, lesiones en los nudillos asociadas al vómito repetido, alteraciones del ciclo menstrual, debilidad muscular, enrojecimiento ocular y deshidratación.
Trastorno por atracón (TA)	Mayor riesgo de diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, así como de enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cáncer y patología de la vesícula biliar; se asocia además a síntomas de ansiedad y depresión.

En términos de mortalidad, la AN destaca por presentar una de las tasas más elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos, con estimaciones que oscilan entre el 5 % y el 20 %. Estas cifras reflejan la gravedad del trastorno y se asocian tanto a complicaciones médicas derivadas de la desnutrición como al suicidio, contribuyendo a miles de fallecimientos cada año a nivel mundial (23).

A parte del impacto sobre la salud física y mental, los TCA se asocian a un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial. La evolución desfavorable del trastorno suele acompañarse de una menor autonomía personal, dificultades para la emancipación del entorno familiar y alteraciones en funciones cognitivas superiores, como la toma de decisiones o la flexibilidad cognitiva, lo que limita la adaptación a las demandas de la vida adulta (5).

1.5 Estudiantes de salud y el desafío del reconocimiento

En los estudiantes de ciencias de la salud se han descrito prevalencias superiores, asociadas a factores académicos y psicosociales específicos, lo que justifica un mayor interés investigador en este grupo (3). La identificación y el abordaje de los TCA en estudiantes del área de la salud suponen un reto, ya que en este colectivo confluyen elevados niveles de exigencia académica,

determinados rasgos de personalidad y una presión añadida relacionada con la imagen profesional. Estas características no solo incrementan la vulnerabilidad al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, sino que también dificultan su reconocimiento temprano (25).

En determinadas disciplinas sanitarias, como la nutrición y la dietética, existe una percepción implícita de que la apariencia corporal es un reflejo de competencia profesional. Muchos estudiantes experimentan la presión de ajustarse a un ideal corporal asociado a la delgadez, la juventud y la condición física, con el fin de ganar legitimidad ante pacientes y compañeros. La discrepancia entre el propio cuerpo y este ideal puede generar una insatisfacción corporal intensa y fomentar el uso de la alimentación como una vía de control personal (26).

A ello se le suma el denominado perfeccionismo académico, muy frecuente entre estudiantes de ciencias de la salud. La autoexigencia elevada y la orientación constante hacia el logro, cualidades habitualmente reforzadas durante la formación sanitaria, pueden convertirse en factores de riesgo cuando se trasladan al control del cuerpo y de la alimentación. La búsqueda de un rendimiento impecable puede derivar en la imposición de estándares poco realistas tanto a nivel académico como físico, favoreciendo la restricción alimentaria, el ejercicio excesivo o la rigidez conductual en relación con la comida (25).

El propio contexto académico constituye otro factor de riesgo relevante. La formación en ciencias de la salud se caracteriza por una carga lectiva elevada y una gran demanda cognitiva, que obliga a manejar grandes volúmenes de información en periodos de tiempo reducidos, incrementando los niveles de estrés y ansiedad (3). Este estilo de vida suele ir acompañado de horarios irregulares, privación de sueño, escaso tiempo para el autocuidado y, progresivamente, unas peores relaciones sociales. Estas condiciones favorecen la aparición de estrategias de afrontamiento problemáticas, como los atracones, la restricción prolongada o las conductas purgativas (25).

El reconocimiento de los TCA en este colectivo se ve además obstaculizado por diversas barreras. El estigma asociado a los problemas de salud mental y el temor a repercusiones académicas o profesionales hacen que muchos estudiantes eviten solicitar ayuda. A este problema se suma la necesidad de reforzar los servicios de apoyo psicológico en el entorno universitario, ya que la evidencia disponible subraya la importancia de implementar programas de counseling y estrategias institucionales que favorezcan el bienestar mental de los estudiantes de ciencias de la salud (3). Del mismo modo, persiste un sesgo de género en la detección de estos trastornos, tradicionalmente asociados a mujeres, lo que contribuye a su infradiagnóstico en estudiantes varones, quienes pueden verse igualmente afectados por presiones relacionadas con la musculatura, el fitness y el rendimiento físico (5). De forma paradójica, la propia formación académica puede actuar como un factor de riesgo inadvertido. El aprendizaje detallado sobre nutrición, control del peso y prevención de enfermedades puede intensificar la atención sobre la alimentación y las decisiones dietéticas, favoreciendo en personas vulnerables la aparición de patrones obsesivos relacionados con la “alimentación saludable” o el control estricto de las calorías, como ocurre en la ON (26).

Ante este escenario, se recomienda establecer políticas institucionales claras que fomenten la aceptación corporal y el bienestar emocional, con el fin de proteger la salud mental de los futuros profesionales sanitarios (25).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, este trabajo se relaciona principalmente con el Objetivo de desarrollo sostenible (ODS) 3: Salud y bienestar, ya que aborda los TCA como un problema relevante de salud mental y que presentan un impacto tanto a nivel individual como en el ámbito de la salud pública. En el trabajo se pone especial énfasis en la prevención, la detección temprana y el abordaje de estos trastornos en una población concreta, como son los estudiantes del área sanitaria.

De forma secundaria, también se encuentra relacionado con el ODS 4: Educación de calidad, en la medida en que analiza factores propios del contexto universitario y formativo que pueden influir en la salud mental del alumnado. También se relaciona con el ODS 5: Igualdad de género, al tener en cuenta los estereotipos de género presentes en los TCA y su posible influencia en el reconocimiento y diagnóstico de estos problemas.

2. Objetivos

Objetivo general:

Analizar la presencia de conductas alimentarias de riesgo y factores asociados a los TCA en estudiantes sanitarios.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del ámbito sanitario.
- Evaluar la relación entre el nivel de estrés académico y la presencia de conductas alimentarias problemáticas en esta población.
- Comparar la presencia de conductas alimentarias disfuncionales en función de variables sociodemográficas, como el sexo y el grado cursado.

3. Metodología

Este trabajo se ha realizado como una revisión sistemática de la literatura científica, siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (27).

3.1 Pregunta de investigación

En primer lugar, para la formulación de la pregunta de investigación se utilizó el modelo PICO framework, para estructurar dicha pregunta y orientar la búsqueda bibliográfica:

- P (Población): estudiantes de ciencias de la salud (estudiantes sanitarios).
- I (Intervención o exposición): trastornos de la conducta alimentaria.
- C (Comparación): no aplicable.
- O (Resultado): riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

A partir de este modelo se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué nivel de riesgo de TCA presentan los estudiantes de ciencias de la salud?

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en la revisión aquellos estudios que cumplían los siguientes criterios:

- Estudios originales realizados en estudiantes universitarios de titulaciones del ámbito de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, farmacia, nutrición u otras afines).
- Estudios observacionales (transversales, de cohortes o de casos y controles).
- Investigaciones que evaluaran el riesgo de TCA o conductas alimentarias de riesgo mediante instrumentos validados (por ejemplo, EAT-26, SCOFF u otros).
- Publicaciones comprendidas entre los años 2021 y 2026, con el fin de recoger la evidencia más reciente disponible.
- Estudios con una muestra igual o superior a 60 participantes, con el objetivo de garantizar una mayor fiabilidad en los resultados.

Tras aplicar los criterios de inclusión, se excluyeron aquellos estudios que presentaban alguna de las siguientes características:

- Estudios con muestras mixtas en las que se incluían estudiantes de ciencias de la salud junto con otros grupos poblacionales, cuando los resultados no se presentaban de forma diferenciada para la población objeto de estudio.
- Estudios centrados en estudiantes del ámbito sanitario que analizaban variables relacionadas con alimentación, imagen corporal, estrés académico, salud mental o estilo de vida, pero que no aportaban datos específicos sobre riesgo de TCA o conductas alimentarias de riesgo.
- Estudios que no especificaban de forma clara el instrumento empleado para evaluar el riesgo de TCA o las conductas alimentarias de riesgo.
- Estudios en los que no se describían de forma suficiente las características de la muestra o el procedimiento de evaluación.

- Estudios cuyo texto completo no pudo ser recuperado tras la búsqueda bibliográfica.
- Publicaciones derivadas de una misma muestra, en cuyo caso se seleccionó el artículo que aportaba información más completa o más ajustada a los objetivos de la revisión.

3.3 Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed (MEDLINE) y Scopus. La estrategia de búsqueda se diseñó con el objetivo de identificar estudios relacionados con los TCA en estudiantes de ciencias de la salud. La revisión se limitó a artículos publicados entre los años 2021 y 2026.

Para la elaboración de la estrategia de búsqueda se emplearon términos relacionados con los TCA y con la población objeto de estudio. En PubMed se utilizaron tanto términos MeSH como términos libres, mientras que en Scopus se emplearon términos libres adaptados a las características de esta base de datos. Los términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR. El operador OR se utilizó para agrupar sinónimos o términos relacionados, mientras que el operador AND permitió combinar los conceptos principales de la búsqueda. Las palabras clave utilizadas debían aparecer en el título o en el resumen de los artículos, con el fin de garantizar la relevancia de los estudios identificados.

La estrategia de búsqueda utilizada en PubMed fue la siguiente:

("Feeding and Eating Disorders"[MeSH] OR "Eating Disorders"[MeSH] OR "eating disorder" OR "disordered eating") AND (student*) AND (medical OR nursing OR pharmacy OR nutrition OR dental).*

Por otro lado, en la base de datos Scopus se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda:

TITLE-ABS-KEY("eating disorder" OR "disordered eating") AND TITLE-ABS-KEY(student*) AND TITLE-ABS-KEY("medical student*" OR "nursing student*" OR "pharmacy student*" OR "nutrition student*" OR "dental student*" OR "health sciences student*" OR "healthcare student*" OR "health occupation* student*").*

3.4 Selección de estudios

La búsqueda bibliográfica se realizó el 24 de febrero de 2026. Tras realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos seleccionadas, se aplicaron los filtros previamente establecidos, como el periodo de publicación comprendido entre 2021 y 2026.

En primer lugar, se procedió a la eliminación de los registros duplicados obtenidos en las distintas bases de datos. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión de los títulos y resúmenes de los artículos identificados con el objetivo de seleccionar aquellos que podían estar relacionados con el tema de estudio.

Los artículos que cumplían los criterios de inclusión en esta primera fase fueron posteriormente analizados mediante la lectura del texto completo, con el fin de comprobar si cumplían los criterios de elegibilidad establecidos.

Finalmente, se seleccionaron los estudios que cumplieran todos los criterios definidos para su inclusión en la revisión sistemática.

3.5 Análisis de los resultados

Una vez seleccionados los estudios incluidos en la revisión, se realizó la lectura completa de los artículos para identificar la información relevante relacionada con el tema de estudio.

Los datos obtenidos se organizaron en una tabla de síntesis, en la que se recogieron distintos aspectos de cada estudio, como autor y año de publicación, tipo de estudio, tamaño de la muestra, país, herramienta utilizada para la evaluación, limitaciones, principales resultados y conclusiones.

Esta tabla permitió organizar y comparar la información de los diferentes estudios incluidos, facilitando el análisis de los resultados relacionados con el riesgo de TCA.

3.6 Evaluación de la calidad

La calidad metodológica de los estudios incluidos se valoró tomando como referencia la Newcastle-Ottawa Scale (NOS) adaptada para estudios observacionales transversales, siguiendo la versión propuesta por la Universidad de Valencia. Esta herramienta permite evaluar la calidad de los estudios no aleatorizados a través de tres apartados principales: selección de la muestra, comparabilidad entre grupos y evaluación de los resultados (28).

Cada estudio fue puntuado con un máximo de 9 estrellas. De forma orientativa, se consideró calidad alta cuando el estudio obtuvo entre 7 y 9 estrellas, calidad moderada entre 4 y 6 estrellas, y calidad baja cuando obtuvo 3 estrellas o menos. Además, se identificó el principal riesgo de sesgo de cada estudio a partir de sus limitaciones metodológicas, como el uso de muestras de conveniencia, cuestionarios autoinformados, baja tasa de respuesta, ausencia de entrevista clínica o procedencia de un único centro universitario.

4. Resultados

La búsqueda bibliográfica realizada en las bases de datos PubMed y Scopus permitió identificar un total de 814 registros. Tras la eliminación de 18 duplicados, se examinaron 796 artículos mediante la lectura del título y resumen, de los cuales 767 fueron excluidos por no cumplir los criterios establecidos. Posteriormente, se evaluaron 29 artículos a texto completo para determinar su elegibilidad. De ellos, 12 fueron excluidos por no abordar directamente el TCA o por presentar una población no elegible. Finalmente, 17 estudios fueron incluidos en la presente revisión sistemática (Figura 1).

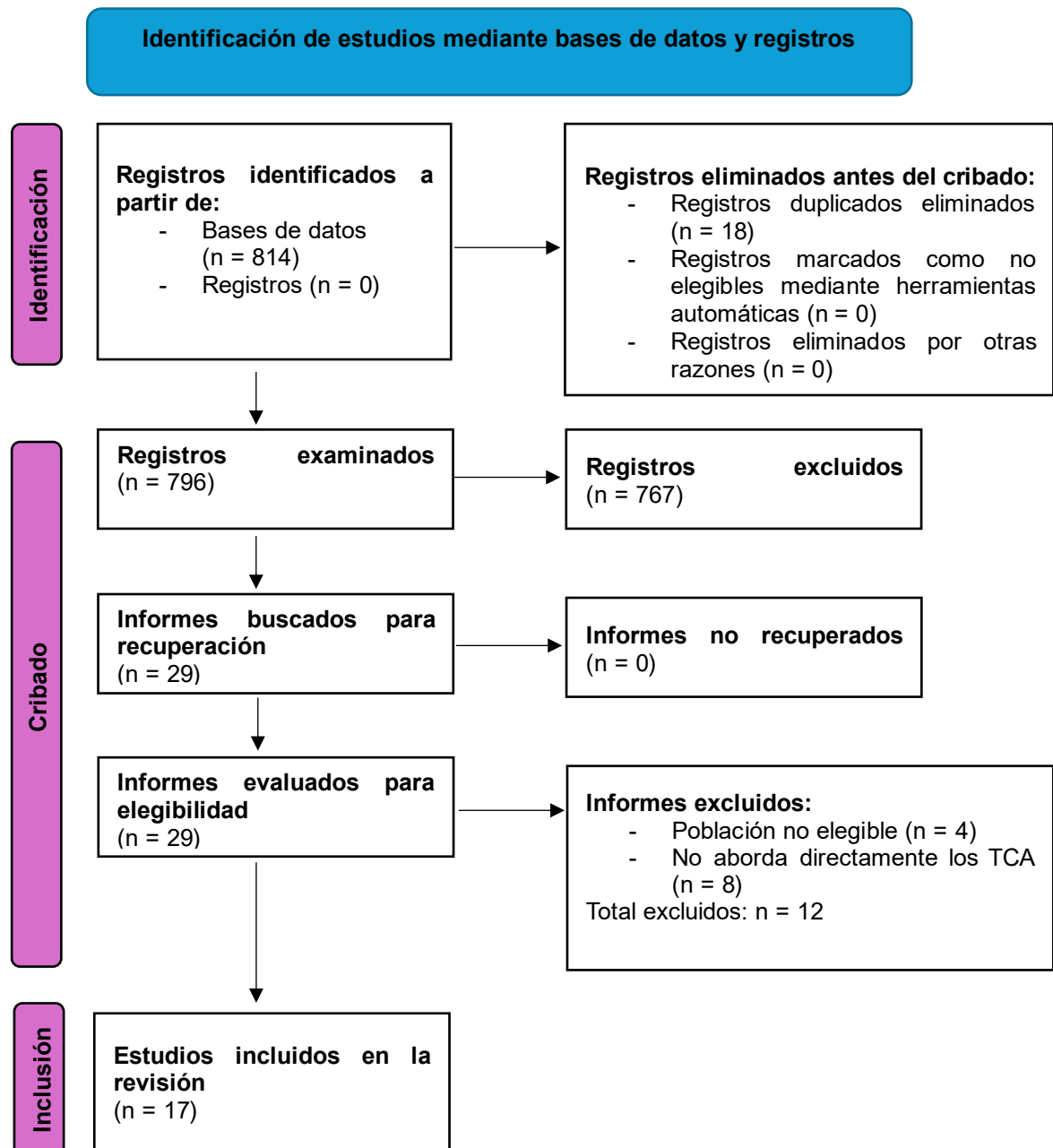


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA.

4.1 Análisis de la calidad y sesgo de los estudios

La aplicación individual de la escala NOS se presenta en la Tabla 2. La puntuación NOS fue asignada a partir de la información metodológica descrita en cada artículo, considerando los dominios de selección, comparabilidad y resultado, así como las limitaciones identificadas durante la extracción de datos.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos según Newcastle-Ottawa Scale adaptada.

Estudio	NOS /9	Calidad	Riesgo de sesgo principal
Elsherif et al. (29).	6/9	Moderada	Selección y confusión
Abaatyo et al. (30).	8/9	Alta	Selección
Bounar et al. (31).	8/9	Alta	Selección
Motorga et al. (32).	8/9	Alta	Selección
Tavolacci et al. (33).	9/9	Alta	Participación
Aruna et al. (34).	6/9	Moderada	Selección y medición
Kosendiak et al. (35).	6/9	Moderada	Selección y autoinforme
Yilmaz. (36).	6/9	Moderada	Medición y confusión
Bakr & Tarawah. (37).	7/9	Alta	Medición y confusión
Villa et al. (38).	7/9	Alta	Confusión y medición
Şahin & Yalçın. (39)	6/9	Moderada	Selección y medición
Mandiola et al. (40).	7/9	Alta	Selección y medición
Hoteit et al. (41).	7/9	Alta	Selección y autoinforme
Salem et al. (42).	8/9	Alta	Selección y autoinforme
Almahmeed et al. (43).	6/9	Moderada	Selección y confusión
Dang Van et al. (44).	8/9	Alta	Medición
Chandana et al. (45).	5/9	Moderada	Selección y confusión

De forma general, los artículos incluidos presentaron una calidad metodológica entre moderada y alta. Entre sus principales fortalezas destacaron el empleo frecuente de cuestionarios validados para la detección de TCA, como el EAT-26, SCOFF o EDI-3, así como tamaños muestrales adecuados en varios estudios y una presentación clara de los resultados. No obstante, también se identificaron algunas limitaciones comunes, como el predominio de diseños transversales, la utilización de muestras de conveniencia procedentes de un único centro universitario y el uso de cuestionarios autoinformados, aspectos que pueden limitar tanto la generalización de los resultados como el establecimiento de relaciones causales.

De forma complementaria, se recogieron los indicadores bibliométricos de las revistas en las que fueron publicados los estudios incluidos. Para ello, se consultó la herramienta de FECYT de consulta del factor de impacto y otras métricas, basada en los datos de Journal Citation Reports de Clarivate. En aquellas revistas que no aparecían en JCR/FECYT, se empleó SCImago Journal & Country Rank como indicador bibliométrico alternativo. Se registraron el factor de impacto o indicador equivalente y el cuartil correspondiente a cada revista. En los casos en los que una revista aparecía clasificada en más de una categoría, se indicó el rango de cuartiles disponible.

Tabla 3. Indicadores bibliométricos de las revistas de los estudios incluidos

Estudio	Revista	Base consultada	Cuartil	Factor de impacto / indicador
Elsherif et al. (29).	<i>Middle East Current Psychiatry</i>	JCR/FECYT	Q3	JIF 1,6
Abaatyo et al. (30).	Journal of Eating Disorders	JCR/FECYT	Q1	JIF 4,5
Bounar et al. (31).	BMC Medical Education	JCR/FECYT	Q1	JIF 3,2
Motorga et al. (32).	Frontiers in Psychology	JCR/FECYT	Q1	JIF 2,9
Tavolacci et al. (33).	Journal of Eating Disorders	JCR/FECYT	Q1	JIF 4,5
Aruna et al. (34).	Journal of Education and Health Promotion	JCR/FECYT	Q3-Q4 según categoría	JIF 1,3
Kosendiak et al. (35).	Nutrients	JCR/FECYT	Q1	JIF 5,0
Yilmaz. (36).	Nigerian Journal Of Clinical Practice	JCR/FECYT	Q3	JIF 0,7
Bakr & Tarawah (37).	Current Research in Nutrition and Food Science Journal	JCR/FECYT	Q4	JIF 1,1
Villa et al. (38).	Journal of Eating Disorders	JCR/FECYT	Q1	JIF 4,5
Şahin & Yalçın (39).	American Journal of Pharmaceutical Education	JCR/FECYT	Q1	JIF 3,5
Mandiola et al. (40).	Revista Médica de Chile	JCR/FECYT	Q4	JIF 0,3
Hoteit et al. (41).	Frontiers in Nutrition	JCR/FECYT	Q1	JIF 5,1
Salem et al. (42).	Brain and Behavior	JCR/FECYT	Q2	JIF 2,7
Almahmeed et al. (43).	Frontiers in Psychology	JCR/FECYT	Q1	JIF 2,9
Dang Van et al. (44).	Journal of Public Health and Development	SJR/Scimago	Q4	SJR 0,210
Chandana et al. (45).	Archives of Mental Health	SJR/Scimago	Q4	SJR 0,207

Nota. JCR: Journal Citation Reports; FECYT: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología; FI: factor de impacto. SJR: SCImago Journal Rank.

4.2 Síntesis y descripción de los artículos seleccionados

La Tabla 4 recoge de forma sintetizada las características principales de los 17 estudios incluidos en la revisión. En ella se presentan, para cada artículo, el autor y año de publicación, el tipo de estudio, el tamaño muestral, el país de realización, la herramienta empleada para evaluar el riesgo de TCA, las principales limitaciones metodológicas, los resultados más relevantes y las conclusiones de los autores. Esta organización permite comparar de manera estructurada los trabajos seleccionados y ofrece una visión global de la evidencia disponible sobre el riesgo de TCA en estudiantes del ámbito sanitario.

En relación con las características metodológicas, se observa un claro predominio de estudios de diseño transversal, ya que la mayor parte de los trabajos incluidos analizan la presencia de riesgo de TCA en un único momento temporal y sin seguimiento posterior. Solo de forma puntual se identifica un estudio cuasi experimental con evaluación pre-post. Asimismo, los estudios proceden de contextos geográficos diversos, incluyendo países de África, Asia, Europa y América, como Egipto, Uganda, Marruecos, Francia, India, Polonia, Chile, Arabia Saudí, Turquía, Rumanía, Líbano, Baréin y Vietnam, además de un estudio multicéntrico centrado en la región MENA. En cuanto a las muestras, estas fueron heterogéneas tanto en tamaño como en perfil, con un rango que osciló entre 90 y 7506 participantes. Predominaron los estudios realizados en estudiantes de medicina, aunque también se incluyeron muestras de estudiantes de nutrición, farmacia, odontología y alumnado sanitario general. En algunos casos se analizaron subgrupos concretos, como estudiantes de último curso o muestras exclusivamente femeninas, lo que debe tenerse en cuenta al interpretar la comparabilidad entre estudios. En cuanto a los instrumentos de evaluación, los cuestionarios más empleados fueron el EAT-26 y el SCOFF, aunque también se utilizaron otras herramientas específicas como EAT-40, EDE-Q, EDI-3, ORTO-15, ORTO-11-ES, BED Scale, BES, BSQ y SISCO, lo que pone de manifiesto cierta heterogeneidad en la forma de evaluar el riesgo de TCA y las variables asociadas.

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados

Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	País	Herramienta	Limitaciones	Principales resultados	Conclusiones
Elsherif et al. (29).	Transversal	370 estudiantes de medicina de último curso	Egipto	EAT-26	Muestra subclínica y ausencia de evaluación neurocognitiva detallada.	37% presentó riesgo de TCA; mayor prevalencia en mujeres. El riesgo de TCA se asoció con mayor alexitimia, peor cognición social y mayor IMC.	La alexitimia y las dificultades en cognición social se asocian con un mayor riesgo de TCA en estudiantes de medicina.
Abaatyo et al. (30).	Transversal	224 estudiantes de medicina	Uganda	SCOFF	Muestra procedente de una única universidad privada y posible sesgo de autoinforme.	16,5% de los estudiantes presentó riesgo de TCA. La prevalencia fue mayor en mujeres y en estudiantes con múltiples parejas sexuales.	La ideación suicida y diversos factores conductuales se asocian significativamente con el riesgo de TCA en estudiantes de medicina.
Bounar et al. (31).	Transversal	160 estudiantes de medicina	Marruecos	SCOFF	Centro único; muestra pequeña; limitado a un solo grado académico.	El 30,8% de los estudiantes presentó riesgo de TCA, asociado a mayores niveles de estrés, <i>burnout</i> e insatisfacción con la imagen corporal.	Los factores relacionados con la salud mental y la percepción corporal pueden contribuir al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de medicina.
Motorga et al. (32).	Transversal	312 estudiantes de ciencias de la salud	Rumanía	EDI-3	Centro único; sin cuestionario de sueño estandarizado.	37,1% en riesgo. Predictores: presión familiar, género femenino y problemas de sueño.	El riesgo de TCA en estudiantes de salud es significativamente mayor que en la población general.
Abreviaturas: EAT-26, Eating Attitudes Test-26; EAT-40, Eating Attitudes Test-40; EDE-Q, Eating Disorder Examination Questionnaire; SCOFF, cuestionario de cribado de trastornos de la conducta alimentaria; EDI-3, Eating Disorder Inventory-3; IMC, Índice de Masa Corporal							

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados (continuación)

Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	País	Herramienta	Limitaciones	Principales resultados	Conclusiones
Tavolacci et al. (33).	Transversal	7506 estudiantes de medicina	Francia	SCOFF	Sesgo de participación (predominio femenino); baja tasa de respuesta (10%).	26,2% en riesgo global. El riesgo decrece con el avance de la carrera (36,8% preclínico vs 25,2% residentes).	Los TCA presentan una elevada prevalencia entre estudiantes de medicina, especialmente en mujeres, minorías de género y estudiantes en los primeros años de formación.
Aruna et al. (34).	Transversal	493 estudiantes de medicina	India	EAT-26, BSQ	Sin asociación causal demostrable; institución única; no incluye todos los factores de estilo de vida.	25,6% en riesgo. Correlación directa entre IMC y preocupación corporal.	Elevada insatisfacción con la imagen corporal entre los estudiantes, asociada directamente con indicadores antropométricos como el IMC y la circunferencia de cintura.
Kosendiak et al. (35).	Transversal	879 estudiantes de medicina	Polonia	EAT-26, BES	Solo estudiantes de una universidad; metodología de encuesta online (autoinforme).	Conocimiento nutricional asociado a restricción calórica en mujeres y a mejores hábitos en hombres.	Autoestima corporal y riesgo de TCA se relacionan con el conocimiento nutricional, la calidad de la dieta y el IMC, con diferencias de género influenciadas por presiones sociales.
Yilmaz. (36).	Transversal	639 estudiantes sanitarios	Turquía	ORTO-15, EAT-40	Tamaño de muestra limitado; sin grupo control; diagnóstico basado solo en test (sin entrevista).	Alta tendencia ortoréxica general; menor en Nutrición y Dietética.	La ON es un problema común entre estudiantes de ciencias de la salud.
Abreviaturas: BSQ, Body Shape Questionnaire; BES, Binge Eating Scale; ORTO-15, Orthorexia Test-15							

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados (continuación)

Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	País	Herramienta	Limitaciones	Principales resultados	Conclusiones
Bakr & Tarawah. (37).	Transversal	175 estudiantes de nutrición	Ar. Saudí	EAT-26	Muestra reducida; datos autoinformados mediante encuesta online.	15,4% en riesgo. Mayor prevalencia en graduados que en estudiantes.	Riesgo importante de TCA entre los profesionales de nutrición en Arabia Saudí, especialmente de tipos como OSFED/UFED.
Villa et al. (38).	Transversal	90 estudiantes de nutrición	Chile	ORTO-11-ES	Muestra pequeña; instrumento (ORTO-11-ES) no validado previamente en Chile.	23,3% riesgo ortorexia. Asociado a vivir solo, uso de Instagram (>3h) y actividad física extrema.	El avance en la carrera se asoció con una menor prevalencia de ortorexia, posiblemente debido a una formación más amplia sobre alimentación y salud.
Şahin & Yalçın. (39).	Cuasi-experimental	165 estudiantes de farmacia	Turquía	EAT-26	Centro único; autoinforme; no evalúa impacto conductual a largo plazo.	6,7% en riesgo según puntuación, pero 27,9% muestra conductas de riesgo. Mejora significativa del conocimiento tras intervención.	Las conductas alimentarias de riesgo fueron más frecuentes que el riesgo detectado por EAT-26. La educación breve mejoró el conocimiento sobre TCA.
Mandiola et al. (40).	Transversal	163 estudiantes de medicina	Chile	EAT-26, SISCO	Centro único; solo mujeres; ausencia de variables sociodemográficas relevantes.	23,9% riesgo. Predictores: estrés académico y estándares personales.	El estrés académico y los altos estándares de perfeccionismo se asociaron significativamente con un mayor riesgo de TCA.
Abreviaturas: ORTO-11-ES, versión española del Orthorexia Test-11; SISCO, Inventario SISCO de Estrés Académico							

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados (continuación)

Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	País	Herramienta	Limitaciones	Principales resultados	Conclusiones
Hoteit et al. 2022 (41).	Transversal	1000 estudiantes sanitarios	Líbano	EAT-26	Diseño transversal (sin causalidad); muestreo de conveniencia; sin diagnóstico clínico confirmatorio.	22,5% riesgo de TCA; Nutrición: mayor prevalencia (40,9%); Mayor riesgo en mujeres y personas con antecedentes de dieta.	Las mujeres y los profesionales de nutrición presentaron mayor riesgo de TCA.
Salem et al. 2025 (42).	Transversal	5061 estudiantes de medicina	MENA	EAT-26	Muestreo de conveniencia; no todos los países MENA representados; autoinforme de comorbilidades.	24,8% en riesgo de TCA; DMT1, EII y autismo se asociaron con mayor riesgo.	Las mujeres y los estudiantes con comorbilidades presentaron un mayor riesgo de TCA, mientras que el deporte y la satisfacción corporal mostraron un efecto protector.
Almahmeed et al. 2025 (43).	Transversal	397 estudiantes de medicina	Baréin	EAT-26	Un solo centro; sin seguimiento clínico; aplicación de EAT-26 en inglés en población árabe.	32,1% en riesgo. El 43,8% reportó que la pandemia de COVID-19 empeoró sus hábitos alimentarios.	Los estresores académicos y acontecimientos globales como la pandemia de COVID-19 podrían aumentar el riesgo de TCA en estudiantes de medicina.
Dang Van et al. 2024 (44).	Transversal	411 estudiantes de medicina	Vietnam	BED Scale	Sin estandarización de escala BED para Vietnam; autoinforme; limitado a una universidad.	9,5% presenta síntomas de TA. Asociado a obesidad, depresión y mala calidad de sueño.	El riesgo de atracones es 4 veces mayor en estudiantes con sobrepeso u obesidad.
Abreviaturas: BED Scale, Binge Eating Disorder Scale; DMT1, diabetes mellitus tipo 1; EII, enfermedad inflamatoria intestinal							

Tabla 4. Resumen de los artículos seleccionados (continuación)

Autor/año	Tipo de estudio	Muestra	País	Herramienta	Limitaciones	Principales resultados	Conclusiones
Chandana et al., 2024 (45).	Transversal	263 estudiantes de medicina	India	ORTO-15	No aplicable al público general; muestra relativamente pequeña; pocas variables comparadas.	29,86% con ortorexia. Más prevalente en mujeres.	El conocimiento avanzado sobre nutrición podría paradójicamente fomentar la ortorexia.

Con el fin de facilitar la interpretación de los datos, la figura 2 muestra las titulaciones más representadas en los trabajos seleccionados, siendo la más destacada medicina con un 65% aproximadamente si se analizan el número de estudios en su conjunto. Del mismo modo, en la figura 3 se presenta distribución geográfica de las publicaciones.

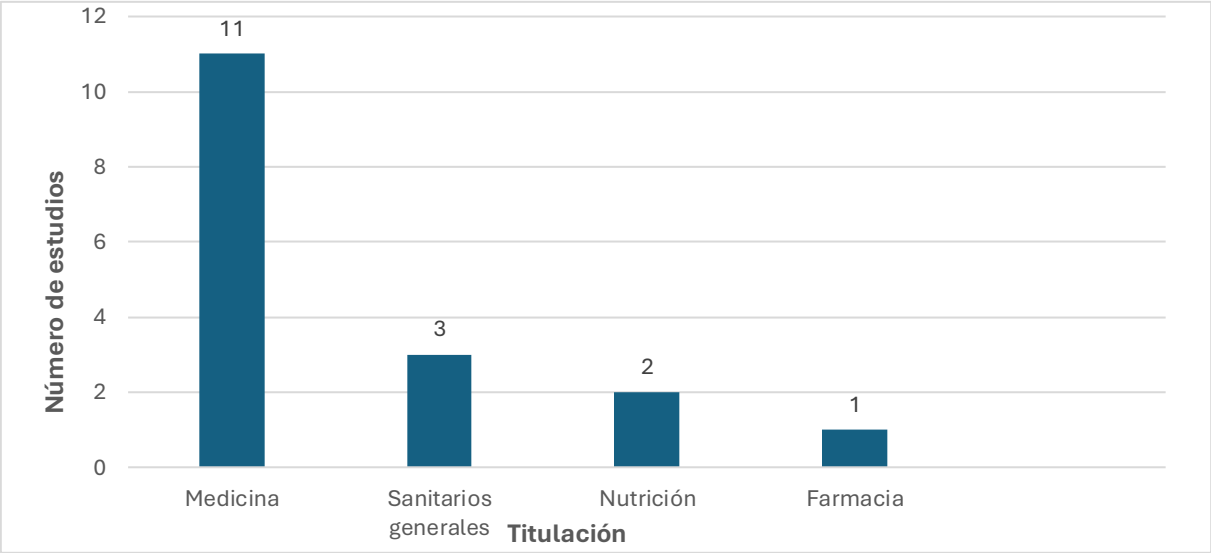


Figura 2. Distribución de los estudios incluidos según la titulación analizada.

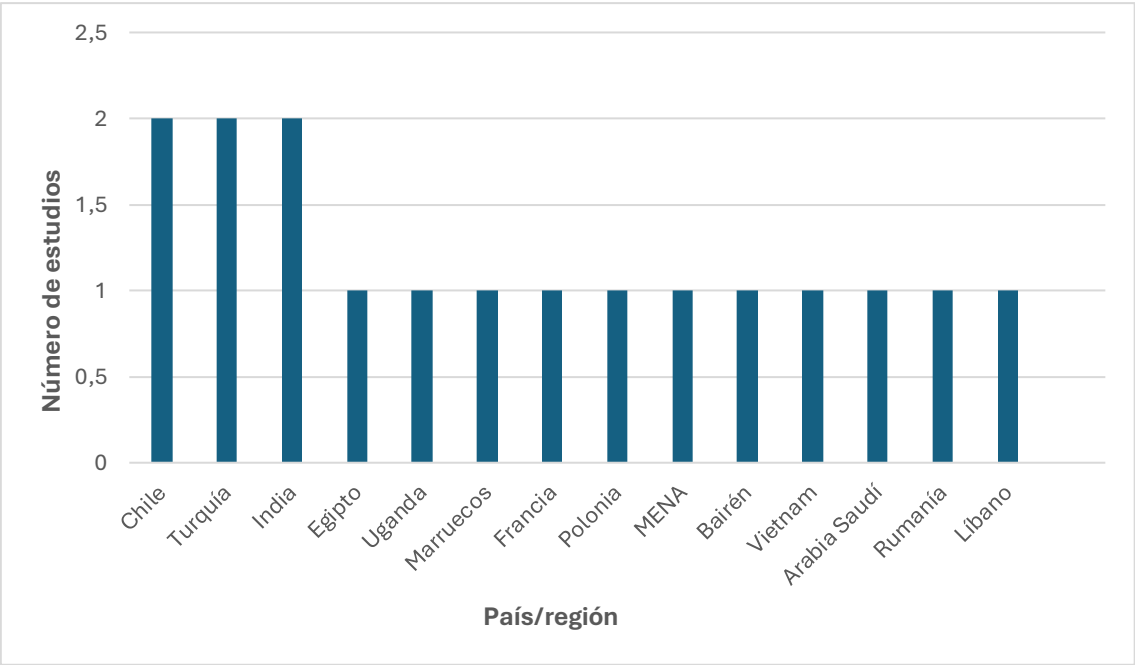


Figura 3. Distribución geográfica de los estudios incluidos en la revisión sistemática (n = 17).

4.3 Prevalencia y factores académicos

Los estudios revisados muestran que el riesgo de TCA varía según la disciplina sanitaria y el momento de la formación académica. En estudiantes de Nutrición y Dietética se observan resultados heterogéneos: mientras que, en algunos contextos, como en Líbano, presentan prevalencias elevadas (hasta el 40,9%) (41), en otros países como Turquía el riesgo es similar o incluso inferior al de estudiantes de otras titulaciones (36). En el caso de Medicina, varios estudios indican que el riesgo de TCA es mayor durante los primeros años de carrera (etapa preclínica) y tiende a disminuir a medida que avanza la formación (33). En estudiantes de Farmacia se observó que, aunque el cuestionario indicaba un bajo riesgo de TCA, muchos estudiantes presentaban conductas alimentarias alteradas (39).

4.4 Perfil psicopatológico y comorbilidades

Diversos estudios coinciden en que el riesgo de TCA en estudiantes sanitarios se asocia con distintos factores psicológicos. Entre los más frecuentes se encuentran el estrés académico, el *burnout* y los síntomas de ansiedad (31). Además, el perfeccionismo, especialmente relacionado con altos estándares personales y preocupación por cometer errores, se identifica como un predictor importante (40). Otros factores descritos incluyen la alexitimia, dificultades en la cognición social y la presencia de síntomas depresivos o ideación suicida (29). Además, determinadas condiciones clínicas, como la diabetes tipo 1, las enfermedades inflamatorias intestinales, el trastorno del espectro autista o la esquizofrenia, se han relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar actitudes alimentarias disfuncionales (42).

4.5 Imagen corporal, antropometría y estilo de vida

La insatisfacción con la imagen corporal aparece de forma recurrente como uno de los principales factores asociados al riesgo de TCA (31). Aunque muchos estudiantes presentan un peso dentro de la normalidad, un Índice de Masa Corporal (IMC) más elevado se relaciona con mayor preocupación por la figura corporal y con un mayor riesgo de conductas como los atracones (34). En relación con el estilo de vida, la mala calidad del sueño y el insomnio también se han identificado como factores que pueden contribuir al desarrollo de estas conductas (32). Por el contrario, la práctica regular de actividad física y una mayor satisfacción con el propio peso parecen actuar como factores protectores (42).

4.6 Influencia del entorno social y digital

El entorno social también desempeña un papel relevante. La presión familiar relacionada con la delgadez y los antecedentes familiares de obesidad o TCA se describen como factores de riesgo importantes (32). Además, algunos estudios sugieren que vivir solo o tener menor convivencia con otras personas puede aumentar la vulnerabilidad (43). En el ámbito digital, el uso intensivo de redes sociales, especialmente Instagram, se ha asociado con mayor insatisfacción corporal y con conductas relacionadas con la ortorexia, particularmente cuando el tiempo de uso supera varias horas al día (38). Asimismo, la pandemia de COVID-19 se relacionó con un empeoramiento de los hábitos alimentarios y un aumento de la preocupación por la imagen corporal en estudiantes previamente vulnerables (43).

4.7 Ortorexia nerviosa y conocimiento nutricional

La ON también aparece con cierta frecuencia entre estudiantes de ciencias de la salud, con prevalencias que en algunos estudios alcanzan aproximadamente el 30% (45). Algunos resultados sugieren que un mayor conocimiento nutricional puede tener efectos distintos según el sexo: en mujeres se ha relacionado con una mayor restricción calórica y conductas más rígidas respecto a la alimentación, mientras que en hombres tiende a asociarse con hábitos alimentarios más saludables (35).

5. Discusión

Los resultados obtenidos en esta revisión muestran que el riesgo de TCA en estudiantes de ciencias de la salud es elevado y está condicionado por múltiples factores de carácter académico, psicológico y sociocultural. En conjunto, la evidencia revisada indica que la prevalencia varía según la titulación cursada y el contexto geográfico, mientras que variables como el estrés, el perfeccionismo, la ansiedad, la imagen corporal, el estilo de vida y el entorno social desempeñan un papel relevante en la aparición de conductas alimentarias de riesgo (31). Asimismo, el conocimiento nutricional no siempre actúa como factor protector, ya que en determinados contextos puede asociarse a patrones más rígidos de alimentación (45).

En relación con la prevalencia, la variabilidad observada entre países y titulaciones sugiere que el contexto sociocultural ejerce una influencia importante. Mientras que en países como Turquía se han descrito cifras más bajas (36), en otros como Egipto, se han descrito prevalencias que superan el 32% (29). Además, algunos estudios realizados en Europa del Este muestran una evolución creciente de determinados TCA subclínicos en las últimas décadas (46). Estos hallazgos podrían relacionarse con la progresiva occidentalización de los ideales estéticos, la presión social por la delgadez y una mayor exposición a modelos corporales poco realistas a través de redes sociales y medios de comunicación.

En relación a la evolución durante la etapa universitaria, los resultados no son completamente homogéneos. Algunos estudios realizados en Francia y Baréin describen un mayor riesgo durante los primeros cursos, con una disminución progresiva conforme avanza la formación académica (43). Este patrón podría explicarse por el impacto inicial del estrés universitario, la adaptación a nuevas exigencias académicas y los cambios en hábitos de vida. Sin embargo, otros trabajos realizados en Arabia Saudí e India muestran una mayor vulnerabilidad en etapas más avanzadas, especialmente entre estudiantes de últimos cursos o graduados, con mayor presencia de conductas relacionadas con ortorexia o TCA subclínicos (45). Esto sugiere que las preocupaciones pueden modificarse a lo largo de la carrera, pasando del estrés académico inicial a una mayor presión profesional e imagen corporal en fases posteriores.

Desde el punto de vista psicológico, diversos estudios coinciden en que el estrés académico, el perfeccionismo y la ansiedad son algunos de los factores más estrechamente relacionados con el riesgo de TCA. En estudiantes sanitarios, la elevada autoexigencia y la presión por obtener un alto rendimiento pueden favorecer conductas restrictivas o de control excesivo de la alimentación. Además, variables como la alexitimia o las dificultades en la cognición social también se han asociado con mayor riesgo, lo que sugiere que, en algunos casos, las conductas alimentarias alteradas podrían funcionar como estrategias desadaptativas de regulación emocional (29). A ello se suma la asociación observada entre TCA, depresión e ideación suicida en determinados contextos universitarios (30), lo que refuerza la necesidad de una detección precoz. La imagen corporal constituye otro de los factores centrales identificados. Los resultados muestran que la insatisfacción corporal aparece incluso en estudiantes con normopeso, lo que indica que la percepción subjetiva del propio cuerpo puede tener mayor influencia que

indicadores objetivos como el IMC (47). Este hallazgo es especialmente relevante en titulaciones sanitarias, donde en ocasiones existe una percepción implícita de que la apariencia física debe reflejar hábitos saludables o competencia profesional.

En cuanto al estilo de vida, la mala calidad del sueño, los horarios irregulares, la falta de estructura en las comidas y determinados hábitos poco saludables también se relacionan con mayor riesgo de TCA. La carga lectiva elevada, la presión académica y la falta de tiempo para el autocuidado podrían favorecer este contexto, especialmente en estudiantes de medicina (48).

En los estudiantes de Nutrición y Dietética aparece una situación especialmente interesante. Algunos estudios, como el realizado en Líbano, muestran una elevada prevalencia de riesgo de TCA (40,9%) (41), posiblemente relacionada con una mayor presión por proyectar una imagen corporal coherente con la profesión. Sin embargo, en otros países como Turquía o Chile se han observado menores conductas ortoréxicas en comparación con estudiantes de medicina (36). Esto podría explicarse por una formación más amplia sobre alimentación equilibrada, aunque los resultados no son concluyentes.

Este trabajo tiene fortalezas importantes, entre ellas destacan la inclusión de estudios recientes, la presencia de muestras amplias en varios trabajos, la diversidad geográfica de los estudios analizados y el uso frecuente de instrumentos validados como EAT-26, SCOFF o EDI-3. Además, se han abordado variables menos estudiadas, como la deseabilidad social, la ortorexia o el posible sesgo profesional relacionado con el peso. Aun así, también presenta algunas limitaciones que conviene tener en cuenta. La mayoría de los estudios son de tipo transversal, por lo que no permiten establecer relaciones de causa-efecto. Además, hay un claro predominio de mujeres en las muestras, lo que puede influir en los resultados. Por otro lado, las herramientas de cribado podrían no estar captando bien el riesgo en hombres, especialmente en casos como la vigorexia. Por último, muchos estudios se han realizado en un solo centro, lo que limita su aplicabilidad a otros contextos.

6. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, se establecen las siguientes conclusiones en relación con los objetivos planteados:

- Los estudiantes del ámbito sanitario constituyen una población vulnerable al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo y factores asociados a los TCA.
- La prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes sanitarios fue variable entre los estudios incluidos, con cifras aproximadas entre el 6,7 % y el 40,9 %, dependiendo del país, la titulación analizada y el instrumento de evaluación utilizado.
- El estrés académico se asocia con una mayor presencia de conductas alimentarias problemáticas, especialmente cuando se acompaña de *burnout*, ansiedad, perfeccionismo e insatisfacción con la imagen corporal.
- Las conductas alimentarias disfuncionales fueron más frecuentes en mujeres y mostraron diferencias según el grado cursado, destacando una mayor vulnerabilidad en estudiantes de Medicina y Nutrición, aunque los resultados no fueron homogéneos en todos los estudios.
- Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando los factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes sanitarios, con el fin de comprender mejor su desarrollo y favorecer el diseño de estrategias preventivas eficaces.

7. Bibliografía

1. Salias C, Gross JJ, Petrova K, Forbush KT, Preece DA. Eating disorder symptoms and profiles of emotion regulation strategy use. *J Affect Disord.* julio de 2025;380:94-103. doi:10.1016/j.jad.2025.03.050
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Motorga R, Ionescu M, Nechita F, Micu D, Băluțoiu I, Dinu MM, et al. Eating disorders in medical students: prevalence, risk factors, comparison with the general population. *Front Psychol.* 7 de enero de 2025;15:1515084. doi:10.3389/fpsyg.2024.1515084
4. Arijia Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp.* 2022. doi:10.20960/nh.04173
5. Filipponi C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 4 de diciembre de 2022;19(23):16237. doi:10.3390/ijerph192316237
6. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 8 de julio de 2023;20(14):6325. doi:10.3390/ijerph20146325
7. Benítez Brito N, Moreno Redondo F, Pinto Robayna B, De Las Heras Roge J, Ramallo Fariña Y, Diaz Romero C. A Scoping Review of the Prevalence of Eating Disorders in Spain. *Nutrients.* 17 de mayo de 2024;16(10):1513. doi:10.3390/nu16101513
8. Grilo CM. Treatment of Eating Disorders: Current Status, Challenges, and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 12 de julio de 2024;20(1):97-123. doi:10.1146/annurev-clinpsy-080822-043256
9. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* marzo de 2022;27(2):415-28. doi:10.1007/s40519-021-01162-z
10. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, Bonetti G, Medori MC, Marceddu G, et al. Gene variants in Eating Disorders. Focus on Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorder. *J Prev Med Hyg.* 16 de octubre de 2022;Vol. 63 No. 2S3:E297 Pages. doi:10.15167/2421-4248/JPMH2022.63.2S3.2772
11. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* marzo de 2023;31(2):226-46. doi:10.1002/erv.2964
12. Horovitz O, Argyrides M. Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients.* 3 de septiembre de 2023;15(17):3851. doi:10.3390/nu15173851
13. Di Giacomo E, Aliberti F, Pescatore F, Santorelli M, Pessina R, Placenti V, et al. Disentangling binge eating disorder and food addiction: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* agosto de 2022;27(6):1963-70. doi:10.1007/s40519-021-01354-7
14. Canals J, Arijia Val V. Risk factors and prevention strategies in eating disorders. *Nutr Hosp.* 2022. doi:10.20960/nh.04174

15. Watson HJ, Palmos AB, Hunjan A, Baker JH, Yilmaz Z, Davies HL. Genetics of eating disorders in the genome-wide era. *Psychol Med.* octubre de 2021;51(13):2287-97. doi:10.1017/S0033291720005474
16. Bulik CM, Thornton LM, Parker R, Kennedy H, Baker JH, MacDermid C, et al. The Eating Disorders Genetics Initiative (EDGI): study protocol. *BMC Psychiatry.* diciembre de 2021;21(1):234. doi:10.1186/s12888-021-03212-3
17. Bulik CM, Coleman JRI, Hardaway JA, Breithaupt L, Watson HJ, Bryant CD, et al. Genetics and neurobiology of eating disorders. *Nat Neurosci.* mayo de 2022;25(5):543-54. doi:10.1038/s41593-022-01071-z
18. Suarez-Albor CL, Galletta M, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomed Atenei Parm.* 1 de julio de 2022;93(3):e2022253. doi:10.23750/abm.v93i3.13140
19. Mehl A, Rohde P, Gau JM, Stice E. Disaggregating the predictive effects of impaired psychosocial functioning on future DSM-5 eating disorder onset in high-risk female adolescents. *Int J Eat Disord.* julio de 2019;52(7):817-24. doi:10.1002/eat.23082 PubMed PMID: 30977531; PubMed Central PMCID: PMC6609485.
20. Sala M, Coll S, Flamer R. Gender stereotypes in eating disorder recognition. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2 de julio de 2024;29(1):45. doi:10.1007/s40519-024-01672-6
21. Sobieska A, Kolanska J, Blauciak P, Ciechanowska-Jagodzinska M, Zarychta K. Sex/gender-specific association between emotion regulation strategies and eating disorders symptoms: a systematic review. *J Eat Disord.* 31 de octubre de 2025;13(1):246. doi:10.1186/s40337-025-01434-4 PubMed PMID: 41174796; PubMed Central PMCID: PMC12577407.
22. Lo Buglio G, Mirabella M, Muzi L, Boldrini T, Cerasti E, Bjornestad J, et al. Eating disorders and disordered eating symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord EWD.* 27 de diciembre de 2024;29(1):78. doi:10.1007/s40519-024-01708-x PubMed PMID: 39729192; PubMed Central PMCID: PMC11680612.
23. Stanculete MF, Chiarioni G, Dumitrascu DL, Dumitrascu DI, Popa SL. Disorders of the brain-gut interaction and eating disorders. *World J Gastroenterol.* 28 de junio de 2021;27(24):3668-81. doi:10.3748/wjg.v27.i24.3668 PubMed PMID: 34239277; PubMed Central PMCID: PMC8240049.
24. Carbone EA, D'Amato P, Vicchio G, De Fazio P, Segura-Garcia C. A systematic review on the role of microbiota in the pathogenesis and treatment of eating disorders. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 16 de diciembre de 2020;64(1):e2. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.109 PubMed PMID: 33416044; PubMed Central PMCID: PMC8057489.
25. Jahrami H, Saif Z, Trabelsi K, Ghazzawi H, Pandi-Perumal SR, Seeman MV. An Umbrella Review and a Meta-analysis of Meta-analyses of Disordered Eating Among Medical Students. *Alpha Psychiatry.* 1 de marzo de 2024;25(2):165-74. doi:10.5152/alphapsychiatry.2024.241515 PubMed PMID: 38798808; PubMed Central PMCID: PMC11117415.
26. Budhiwianto S, Bennett CJ, Bristow CA, Dart J. Global Prevalence of Eating Disorders in Nutrition and Dietetic University Students: A Systematic Scoping Review. *Nutrients.* 15 de mayo de 2023;15(10):2317. doi:10.3390/nu15102317 PubMed PMID: 37242199; PubMed Central PMCID: PMC10221384.

27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 29 de marzo de 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71 PubMed PMID: 33782057; PubMed Central PMCID: PMC8005924.
28. Escala Newcastle–Ottawa [Internet]. [citado 13 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.uv.es/777DB06PDkvPac=/calidad_estudios/escalas_calidad/NEWCASTLE%20OTTAWA%20SCALE.html
29. Elsherif ES, Al-Rakhawy MY, Fathy H, Adel A, Khalaf OO. Disordered eating behaviors among a sample of final-year medical students at Cairo University and its relationship with alexithymia and social cognition. *Middle East Curr Psychiatry*. 15 de enero de 2025;32(1):4. doi:10.1186/s43045-025-00498-x
30. Abaatyo J, Sodeinde SO, Kaggwa MM. Eating disorders among medical students at a private university in Uganda: a cross-sectional study. *J Eat Disord*. 31 de marzo de 2025;13:56. doi:10.1186/s40337-025-01234-w PubMed PMID: 40165276; PubMed Central PMCID: PMC11956480.
31. Bounar O, Benbrik O, Hamriri A, Mouhadi K, Filali K, Lahlou L. Eating disorders and related behaviors among medical students in Rabat, Morocco. *BMC Med Educ*. 12 de diciembre de 2025;26:97. doi:10.1186/s12909-025-08393-z PubMed PMID: 41388286; PubMed Central PMCID: PMC12817850.
32. Motorga R, Ionescu M, Nechita F, Micu D, Băluțoiu I, Dinu MM, et al. Eating disorders in medical students: prevalence, risk factors, comparison with the general population. *Front Psychol*. 7 de enero de 2025;15:1515084. doi:10.3389/fpsyg.2024.1515084 PubMed PMID: 39850973; PubMed Central PMCID: PMC11756529.
33. Tavoracci MP, Doudeau N, Vilain F, Sadat K, Ladner J, Morvan Y, et al. Eating disorders symptoms and associated risk factors among medical students in France: a nationwide cross-sectional study. *J Eat Disord*. 10 de noviembre de 2025;13:255. doi:10.1186/s40337-025-01436-2 PubMed PMID: 41214798; PubMed Central PMCID: PMC12604336.
34. Aruna R, Muruganandam P, Niveatha S. Eating habit, body image, and gender – is there any association? – A comparative study among medical students from southern India. *J Educ Health Promot*. 29 de agosto de 2024;13:326. doi:10.4103/jehp.jehp_72_24 PubMed PMID: 39429832; PubMed Central PMCID: PMC11488783.
35. Kosendiak AA, Adamczak BB, Kuźnik Z, Makles S. How Dietary Choices and Nutritional Knowledge Relate to Eating Disorders and Body Esteem of Medical Students? A Single-Center Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 8 de mayo de 2024;16(10):1414. doi:10.3390/nu16101414 PubMed PMID: 38794652; PubMed Central PMCID: PMC11123669.
36. Yilmaz F. Orthorexia and Eating Attitudes in Health Sciences Students. *Niger J Clin Pract*. abril de 2023;26(4):502. doi:10.4103/njcp.njcp_507_20
37. Bakr ESH, Tarawah RA. Eating Disorders Among Saudi Dietitians: Prevalence and Analysis. *Curr Res Nutr Food Sci J*. 2010;12(1):234-44. doi:10.12944/CRNFSJ.12.1.19
38. Villa M, Opawsky N, Manriquez S, Ananías N, Vergara-Barra P, Leonario-Rodriguez M. Orthorexia nervosa risk and associated factors among Chilean nutrition students: a pilot study. *J Eat Disord*. 11 de enero de 2022;10:6. doi:10.1186/s40337-022-00529-6 PubMed PMID: 35016711; PubMed Central PMCID: PMC8753887.
39. Şahin ES, Yalçın N. Silent Struggles in Health Care Education: Eating Disorder Risk and Awareness Among Future Pharmacists. *Am J Pharm Educ*. 1 de diciembre de 2025;89(12). doi:10.1016/j.ajpe.2025.101893 PubMed PMID: 41177356.

40. Mandiola MI, Arancibia M, Elton V, Madrid E, Meza N, Stojanova J, et al. Perfectionism, academic stress and social anxiety in female medical students and the risk for eating disorders. *Rev Médica Chile*. agosto de 2022;150(8):1046-53. doi:10.4067/S0034-98872022000801046
41. Hoteit M, Mohsen H, Bookari K, Moussa G, Jurdi N, Yazbeck N. Prevalence, correlates, and gender disparities related to eating disordered behaviors among health science students and healthcare practitioners in Lebanon: Findings of a national cross sectional study. *Front Nutr*. 19 de julio de 2022;9:956310. doi:10.3389/fnut.2022.956310 PubMed PMID: 35928833; PubMed Central PMCID: PMC9345498.
42. Belhaj Salem S, Idrissi FEE, Fikry mohamed A, Khrais H, Jad RE, Haq UU, et al. Screening of the Risk of Eating Disorders Among Medical Students in the MENA region and Its Associated Factors: A Multinational Cross-Sectional Study. *Brain Behav*. 18 de marzo de 2025;15(3):e70417. doi:10.1002/brb3.70417 PubMed PMID: 40103217; PubMed Central PMCID: PMC11919777.
43. Almahmeed MB, Almutawa MA, Naguib YM. The prevalence of and the effect of global stressors on eating disorders among medical students. *Front Psychol*. 4 de febrero de 2025;16:1507910. doi:10.3389/fpsyg.2025.1507910 PubMed PMID: 39968197; PubMed Central PMCID: PMC11832490.
44. Van CD, Duc DT, Thi HN, Thu HNT, Thi HH, Dieu LT, et al. Prevalence and risk factors of binge eating disorder among medical students: evidence from a cross-sectional study in Vietnam: 10.55131/jphd/2024/220312. *J Public Health Dev*. 9 de septiembre de 2024;22(3):144-53. doi:10.55131/jphd/2024/220312
45. Chandana A, Vinnakota A, Mopidevi V, Arpitha B, Sravani A, Tejesh M. Prevalence of orthorexia nervosa among medical students of South India. *Arch Ment Health*. junio de 2024;25(1):72. doi:10.4103/amh.amh_49_23
46. Túry F, Szabó P, Dukay-Szabó S, Szumska I, Simon D, Rathner G. Eating disorder characteristics among Hungarian medical students: Changes between 1989 and 2011. *J Behav Addict*. 27 de noviembre de 2020;9(4):1079-87. doi:10.1556/2006.2020.00078 PubMed PMID: 33245292; PubMed Central PMCID: PMC8969710.
47. Brumboiu MI, Cazacu I, Zunquin G, Manole F, Mogosan CI, Porrovecchio A, et al. Nutritional status and eating disorders among medical students from the Cluj-Napoca University centre. *Clujul Med*. octubre de 2018;91(4):414-21. doi:10.15386/cjmed-1018 PubMed PMID: 30564017; PubMed Central PMCID: PMC6296733.
48. Bede F, Cumber SN, Nkfusai CN, Venyuy MA, Ijang YP, Wepngong EN, et al. Dietary habits and nutritional status of medical school students: the case of three state universities in Cameroon. *Pan Afr Med J*. 23 de enero de 2020;35:15. doi:10.11604/pamj.2020.35.15.18818 PubMed PMID: 32341736; PubMed Central PMCID: PMC7174006.