

Universidad Europea De Valencia

Facultad De Ciencias De La Salud



TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Título

Anorexia nerviosa: retos y oportunidades en el ámbito de la nutrición

Autor:

Noelia Sevilla Matea

Tutor:

Alejandro Oncina Cánovas

Curso 2025 – 2026

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

D/D.^a NOELIA SEVILLA MATEA., con nº de expediente 21717503 estudiante de Máster en NUTRICIÓN CLÍNICA CONFIRMA que el Trabajo Fin de Máster titulado “ANOREXIA NERVIOSA: RETOS Y OPORTUNIDADES EN EL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN” 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:



22/05/2026

Noelia Sevilla Matea

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:

Rubro	Uso (sí/no)	Herramienta de IA	Descripción del apoyo prestado
Asistencia en la redacción	No	—	El contenido temático, el desarrollo de la discusión, la justificación y la redacción íntegra del texto han sido elaborados por el autor de forma propia.
Traducción al español	No	—	No se requirió traducción general, ya que la revisión de la literatura y la redacción original se realizaron directamente en español.
Traducción a otra lengua	Sí	ChatGPT / Gemini	Apoyo técnico en la traducción inversa del Resumen al inglés para asegurar la precisión terminológica y corrección gramatical del Abstract.
Revisión y corrección de estilo	Sí	Gemini / ChatGPT	Optimización de la fluidez verbal, corrección de erratas ortográficas puntuales y adecuación del estilo formal académico de los párrafos ya redactados.
Análisis de datos	No	—	El estudio corresponde a una revisión bibliográfica cualitativa narrativa, por lo que no se emplearon herramientas para el análisis estadístico de datos cuantitativos.
Búsqueda y organización de información	Sí	ChatGPT / Gemini	Soporte en la estructuración de la matriz de artículos seleccionados (17 estudios) y ordenamiento lógico de los hallazgos para su posterior plasmación en el Diagrama PRISMA.
Formateo de las referencias bibliográficas	Sí	ChatGPT	Asistencia técnica en la verificación del orden alfabético, estructura de metadatos y consistencia del formato según la normativa APA 7ª edición.
Generación de contenido multimedia	Sí	Herramienta de IA generativa visual	Soporte técnico para el diseño formal vectorizado y diagramación limpia del gráfico representativo de la Imagen 1 (ECG de

			paciente con hipopotasemia) basándose en el esquema original de Goldberger.
Otro	No	—	No se han realizado otros usos de herramientas automáticas.

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 DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	11
1.1.	Anorexia nerviosa.....	11
1.1.1	Definición y diagnóstico	11
1.1.2	Tipos de AN.....	12
1.1.3	Epidemiología	12
1.1.4	Relevancia clínica a nivel fisiológico y social	13
1.2	Tratamiento de la anorexia nerviosa.....	14
1.2.1	Evaluación.....	14
1.2.2	Manejo general.....	14
1.2.3.	Pronóstico y complicaciones.....	15
1.3	Abordaje de la AN a nivel nutricional.....	17
1.3.1	Enfoque multidisciplinar.....	17
1.3.2	Papel del tratamiento nutricional (El papel del dietista-nutricionista en el abordaje de la AN)	17
1.4	Justificación	18
1.5	Objetivos de desarrollo sostenible	19
2.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	20
2.1	Objetivos general y específicos.....	20
2.2	Hipótesis a investigar.....	20
3.	MATERIAL Y MÉTODOS	21
3.1	Diseño y tipo de estudio.....	21
3.2	Fuentes de datos	21
3.3	Estrategia de búsqueda.....	21
3.3.1	Descriptores.....	21
3.3.2	Estrategias de búsqueda	22
3.3.3	Proceso de selección.....	22
3.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	22
4.	RESULTADOS.....	23
4.1	Proceso de selección de estudios.....	23
4.2	Diagrama PRISMA.....	23
4.3	Análisis y síntesis de los artículos	24
4.3.1	Resultados principales de la evidencia	24
4.3.1.1	Importancia del tratamiento nutricional	24
4.3.1.2	Protocolos de realimentación	24
4.3.1.3	Abordaje multidisciplinar	24
4.3.1.4	Papel del dietista nutricionista	24
4.3.1.5	Nutrición enteral y casos graves.....	25

4.3.1.6	<i>.Complicaciones clínicas y monitorización</i>	25
4.3.1.7	<i>Factores socioculturales y personalización del tratamiento</i>	25
5.	<i>DISCUSIÓN</i>	29
5.1	<i>Estrategias de intervención nutricional actuales</i>	29
5.2	<i>Protocolos de realimentación</i>	29
5.3	<i>Educación nutricional</i>	30
5.4	<i>Manejo de la desnutrición</i>	31
5.5	<i>Barreras y retos en la práctica clínica</i>	31
5.5.1	<i>Barreras del paciente</i>	32
5.5.2	<i>Riesgos clínicos</i>	32
5.6	<i>Limitaciones del sistema sanitario</i>	33
5.7	<i>El papel del dietista-nutricionista (D-N) y el equipo multidisciplinar</i>	33
5.8	<i>Limitaciones y fortalezas</i>	34
6.	<i>CONCLUSIONES</i>	35
7.	<i>RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA EL ABORDAJE NUTRICIONAL EN LA AN</i>	37
7.1	<i>Implementación de Protocolos de Realimentación Dinámicos</i>	37
7.2	<i>Jerarquización de las Vías de Alimentación</i>	37
7.3	<i>Integración del Dietista-Nutricionista en el Equipo Terapéutico</i>	37
7.4	<i>Gestión del Ejercicio Físico y Gasto Energético</i>	38
7.5	<i>Educación Alimentaria y Prevención de Recaídas</i>	38
7.6	<i>Seguimiento Post-Alta y Cronicidad</i>	38
8.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	39

ÍNDICE DE TABLAS E IMÁGENES

TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la AN.....	11
Tabla 2. Criterios de ingreso hospitalario en pacientes con AN.....	15
Tabla 3. Complicaciones asociadas a la AN.....	16
Tabla 4: Términos en lenguaje controlado. MeSH utilizados.....	21
Tabla 5. Tabla de resultados con las características principales de los estudios incluidos en esta revisión.....	

IMÁGENES

Imagen 1: ECG de paciente con hipopotasemia.....	13
--	----

ÍNDICE	DE	SÍMBOLOS	Y	SIGLAS
--------	----	----------	---	--------

AN: Anorexia Nerviosa

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

NP: Nutrición Parenteral

IV: Intravenosa

SNG: Sonda Nasogástrica

NE: Nutrición Enteral

ECG: Electrocardiograma

D-N: Dietista-Nutricionista

IMC: Índice de Masa Corporal

GE: Gasto Energético

RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria de alta gravedad, caracterizado por una restricción extrema de la ingesta y una elevada tasa de mortalidad.

Objetivo: El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) tiene como objetivo principal analizar el papel de la nutrición en el abordaje integral de la AN, identificando los retos actuales y las oportunidades de mejora en la práctica clínica.

Metodología: Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa con una búsqueda estructurada en las bases de datos PubMed, Web of Science y Dialnet, seleccionando un total de 17 artículos publicados entre 2021 y 2026.

Resultados: Los resultados indican un cambio de paradigma hacia protocolos de realimentación más ambiciosos y seguros bajo monitorización, desplazando las estrategias excesivamente conservadoras para reducir la estancia hospitalaria. Se confirma que la restauración nutricional es el pilar indispensable para la recuperación cognitiva y el éxito del tratamiento psicológico. Asimismo, se destaca la figura del dietista-nutricionista como un agente clave dentro del equipo multidisciplinar, no solo en la planificación dietética, sino en la educación nutricional y la creación de una alianza terapéutica que favorezca la adherencia y prevenga recaídas.

Conclusión: Se concluye que la personalización del tratamiento y el abordaje multidisciplinar son fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Anorexia nerviosa; Tratamiento nutricional; Dietista-Nutricionista; Realimentación; Equipo multidisciplinar; Educación nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa (AN) is a severe eating disorder characterized by extreme intake restriction and a high mortality rate.

Aim: The main objective of this Master's Thesis is to analyze the role of nutrition in the comprehensive management of AN, identifying current challenges and opportunities for improvement in clinical practice.

Methods: To this end, a narrative literature review was conducted with a structured search in PubMed, Web of Science, and Dialnet databases, selecting 17 articles published between 2021 and 2026.

Results: The results indicate a paradigm shift towards more ambitious and safe refeeding protocols under monitoring, replacing overly conservative strategies to reduce hospital stays. Nutritional restoration is confirmed as the indispensable pillar for cognitive recovery and the success of psychological treatment. Likewise, the role of the registered dietitian-nutritionist is highlighted as a key agent within the multidisciplinary team, not only in dietary planning but also in nutritional education and the creation of a therapeutic alliance that promotes adherence and prevents relapse.

Conclusion: It is concluded that personalized treatment and a multidisciplinary approach are essential to improve the prognosis and quality of life of patients.

KEYWORDS: Anorexia nervosa; Nutritional treatment; Dietitian; Refeeding; Multidisciplinary team; Nutrition education.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Anorexia nerviosa

1.1.1 Definición y diagnóstico

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por la pérdida de peso o la falta de ganancia del mismo esperada durante el periodo de crecimiento originada/o por el propio enfermo, es decir, no está justificada por ninguna alteración física. La AN también se caracteriza por un miedo intenso por parte del paciente a ganar peso o a engordar, lo que se traduce en un comportamiento persistente en el que se incorporan diferentes métodos de control, como dietas restrictivas o hipocalóricas, vómitos tras ingesta (en algunos casos de AN), laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo u otros. Por último, también se da una alteración en la percepción de la imagen corporal y en las actitudes normales relacionadas con la comida y el peso (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, fecha de consulta: 2026). Todo ello hace que sea un importante problema y potencialmente mortal.

Los criterios diagnósticos definidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA) para la AN, se muestran en la siguiente tabla (**Tabla 1**). En este sentido, resulta relevante mencionar que en la última edición se eliminó la amenorrea como criterio obligatorio, ampliando así el espectro clínico de este trastorno.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la AN.

Fuente: elaboración propia, basado en: Harrington et al., 2015.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS AN (según DSM-5)		
Restricción de la ingesta de alimentos que produce un peso corporal significativamente bajo.	Temor a la ganancia excesiva de peso o a la obesidad (Específicamente declarado por el paciente o que se manifiesta en el comportamiento que interfiere con el aumento de peso).	Alteración de la imagen corporal (percepción errónea del peso corporal y/o negación de la gravedad de la enfermedad).
En los adultos, el bajo peso corporal se define utilizando el índice de masa corporal (IMC), que describiremos posteriormente en el punto 1.1.2.		
Para precisar el diagnóstico deberán haber: • Evaluación psiquiátrica • Pruebas de laboratorio y electrocardiografía		

1.1.2 Tipos de AN

Dentro de las características que definen este trastorno, algunas de ellas son más habituales en ciertos perfiles que en otros y por ello se han desarrollado dependiendo del tipo de conductas que predominan en el trastorno. Así pues, hablamos de:

Tipo restrictivo: si durante los últimos tres meses, el paciente no ha tenido atracones o acciones purgativas (como vómitos provocados, uso de laxantes, diuréticos o enemas...). Suelen ser casos en los que la pérdida de peso se consigue a través de dietas restrictivas, ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo compulsivo/purgativo: si durante los últimos tres meses, el paciente sí ha tenido atracones o acciones purgativas (descritas anteriormente).

Además, podemos saber su severidad según el IMC cuyos rangos provienen de la clasificación de la delgadez de la Organización Mundial de la Salud.

Siendo: Leve con un IMC ≥ 17 kg/m², Moderada con un IMC entre 16 y 16,99 kg/m², Severa con un IMC entre 15 y 15,99 kg/m² y Extrema con un IMC < 15 kg/m².

(Morales Allende & Galván Sánchez, 2021).

1.1.3 Epidemiología

Es importante decir que la AN afecta tanto a mujeres como a hombres de todas las edades en todo el mundo, saliendo del estigma de "jóvenes, occidentales y específico de mujeres" (van Eeden, van Hoeken, & Hoek, 2021). Sin embargo, a lo largo de los años se ha observado una mayor prevalencia en mujeres jóvenes y, de hecho, algunos autores apuntan que posiblemente es el trastorno mental que más mortalidad ocasiona (Espie J, 2015).

La incidencia de esta enfermedad aumentó de forma progresiva a lo largo del siglo XX hasta la década de 1970. No obstante, entre 1975 y 2024 no se ha observado un incremento significativo en la incidencia global. La principal excepción corresponde a las niñas de entre 10 y 14 años, grupo en el que sí se ha descrito un aumento relevante. En términos de prevalencia, se estima que la enfermedad afecta a menos del 1 % de la población mundial (Quian j et al. 2021).

Se ha estudiado que varios factores pueden contribuir al desarrollo de la AN, entre los que se encuentran los de carácter biológico (en los que se incluye la genética), psicológico (como aspectos afectivos o algunos rasgos de la personalidad, como el perfeccionismo y neuroticismo) y social (como la cultura de la dieta, el ideal o estereotipo de belleza o el estigma de la obesidad) (Neale & Hudson, 2020).

Es importante señalar que la cultura de la dieta ha normalizado el deseo de estar excesivamente delgado, para lo cual, el control estricto de la alimentación es un factor clave. Este contexto a su vez favorece una preocupación intensa por el peso y la imagen corporal, lo que, en algunos casos, supone la adhesión extrema a estos ideales conllevando un mayor riesgo de desarrollar AN. La presión social y la difusión de estándares de belleza poco realistas, por su parte, también incrementan significativamente este riesgo.

1.1.4 Relevancia clínica a nivel fisiológico y social

En cuanto al desarrollo de la enfermedad, podemos encontrar varios trastornos a nivel endocrino que aparecen en la AN en los que se incluyen: niveles disminuidos de hormonas gonadales, de tiroxina (T4) y triyodotironina (T3) y aumentados de cortisol.

En los pacientes gravemente desnutridos, puede estar afectado prácticamente cualquier aparato o sistema importante. En cambio, es relevante nombrar que no se vuelven inmunodeprimidos.

Puede haber deshidratación y alcalosis metabólica, y puede haber hipopotasemia e hiponatremia. También anemia y trombocitopenia debido a la supresión de la médula ósea. En lo que refiere al estado nutricional, puede aparecer un déficit de calcio y vit D (especialmente en situación de amenorrea) haciendo que aumente el riesgo de osteoporosis temprana (Moore & Bokor, 2023).

Por último, se ha de destacar un efecto importante a nivel cardiovascular: la bradicardia. Al disminuir la masa muscular, disminuye el tamaño de las cámaras y el volumen minuto del corazón, lo que hace que algunos pacientes tengan intervalos QT más prolongados en el electrocardiograma (ECG), favoreciendo el prolapso de la válvula mitral. Además, se pueden producir trastornos electrolíticos como la hipopotasemia, que causa depresión del segmento ST y la onda T y elevación de la onda U, provocando arritmias (Poudel et al., 2026).

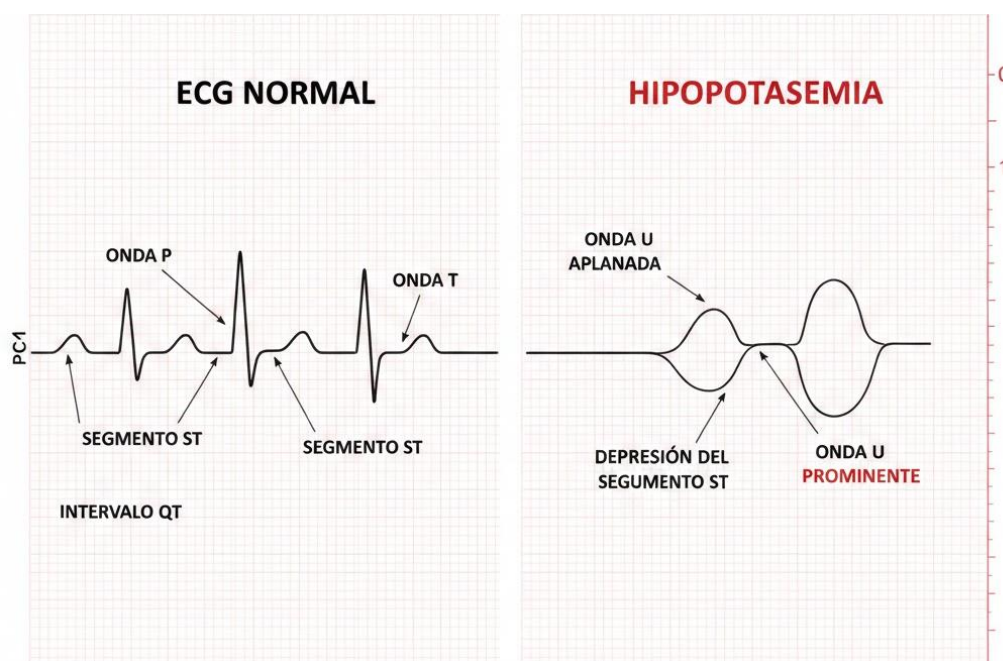


Imagen 1: ECG de paciente con hipopotasemia

Fuente: Goldberger, A. L. (2018) con uso de IA.

1.2 Tratamiento de la AN

1.2.1 Evaluación

En esta fase se realizará una historia clínica completa, que incluirá la revisión de antecedentes familiares y sociales, la medicación habitual y los antecedentes médicos y psiquiátricos, así como una exploración física detallada. Asimismo, se llevarán a cabo las siguientes evaluaciones complementarias:

- Pruebas de laboratorio básicas, que incluirán: perfil de coagulación, hemograma completo, perfil metabólico completo, determinación de 25-hidroxivitamina D, testosterona en varones, hormona estimulante de la tiroides y análisis de orina.
- Electrocardiograma, con el objetivo de evaluar la presencia de posibles arritmias. En los casos en los que el índice de masa corporal sea inferior a 10 kg/m², se indicarán estudios adicionales, como ecocardiograma en pacientes con sospecha de compromiso hemodinámico (disnea, soplos o síncope), o tomografía computarizada abdominal para descartar el síndrome de la arteria mesentérica superior (Moore & Bokor, 2023).

1.2.2 Manejo general

Para tratar esta enfermedad es necesaria la colaboración multidisciplinar, realizándose dicha colaboración en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales.

En primer lugar, se deberá restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable: El soporte nutricional podrá ir desde una dieta basal (si la persona afectada presenta normonutrición) o una dieta específica (si sufre alguna otra patología asociada) hasta la práctica de una nutricional artificial (enteral oral o parenteral IV) si existe una malnutrición energético-proteica grave. En el paciente ambulatorio, la realimentación habitual incluye seguir una dieta normal-basal. En el hospital de día, el tratamiento es más intensivo y prolongado que a nivel ambulatorio (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Este nivel incluye terapia intensiva (de 2 a 3 horas diarias) y hospitalización parcial (6 horas diarias). Inicialmente, no se utiliza farmacoterapia, sólo en el caso de aquellos pacientes con enfermedades agudas que no responden al tratamiento inicial (Gómez-Candela et al., 2018).

Cuando el tratamiento ambulatorio o de hospital de día es insuficiente, o el paciente presenta algún problema agudo, está indicado el ingreso hospitalario. En la siguiente tabla (**Tabla 2**) se muestran los criterios que se deben de cumplir para llevar a cabo el ingreso hospitalario del paciente.

Tabla 2. Criterios de ingreso hospitalario en pacientes con AN.

Fuente: elaboración propia, basado en: (Gómez-Candela et al., 2018).

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Trastornos psiquiátricos existentes que requieren hospitalización
- Alto riesgo de suicidio (intención con plan altamente letal o intento fallido)
- Falta de un sistema de apoyo (conflicto familiar grave o falta de vivienda)
- Acceso limitado (vive demasiado lejos para participar en un programa de tratamiento diario)
- Médicamente inestable (bradicardia, deshidratación, hipoglucemia o diabetes mal controlada, hipocalcemia u otros desequilibrios electrolíticos indicativos de síndrome de realimentación, hipotermia, hipotensión...)
- Falta de motivación para recuperarse
- Conductas de purga persistentes, graves y durante varias veces al día
- Anorexia nerviosa grave (menos del 70% del peso corporal ideal o pérdida de peso aguda con rechazo a la comida)
- Si requiere alimentación supervisada y/o alimentación especializada (SNG)
- Incapacidad para dejar de hacer ejercicio compulsivamente

En segundo lugar, se deberán tratar las complicaciones físicas (anemia, afecciones cardíacas, pérdida ósea, alteraciones endocrinometabólicas...); y en tercer lugar, será importante realizar educación alimentaria y nutricional. Así pues, se trata de dar recomendaciones generales sobre la dieta equilibrada en proporción, variedad y frecuencia de alimentos o más específicas según el tipo de TCA. Todo ello siempre promoviendo la cooperación del paciente en el tratamiento.

Finalmente, en cuarto lugar, será necesario modificar y/o mejorar las disfunciones previas o adquiridas debido al trastorno (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas), así como aumentar el peso, reducir o eliminar los atracones y las purgas o la depresión. Para ello deberán de combinarse diferentes tratamientos: Terapias psicológicas, farmacológicas o la combinación de ambas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

1.2.3. Pronóstico y complicaciones

La recuperación de la AN varía. Tres cuartas partes de los pacientes tratados ambulatoriamente remiten en un plazo de 5 años y el mismo porcentaje obtiene resultados intermedios-buenos (incluido el aumento de peso). La recaída es más frecuente en pacientes mayores con una mayor duración de la enfermedad o con menor grasa/peso corporal al final del tratamiento, con trastornos psiquiátricos comórbidos o que reciben terapia fuera de una clínica especializada. Los pacientes que logran una remisión parcial a menudo desarrollan otro tipo de trastorno alimentario (Gómez-Candela et al., 2018).

La mortalidad de esta enfermedad es 5,85 veces mayor que la mortalidad de la población en general debido a las complicaciones orgánicas asociadas a la restricción alimentaria. Es interesante comentar que a pesar de que los orígenes del trastorno se encuentren en la infancia, la incidencia se manifiesta en la adolescencia, al menos el 15-25 % de casos (Herpertz-Dahlmann, 2021). En la siguiente tabla (**Tabla 3**) se muestran las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Tabla 3. Complicaciones asociadas a la AN.

Fuente: elaboración propia, basado en: (Gómez-Candela et al., 2018).

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA AN

Ámbito	Complicaciones
Cardiovascular	Bradicardia, miocardiopatía dilatada, arritmias inducidas por electrolitos, hipotensión, prolapso de la válvula mitral, derrame pericárdico.
Metabolismo	Retraso del crecimiento, hipotermia, bajo índice de masa corporal (IMC), pérdida de masa muscular.
Dermatológico	Carotenodermia, lanugo, xerosis
Endocrino	Hipogonadismo hipotalámico, osteoporosis
Gastrointestinal	Estreñimiento (abuso de laxantes), gastroparesia
Hematológico	Citopenias (incluida anemia normocítica), hipoplasia/aplasia de la médula ósea
Neurológico	Atrofia cerebral, neuropatía periférica (deficiencias minerales y vitamínicas)
Obstétrico	Complicaciones prenatales y posnatales
Psiquiátrico	Depresión, alteración de la concentración, insomnio, irritabilidad.
Renal y electrolitos	Acidosis o alcalosis metabólica hipocalémica (abuso de laxantes o diuréticos, resp.), insuficiencia renal prerrenal, síndrome de realimentación.

1.3 Abordaje de la AN a nivel nutricional

1.3.3 Enfoque multidisciplinar

Como se ha ido describiendo en apartados anteriores, es fundamental una colaboración de carácter multidisciplinar para el abordaje de la AN, mejorando los resultados del tratamiento y la satisfacción del paciente y del profesional clínico. La realización de un tratamiento dietético combinado con el psicológico/psiquiátrico puede ser una gran estrategia para mejorar los resultados (Bray et al., 2023).

En los grupos de abordaje, los profesionales que resultan imprescindibles son los psicólogos, para el tratamiento psico-terapéutico; los psiquiatras para complementar con el tratamiento psicofarmacológico y su seguimiento; y el personal sanitario del área de endocrinología y nutrición para el abordaje nutricional, así como el control, tratamiento y monitorización de las posibles complicaciones que pueden surgir. Otros importantes apoyos en las diferentes áreas de salud, serán el personal de enfermería, sobretodo aquellos especializados en Salud Mental, los auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, otros especialistas que puedan abordar los problemas fisiopatológicos que conlleva la enfermedad e incluso profesores, que se pueden encontrar en algunas unidades de hospitalización especializadas en conductas alimentarias (Sirvent Segovia, 2024).

1.3.4 Papel del tratamiento nutricional (El papel del dietista-nutricionista en el abordaje de la AN)

En un paciente con estado de desnutrición, el abordaje psicológico será más difícil o prácticamente imposible porque al quedar también afectado a nivel neuronal, no podrá focalizar sus pensamientos en los problemas y en las soluciones relacionados con su enfermedad. Por esta razón, la nutrición es el primer aspecto a tratar y de carácter fundamental (Clemente-Suárez et al., 2023).

Así pues, el papel del dietista es identificar, planificar e implementar intervenciones nutricionales apropiadas, con el propósito de modificar el estado de salud, los comportamientos, el conocimiento, y las actitudes relacionadas con la nutrición, para lograr la recuperación física, psicológica y nutricional, así como apoyar los comportamientos y actitudes para sustentar mejor el bienestar de una persona (CODiNuCoVa, fecha de consulta: 2026).

En el contexto de la AN, la labor del nutricionista se ve complicada por las conductas restrictivas, el miedo intenso a alimentos determinados y las distorsiones a nivel cognitivo relacionadas con la comida y el peso corporal. El principal objetivo es restaurar el peso corporal y más adelante es tratar todas las complicaciones físicas no agudas, educar al paciente sobre hábitos alimenticios saludables, cambiar cualquier otro trastorno relacionado con la enfermedad (como purga o atracones), manejar su ansiedad y su sensación de hambre y prevenir cualquier recaída. Para ello se realizará un diagnóstico diferencial con otros trastornos y se establecerá el tratamiento nutricional más adecuado, evaluando otros factores como la hospitalización, otros tipos de nutrición y el historial de peso familiar, la tasa de crecimiento y desarrollo del paciente, la evolución ponderal, el sexo o la edad (Clemente-Suárez et al., 2023).

También es importante mencionar que se trata de un proceso de evaluación continua, por lo que se irá monitorizando el progreso tras el buen diagnóstico. Además, también se evaluarán otras condiciones que pueden surgir durante la recuperación, como el síndrome de realimentación, la diabetes mellitus, algunas alergias o intolerancias alimentarias, así como condiciones gastrointestinales u osteoporosis (Jeffrey & Heruc, 2020).

La educación nutricional es de vital importancia para el tratamiento de la AN, ya que tiene como fin cambiar las conductas establecidas por otras de carácter más saludable. Así pues, también permitirá que los pacientes desarrollen habilidades para poder elegir por ellos mismos y mantener una buena actitud, mejorando su conducta y su relación con la comida, previniendo así posibles recaídas futuras. A través del tratamiento y la educación nutricional se van descubriendo los pensamientos y los comportamientos que le dan fuerza a las conductas de los trastornos alimentarios, siendo esencial el diálogo abierto sobre los alimentos (Robertson & Davies, 2024; Brennan et al., 2025).

1.4 Justificación

La AN es un trastorno de la conducta alimentaria de alta gravedad, con importantes consecuencias a nivel físico, psicológico y social, y con una de las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos mentales, tal y como se ha descrito anteriormente. A pesar de su baja prevalencia en la población general, su impacto clínico y su complejidad terapéutica hacen que sea una patología de gran relevancia en el ámbito sanitario.

La desnutrición asociada a la AN afecta de forma significativa al funcionamiento del organismo y condiciona el curso de la enfermedad, dificultando tanto la recuperación física como la intervención psicológica. En este contexto, el tratamiento nutricional es uno de los pilares fundamentales del abordaje terapéutico, siendo imprescindible para la restauración del estado nutricional, la prevención de complicaciones y la mejora del pronóstico.

Sin embargo, podemos encontrar muchos retos en la intervención nutricional, como la resistencia al tratamiento, el miedo a la ganancia de peso, la presencia de conductas compensatorias o el riesgo de síndrome de realimentación. Todo ello requiere una actuación especializada, individualizada y coordinada dentro de un equipo multidisciplinar, en el que el dietista-nutricionista desempeña un papel clave.

Por ello, este trabajo se centra en profundizar en el papel de la nutrición en el abordaje de la AN, analizando los principales retos y oportunidades en la práctica clínica. La revisión pretende contribuir a una mejor comprensión de la importancia del tratamiento nutricional y a la puesta en valor del dietista-nutricionista como figura esencial para favorecer la recuperación y prevenir recaídas.

1.5 Objetivos de desarrollo sostenible

El trabajo realizado se encuentra alineado con varios **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, especialmente en aquellos relacionados con la salud, el bienestar y la reducción de desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

El número 3. Salud y bienestar: porque busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. El abordaje de la AN desde una perspectiva nutricional y multidisciplinar contribuye directamente a la prevención de complicaciones graves, la reducción de la mortalidad asociada a los trastornos mentales y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El número 4, Educación de calidad: ya que la educación nutricional es una herramienta fundamental en el tratamiento de la AN. Así pues, este trabajo fomenta la adquisición de conocimientos y habilidades que permiten a los pacientes mejorar su relación con la alimentación, tomar decisiones informadas y mantener hábitos saludables a largo plazo.

El número 10, Reducción de las desigualdades: actualmente no se dispone del mismo acceso a recursos especializados en salud mental y nutrición, por lo que puede condicionar el pronóstico de los pacientes con la enfermedad. En esta revisión destacamos la importancia del abordaje multidisciplinar accesible en todos los niveles asistenciales, promoviendo una atención más equitativa y continua.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos general y específicos

Objetivo general:

Conocer el papel de la nutrición en el abordaje de la AN, detectando los principales retos y oportunidades en la intervención nutricional para favorecer la recuperación y el pronóstico, así como evitar recaídas de los pacientes afectados.

Objetivos específicos:

- Analizar la AN desde una perspectiva fisiológica, epidemiológica, psicológica y nutricional.
- Identificar las estrategias de intervención nutricional y las barreras existentes para su aplicación en la práctica clínica en los distintos niveles asistenciales.
- Explorar el papel del dietista-nutricionista dentro del equipo multidisciplinar, así como oportunidades de mejora e innovación en la práctica nutricional basada en la evidencia científica.

2.2 Pregunta de investigación:

¿Cómo se pueden abordar eficazmente los desafíos del tratamiento nutricional en la AN y qué estrategias pueden ser oportunidades para mejorar la recuperación nutricional y la continuidad del tratamiento?

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño y tipo de estudio

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con una búsqueda estructurada, cuyo objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre el papel de la nutrición en el abordaje de la AN, así como los principales retos y oportunidades en la intervención nutricional y el papel del dietista-nutricionista en el tratamiento.

3.2 Fuentes de datos

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las siguientes bases de datos electrónicas:

8. PubMed/MEDLINE

9. Web of Science

10. Dialnet

La búsqueda se realizó el día 16 de febrero de 2026. Además, se consultaron documentos de organismos oficiales, guías clínicas y publicaciones relevantes para complementar la información científica cuando fue necesario.

3.3 Estrategia de búsqueda

3.3.1 Descriptores

La estrategia de búsqueda se desarrolló utilizando palabras clave relacionadas con el tema de estudio, así como descriptores Medical Subject Headings (MeSH). (**Tabla 4**). Los términos se combinaron mediante el uso de los operadores booleanos AND y OR para acotar los resultados.

Tabla 4: Términos en lenguaje controlado. MeSH utilizados

Fuente: elaboración propia

Términos DeCS y MeSH	
Término en inglés	Traducción al español
Anorexia nervosa	Anorexia nerviosa
Eating disorders	Trastornos de la conducta alimentaria
Nutrition therapy	Terapia nutricional
Nutritional treatment	Tratamiento nutricional
Nutritional rehabilitation	Rehabilitación nutricional
Dietitian	Dietista / dietista-nutricionista
Multidisciplinary treatment	Tratamiento multidisciplinar

3.3.2 Estrategias de búsqueda

Para elaborar la estrategia de búsqueda se combinaron diferentes términos MeSH y/o DeCS utilizando los operadores booleanos AND y OR, obteniendo la siguiente estrategia de búsqueda general:

-Pubmed/Medline:

(((((Anorexia Nervosa[Title/Abstract]) OR (Eating Disorders[Title/Abstract])) OR ("Anorexia Nervosa"[Mesh])) OR ("Eating Disorders"[Mesh])) AND (((((((Nutrition Therapy[Title/Abstract]) OR (Nutritional treatment[Title/Abstract])) OR (Nutritional rehabilitation[Title/Abstract])) OR (Dietitians[Title/Abstract])) OR (Multidisciplinary treatment[Title/Abstract])) OR ("Nutrition Therapy"[Mesh])) OR ("Diet Therapy"[Mesh])) OR ("Nutritionists"[Mesh]))

-Web of science:

TS=("anorexia nervosa" OR "eating disorders") AND TS=("nutrition therapy" OR "nutritional treatment" OR "nutritional rehabilitation" OR "dietitian*" OR "multidisciplinary treatment")

-Dialnet (Búsqueda en Español):

(anorexia nervosa OR "trastornos de la conducta alimentaria") AND ("terapia nutricional" OR "tratamiento nutricional" OR "rehabilitación nutricional" OR dietista OR "tratamiento multidisciplinar")

3.3.3 Proceso de selección

La selección de los artículos se realizó en varias fases: En primer lugar, se llevó a cabo una lectura del título y del resumen para valorar su relevancia, posteriormente, se revisaron a texto completo aquellos artículos potencialmente elegibles y finalmente, se seleccionaron los estudios que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

El proceso de identificación, cribado y selección de artículos se representa más abajo mediante un diagrama de flujo basado en la metodología PRISMA.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

-Artículos originales, revisiones sistemáticas o revisiones narrativas.

-Estudios publicados en inglés o español.

-Artículos publicados en los últimos 5 años (2021-2026).

-Estudios que abordaran específicamente el tratamiento nutricional, el papel del dietista-nutricionista o el abordaje multidisciplinar en la AN.

-Estudios realizados en población humana.

- Criterios de exclusión

-Artículos publicados antes del año 2021.

-Cartas al editor, editoriales o artículos de opinión sin base científica.

-Estudios realizados exclusivamente en animales o en condiciones experimentales de laboratorio.

-Artículos que no abordaban el tratamiento nutricional o el abordaje clínico de la AN.

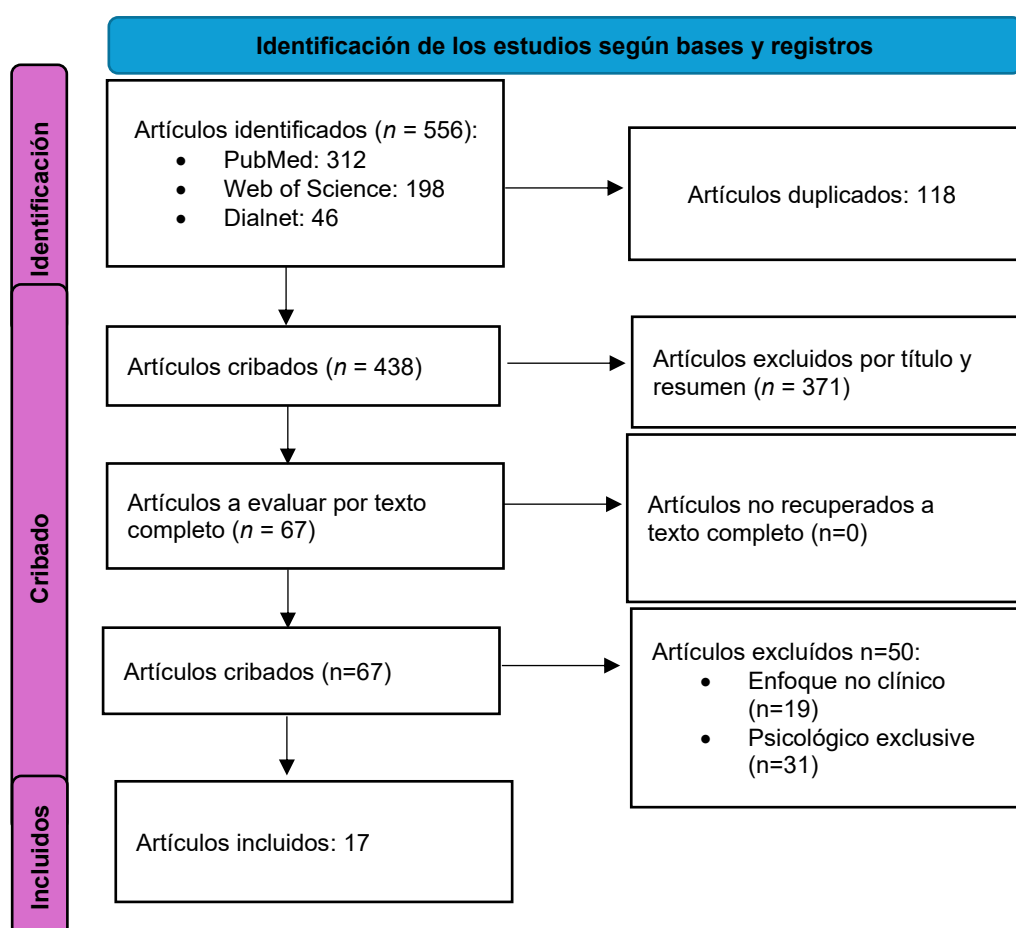
4. RESULTADOS

4.1 Proceso de selección de estudios

Tras aplicar las estrategias de búsqueda descritas se identificaron 556 resultados. Se eliminaron 118 trabajos por duplicación, quedando 438 para el proceso cribado. Tras la lectura de título y resumen, se excluyeron 371 artículos por no cumplir criterios de inclusión establecidos, principalmente por abordar otros TCAs, por centrarse sólo en aspectos psicológicos o fisiológicos sin intervención nutricional o por tratarse de estudios en población no humana. Así pues, quedaron 67 artículos para la lectura a texto completo y se excluyeron 50 debido a que no analizaban específicamente intervenciones nutricionales, ya que tenían un enfoque teórico sin datos clínicos relevantes o aplicables.

Finalmente, se incluyeron 17 estudios que cumplían los criterios de inclusión y exclusión para la síntesis final de la revisión. (Proceso representado en el **diagrama del punto 4.2**).

4.2 Diagrama PRISMA



4.3 Análisis y síntesis de los artículos

Los estudios incluidos tienen variedad metodológica, predominando las revisiones sistemáticas y narrativas, seguidas de estudios clínicos y cualitativos. En conjunto, estos trabajos permiten obtener una visión más amplia sobre el papel de la nutrición en el abordaje de la AN, así como sobre las principales estrategias de intervención y el rol del dietista-nutricionista. En la **Tabla 5** se resumen las características principales de los estudios incluidos, incluyendo el tipo de diseño, tamaño muestral, objetivo, tipo de intervención y principales hallazgos.

4.3.1 Resultados principales de la evidencia

4.3.1.1 Importancia del tratamiento nutricional

La mayoría de los estudios coinciden en la restauración del estado nutricional como pilar fundamental para el tratamiento de la AN. Así, revisiones clínicas como las de Moore and Bokor (2023) y Clemente-Suárez et al. (2023) destacan que la intervención nutricional debe iniciarse lo más inmediato posible, ya que la desnutrición compromete tanto la recuperación física como psicológica.

4.3.1.2 Protocolos de realimentación

Varios estudios analizan los protocolos de realimentación en pacientes con AN, así pues, la evidencia actual sugiere que los enfoques tradicionales, basados en incrementos calóricos progresivos y conservadores, están siendo reemplazados por estrategias más agresivas. La revisión sistemática de Garber et al. (2021) y los trabajos de Golden et al. (2022) concluyen que los protocolos de realimentación con mayor aporte calórico inicial son seguros, siempre y cuando exista una adecuada monitorización clínica, permitiendo una recuperación más rápida y reduciendo la duración de la hospitalización.

4.3.1.3 Abordaje multidisciplinar

Este punto aparece en todo el estudio de Bray et al. (2023), que evidencia que la combinación de intervención dietética y psicológica mejora significativamente tanto el peso corporal como la adherencia al tratamiento. Además, revisiones como la de Treasure et al. (2022) destacan que la coordinación entre profesionales permite abordar de manera integral todas las dimensiones del trastorno, mejorando el pronóstico.

4.3.1.4 Papel del dietista nutricionista

El papel del dietista-nutricionista se identifica como fundamental dentro del equipo multidisciplinar. Estudios cualitativos como los de Robertson and Davies (2024) y Brennan et al. (2025) destacan que la relación terapéutica con el paciente y la educación nutricional son dos factores determinantes en la recuperación. Así pues, revisiones como la de Heruc et al. (2022) subrayan que el dietista no sólo participa en la planificación dietética, sino también en la modificación de conductas alimentarias y en la prevención de recaídas.

4.3.1.5 Nutrición enteral y casos graves

En situaciones de desnutrición severa, algunos estudios analizan el uso de nutrición enteral como estrategia terapéutica. La scoping review de Dhopatkar et al. (2024) concluye que la nutrición enteral mediante SNG es una herramienta eficaz y segura en pacientes con ingesta insuficiente o riesgo clínico elevado.

4.3.1.6 Complicaciones clínicas y monitorización

Los estudios también destacan la importancia de la monitorización médica durante el tratamiento. Poudel et al. (2026) evidencian la presencia frecuente de alteraciones cardiovasculares, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento clínico estrecho.

4.3.1.7 Factores socioculturales y personalización del tratamiento

Por último, algunos estudios también destacan la influencia de factores socioculturales en el desarrollo y mantenimiento de la AN, así como la necesidad de adaptar las intervenciones a las características individuales del paciente. Así pues, Rodgers et al. (2025) señalan que las intervenciones nutricionales personalizadas mejoran los resultados clínicos.

Tabla 5. Tabla de resultados con las características principales de los estudios incluidos en esta revisión.

Autor/a y país (año)	Tipo de estudio y muestra	Objetivo del estudio	Resultados principales
Qian et al. – China (2021)	Revisión sistemática y metaanálisis (n=94 estudios)	Actualizar los datos de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo la AN, en la población general y analizar su distribución temporal, geográfica y por sexo.	La prevalencia de AN en población general se situó en torno al 0,16% (IC95%: 0,06–0,31). Se observó una clara predominancia femenina y un elevado impacto clínico y funcional pese a la baja prevalencia absoluta.
Garber et al. – EEUU/Australia (2021)	Revisión sistemática (n=20 estudios)	Evaluar la seguridad y eficacia de protocolos de realimentación con mayor aporte calórico inicial en pacientes con AN.	Los protocolos de realimentación más intensivos permitieron acelerar la recuperación ponderal y reducir la estancia hospitalaria sin aumentar significativamente el riesgo de síndrome de

			realimentación cuando existía monitorización clínica adecuada.
van Eeden et al. – Países Bajos (2021)	Revisión epidemiológica	Analizar incidencia, prevalencia y mortalidad de la AN y la bulimia nerviosa a nivel internacional.	La mortalidad asociada a la AN fue 5,85 veces superior a la población general. Además, se observó una mayor incidencia en niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años.
Herpertz-Dahlmann – Alemania (2021)	Revisión clínica	Revisar las estrategias terapéuticas intensivas en adolescentes con AN.	Entre el 15–25% de los casos se manifiestan durante la adolescencia. La intervención precoz mejora significativamente el pronóstico clínico y psicológico.
Moore & Bokor – EEUU (2023)	Revisión clínica	Describir las principales complicaciones clínicas y el manejo hospitalario de la AN.	Se destaca la necesidad de monitorización cardiovascular y estudios adicionales cuando el IMC es inferior a 10 kg/m ² debido al riesgo hemodinámico y de arritmias.
Clemente-Suárez et al. – España (2023)	Revisión narrativa	Analizar el impacto fisiológico de la AN y las intervenciones no farmacológicas disponibles.	La restauración nutricional se identificó como condición indispensable para la recuperación cognitiva y psicológica del paciente.
Golden et al. – EEUU (2022)	Revisión clínica	Evaluar los protocolos contemporáneos de rehabilitación nutricional en AN.	La rehabilitación nutricional intensiva permitió una recuperación ponderal más rápida frente a los modelos conservadores tradicionales.

Treasure et al. – Reino Unido (2022)	Revisión clínica	Revisar el abordaje multidisciplinar en AN y su impacto terapéutico.	La coordinación entre nutrición, psiquiatría y psicología mejora la adherencia terapéutica y el pronóstico global del paciente.
Bray et al. – Australia (2023)	Estudio clínico observacional (n=120 pacientes)	Evaluar un modelo colaborativo entre dietistas y psicólogos en adultos con AN.	Se observó un incremento significativo del peso corporal y una mejora de la adherencia terapéutica mediante el trabajo interdisciplinar.
Robertson & Davies – Reino Unido (2024)	Estudio cualitativo (n=20 pacientes)	Explorar la relación terapéutica entre dietistas y pacientes con TCA.	Los pacientes identificaron la empatía, la educación nutricional y el diálogo abierto como factores clave para la recuperación.
Brennan et al. – Reino Unido (2025)	Estudio cualitativo (n=15 profesionales)	Analizar el papel del dietista en programas terapéuticos para adolescentes con AN.	El dietista fue identificado como figura central para modificar conductas alimentarias y mejorar la adherencia al tratamiento.
Dhopatkar et al. – Internacional (2024)	Scoping review	Revisar la evidencia disponible sobre nutrición enteral mediante SNG en AN.	La nutrición enteral fue eficaz y segura en pacientes con desnutrición grave o rechazo de la ingesta oral.
Heruc et al. – Australia (2022)	Revisión clínica	Analizar las competencias y funciones del dietista-nutricionista en TCA.	El dietista actúa como agente de cambio conductual y desempeña un papel importante en la prevención de recaídas mediante educación nutricional.
Poudel et al. – Internacional (2026)	Revisión clínica	Analizar las principales consecuencias	Las alteraciones cardíacas, especialmente la bradicardia y el

		cardiovasculares asociadas a la AN.	alargamiento del QT, constituyen algunas de las complicaciones más graves y potencialmente letales.
Rodgers et al. – Internacional (2025)	Revisión clínica	Analizar la influencia de factores socioculturales y la personalización terapéutica en AN.	Las intervenciones nutricionales personalizadas mejoraron la adherencia y los resultados clínicos frente a modelos estandarizados.
Jeffrey & Heruc – Australia (2020)	Revisión de guías clínicas	Revisar el manejo nutricional y la monitorización de comorbilidades durante el tratamiento de TCA.	Se destacó la importancia de la evaluación continua de comorbilidades como diabetes, alergias alimentarias y alteraciones gastrointestinales durante la realimentación.
Sirvent Segovia – España (2024)	Revisión narrativa	Revisar la organización multidisciplinar de las unidades especializadas en TCA.	La integración de enfermería, terapeutas ocupacionales y nutricionistas optimiza el entorno terapéutico y mejora el seguimiento clínico.

5. DISCUSIÓN

5.1 Estrategias de intervención nutricional actuales

Los resultados de esta revisión nos muestran que la intervención nutricional en la AN ha evolucionado desde un enfoque cerrado solamente en la recuperación ponderal hacia un modelo más complejo y multidisciplinar, donde la nutrición se entiende como una herramienta terapéutica más uniendo los factores físicos con los psicológicos. Así pues, la evidencia sugiere que la restauración del estado nutricional es una condición plenamente necesaria previa a la recuperación cognitiva, ya que la desnutrición afecta directamente a funciones como la atención, la toma de decisiones y la regulación hormonal (Clemente-Suárez et al., 2023; Moore & Bokor, 2023).

A nivel clínico, esto implica que el dietista-nutricionista no sólo debe diseñar un plan dietético, sino que debe intervenir de forma activa en la modificación de patrones conductuales asociados a la ingesta. Así, una de las estrategias más utilizadas en la práctica es la estructuración rígida de la alimentación en fases iniciales del tratamiento. Este enfoque se basa en la reducción de la carga cognitiva del paciente, evitando que tenga que decidir qué, cuándo o cuánto comer, lo cual suele ser un desencadenante de ansiedad.

Por ejemplo, en pacientes ambulatorios con desnutrición moderada (IMC entre 16–18 kg/m²), se emplean menús cerrados con distribución fija (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y recena), asegurando un aporte energético suficiente y constante. Este tipo de intervención permite romper con patrones restrictivos y normalizar progresivamente la conducta alimentaria.

Además, según la literatura revisada es muy importante la individualización del tratamiento, lo que, como decimos anteriormente, en la práctica clínica implica adaptar la estrategia no solo al estado nutricional, sino también al perfil psicopatológico del paciente. En pacientes con anorexia restrictiva, el foco suele ponerse en la progresión calórica estructurada, mientras que en pacientes con subtipo purgativo se requiere integrar estrategias dirigidas al control de conductas compensatorias, como la regulación del patrón de ingesta para evitar episodios de atracón-purga.

Este enfoque personalizado coincide con lo descrito por Rodgers et al. (2025), quienes destacan que las intervenciones adaptadas a las características individuales mejoran tanto la adherencia como los resultados clínicos, lo que crea la necesidad de cambiar los modelos estandarizados por estrategias más flexibles y personalizadas.

5.2 Protocolos de realimentación

Uno de los aspectos más relevantes identificados en esta revisión es el cambio en los protocolos de realimentación, que refleja una evolución significativa en la práctica clínica. Tradicionalmente, el temor al síndrome de realimentación llevó a la adopción de enfoques conservadores, caracterizados por un inicio con bajo aporte calórico y aumentos progresivos muy lentos. Sin

embargo, la evidencia reciente cuestiona esta estrategia, mostrando que puede prolongar la desnutrición y retrasar la recuperación (Garber et al., 2021).

En este contexto, estudios como los de Garber et al. (2021), mencionado anteriormente, y Golden y Meyer (2022) proponen protocolos más intensivos, que comienzan con aportes calóricos más elevados (1500–2000 kcal/día) y progresan de forma más rápida. Estos enfoques han demostrado ser seguros cuando se acompañan de una monitorización adecuada, y presentan ventajas claras como una mayor velocidad de recuperación ponderal y una reducción de la duración de la hospitalización.

En la práctica clínica, este cambio se traduce en una toma de decisiones más activa por parte del equipo sanitario. Por ejemplo, en un paciente hospitalizado con IMC < 16 kg/m², el dietista puede iniciar una pauta de 1800 kcal/día, combinada con suplementos nutricionales orales, y aumentar progresivamente la ingesta cada 48–72 horas según la evolución clínica.

No obstante, este enfoque exige una monitorización estricta, especialmente durante la primera semana, incluyendo controles de electrolitos (fósforo, potasio y magnesio) y evaluación de signos clínicos como edema o alteraciones cardiovasculares. En este sentido, la evidencia no elimina el riesgo de síndrome de realimentación, sino que propone una gestión más activa del mismo.

Por tanto, la práctica clínica actual se orienta hacia un modelo intermedio, donde se busca maximizar la eficacia sin comprometer la seguridad, lo que requiere experiencia clínica y coordinación interdisciplinar.

5.3 Educación nutricional

La educación nutricional, era tradicionalmente considerada una intervención complementaria y ahora adquiere en la actualidad un papel central como estrategia terapéutica. Los estudios cualitativos incluidos en esta revisión destacan que su eficacia no depende únicamente del contenido, sino del contexto en el que se aplica, especialmente de la calidad de la relación terapéutica (Robertson & Davies, 2024; Brennan et al., 2025).

En la práctica clínica, esto implica que la educación nutricional debe orientarse a la modificación de creencias disfuncionales profundamente arraigadas, más que a la transmisión de información. Por ejemplo, muchos pacientes presentan ideas distorsionadas sobre los alimentos (como la demonización de los hidratos de carbono o las grasas), que requieren un abordaje progresivo y estructurado.

Una estrategia ampliamente utilizada es la exposición gradual a alimentos temidos, organizada de forma jerárquica. Este enfoque permite reducir la ansiedad asociada a determinados alimentos y favorecer su reintroducción en la dieta habitual. Por ejemplo, en un paciente con miedo a las grasas, se puede comenzar con pequeñas cantidades de aceite, progresar hacia frutos secos y finalmente incluir alimentos más complejos como el aguacate.

Asimismo, el uso de registros alimentarios con componente emocional permite identificar patrones de pensamiento asociados a la ingesta, facilitando su posterior abordaje. Estas estrategias sitúan al dietista-nutricionista en un rol cercano al terapéutico, lo que refuerza su integración dentro del equipo multidisciplinar.

5.4 Manejo de la desnutrición

El manejo de la desnutrición en la AN es uno de los mayores retos clínicos, especialmente en los casos de mayor gravedad. La evidencia revisada indica que, aunque la vía oral es la primera opción, existen situaciones en las que resulta insuficiente o inviable, siendo necesario recurrir a la nutrición enteral (Dhopatkar et al., 2024).

En la práctica clínica, la indicación de nutrición enteral mediante sonda nasogástrica suele reservarse para pacientes con desnutrición severa ($\text{IMC} < 14\text{--}15 \text{ kg/m}^2$), ingesta muy limitada o rechazo activo a la alimentación. En estos casos, se emplea frecuentemente una estrategia combinada, en la que la nutrición enteral se administra durante la noche, mientras que durante el día se fomenta la ingesta oral supervisada.

Este enfoque tiene varias ventajas: garantiza el aporte energético necesario, reduce la confrontación directa con el paciente y facilita una transición progresiva hacia la alimentación oral. Sin embargo, también plantea desafíos importantes, especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que puede ser percibido como una intervención forzosa para el paciente.

Por ello, su implementación debe ir acompañada de un abordaje comunicativo adecuado y de apoyo psicológico, reforzando la idea de que se trata de una medida terapéutica necesaria y temporal.

5.5 Barreras y retos en la práctica clínica

A pesar de los avances en la evidencia científica, la aplicación de estas estrategias en la práctica clínica sigue enfrentándose a múltiples dificultades. Una de las principales barreras es la falta de estandarización en los protocolos, lo que genera variabilidad entre centros y profesionales.

Además, la implementación de protocolos intensivos de realimentación requiere recursos que no siempre están disponibles, como monitorización frecuente o equipos especializados. Esto resulta especialmente evidente en entornos ambulatorios o en sistemas sanitarios con limitaciones estructurales.

Tal y como señalan Treasure et al. (2022), la complejidad de la AN dificulta la aplicación de modelos rígidos, lo que obliga a los profesionales a adaptar continuamente las intervenciones a cada contexto.

5.5.1 Barreras del paciente

Uno de los principales retos en el abordaje de la AN reside en las barreras propias del paciente, que condicionan de forma significativa la adherencia al tratamiento y su evolución clínica. Entre ellas, destaca la resistencia al cambio, estrechamente relacionada con el miedo intenso a la ganancia de peso y la distorsión de la imagen corporal, lo que dificulta la aceptación de las intervenciones nutricionales incluso en situaciones de riesgo médico (Treasure et al., 2022).

Asimismo, la rigidez cognitiva y los patrones de pensamiento disfuncionales característicos de estos pacientes limitan la capacidad de adaptación a nuevas pautas alimentarias. Esta rigidez se ve agravada por el estado de desnutrición, que afecta a funciones cognitivas como la toma de decisiones, la flexibilidad mental y la regulación emocional (Clemente-Suárez et al., 2023). En consecuencia, el paciente puede mostrar una elevada ambivalencia hacia la recuperación, alternando entre el deseo de mejorar y la necesidad de mantener el control sobre el peso.

Otro aspecto relevante es la baja motivación para el tratamiento, especialmente en fases iniciales, lo que puede traducirse en abandono precoz o falta de adherencia a las recomendaciones nutricionales. En este sentido, estrategias como la entrevista motivacional y el establecimiento de objetivos progresivos pueden resultar útiles para mejorar la implicación del paciente en el proceso terapéutico (Treasure et al., 2022).

5.5.2 Riesgos clínicos

El tratamiento nutricional de la AN conlleva una serie de riesgos clínicos que requieren una monitorización cuidadosa, especialmente durante las fases iniciales de la realimentación. El síndrome de realimentación constituye la complicación más relevante, caracterizado por alteraciones electrolíticas, como la hipofosfatemia, que pueden desencadenar complicaciones cardiovasculares, neurológicas y respiratorias potencialmente graves (Garber et al., 2021).

No obstante, la evidencia actual sugiere que el riesgo de desarrollar este síndrome no depende únicamente del aporte calórico inicial, sino también del grado de desnutrición previo y de la rapidez en la instauración del tratamiento. En este contexto, los enfoques actuales no abogan por restringir la realimentación, sino por aplicar protocolos más intensivos acompañados de una monitorización estrecha de parámetros clínicos y bioquímicos (Roman et al., 2024).

Además del síndrome de realimentación, pueden aparecer otras complicaciones como edema periférico, alteraciones gastrointestinales (distensión abdominal, estreñimiento) o sobrecarga hídrica, que pueden afectar negativamente a la adherencia al tratamiento (Golden & Meyer, 2022). Por ello, resulta fundamental anticipar estos efectos, explicarlos al paciente y manejarlos de forma adecuada dentro del plan terapéutico.

5.6 Limitaciones del sistema sanitario

A pesar de los avances en el conocimiento y tratamiento de la AN, la aplicación de estrategias basadas en la evidencia continúa enfrentándose a diversas limitaciones dentro del sistema sanitario. Una de las principales es la falta de recursos especializados, tanto a nivel de salud mental como de nutrición clínica, lo que dificulta la implementación de un abordaje multidisciplinar completo (Treasure et al., 2022).

Asimismo, existe una notable variabilidad en los protocolos de actuación entre diferentes centros y niveles asistenciales, lo que puede generar desigualdades en la calidad de la atención recibida por los pacientes. Esta situación es especialmente relevante en el ámbito ambulatorio, donde la disponibilidad de seguimiento intensivo y monitorización frecuente es limitada.

Por otro lado, la escasa integración del dietista-nutricionista en algunos equipos sanitarios representa una barrera importante para el abordaje óptimo de la enfermedad, a pesar de la evidencia que respalda su papel fundamental en el tratamiento (Heruc et al., 2022). En este contexto, resulta necesario promover una mayor coordinación entre profesionales y reforzar la formación específica en trastornos de la conducta alimentaria.

5.7 El papel del dietista-nutricionista y el equipo multidisciplinar

El dietista-nutricionista desempeña un papel esencial dentro del equipo multidisciplinar en el tratamiento de la AN. Su intervención no se limita a la planificación dietética, sino que incluye la educación nutricional, la modificación de conductas alimentarias y el acompañamiento del paciente durante el proceso de recuperación (Heruc et al., 2022).

La evidencia disponible indica que la integración del dietista en programas de tratamiento mejora significativamente los resultados clínicos, especialmente en términos de recuperación ponderal y adherencia terapéutica (Bray et al., 2023). Además, su papel resulta clave en la detección precoz de complicaciones nutricionales y en la adaptación individualizada de las pautas dietéticas.

En los últimos años, el rol del dietista-nutricionista ha evolucionado hacia un enfoque más terapéutico, incorporando estrategias propias del ámbito psicológico, como la exposición gradual a alimentos temidos o el trabajo sobre creencias disfuncionales relacionadas con la alimentación (Robertson & Davies, 2024). Esta evolución refuerza la necesidad de una colaboración estrecha con el resto del equipo, especialmente con psicólogos y psiquiatras, para garantizar un abordaje integral del paciente.

5.8 Limitaciones y fortalezas

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, al tratarse de una revisión narrativa, el nivel de evidencia es menor que el de una revisión sistemática o un metaanálisis. Además, los estudios incluidos son muy variados en cuanto a diseño, población y tipo de intervención, lo que dificulta comparar resultados de forma homogénea. También existe poca evidencia centrada específicamente en el papel del dietista-nutricionista en la AN, ya que gran parte de la literatura se enfoca más en el abordaje psicológico y psiquiátrico.

Por otro lado, muchos de los estudios revisados proceden de contextos sanitarios concretos, principalmente europeos y anglosajones, por lo que algunos resultados pueden no ser totalmente extrapolables a otros sistemas de salud. Además, la complejidad y variabilidad de la AN hace difícil establecer protocolos únicos para todos los pacientes.

Sin embargo, este trabajo también presenta fortalezas importantes. Se ha realizado una revisión actualizada de la evidencia científica reciente, permitiendo analizar los principales avances en el abordaje nutricional de la AN. Además, el trabajo aborda la enfermedad desde una perspectiva integral, relacionando los aspectos nutricionales, físicos y psicológicos. También destaca el papel fundamental del dietista-nutricionista dentro del equipo multidisciplinar y la importancia de personalizar las intervenciones según las características de cada paciente.

6. CONCLUSIONES

La AN constituye un trastorno de elevada complejidad clínica en el que la desnutrición desempeña un papel central tanto en su desarrollo como en su mantenimiento. A lo largo de esta revisión, se ha evidenciado que la intervención nutricional no solo es un componente esencial del tratamiento, sino una condición necesaria para la recuperación global del paciente.

Los resultados analizados muestran una evolución en las estrategias de realimentación, pasando de enfoques conservadores a modelos más intensivos, que han demostrado ser seguros y eficaces cuando se acompañan de una adecuada monitorización. Este cambio representa un avance significativo en la práctica clínica, al permitir una recuperación más rápida y reducir las complicaciones asociadas a la desnutrición prolongada.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto la importancia de un abordaje multidisciplinar, en el que la coordinación entre profesionales permite atender de manera integral las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del trastorno. En este contexto, el dietista-nutricionista emerge como una figura clave, cuyo papel trasciende la planificación dietética para incluir la educación nutricional y la modificación de conductas alimentarias.

No obstante, persisten importantes retos, tanto a nivel clínico como estructural, incluyendo la resistencia del paciente al tratamiento, los riesgos asociados a la realimentación y las limitaciones del sistema sanitario. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de continuar avanzando hacia modelos de intervención más personalizados, integrados y basados en la evidencia.

Sobre el papel crucial del Dietista-Nutricionista, se puede decir que es una figura indispensable y diferenciada dentro del equipo multidisciplinar. Su rol no debe limitarse a la prescripción de dietas o al cálculo calórico; su verdadera eficacia reside en la creación de una "alianza terapéutica" sólida. Se ha observado que cuando el dietista-nutricionista actúa como un educador empático, logra disminuir los niveles de ansiedad postprandial y mejora la adherencia al tratamiento, actuando como el puente necesario entre la recuperación fisiológica y el bienestar psicológico del paciente.

Respecto a los protocolos de realimentación y seguridad clínica, se puede decir que a partir de la revisión de estudios clínicos recientes (como los de Garber et al.), se concluye que existe un cambio de paradigma hacia protocolos de realimentación algo más ambiciosos, pero estrictamente monitorizados. Se evidencia que el miedo histórico al Síndrome de Realimentación a menudo conducía a una "desnutrición intrahospitalaria" por dietas excesivamente hipocalóricas al inicio. La conclusión es que es posible y beneficioso iniciar aportes calóricos más altos siempre que se mantenga un control exhaustivo de los electrolitos (fósforo, potasio y magnesio) y de la función cardíaca, acelerando así la recuperación de los pacientes hospitalizados.

Finalmente, el estudio revela que la AN debe entenderse como una patología sistémica. Las conclusiones apuntan a que el éxito del tratamiento nutricional está condicionado por la capacidad del equipo de abordar simultáneamente las complicaciones derivadas (osteopenia, bradicardia, alteraciones digestivas). Se confirma la hipótesis de que solo mediante un enfoque

donde la nutrición camine de la mano de la psiquiatría y la psicología clínica, se puede alcanzar una recuperación total que incluya no solo la salud física, sino también la reintegración social y la mejora de la calidad de vida del individuo.

7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA EL ABORDAJE NUTRICIONAL EN LA AN

A partir del análisis exhaustivo de la literatura científica actual y de la evaluación de las guías de práctica clínica internacionales, se proponen las siguientes recomendaciones para la optimización del tratamiento nutricional en pacientes con AN:

1. Implementación de Protocolos de Realimentación Dinámicos

Se recomienda abandonar el enfoque tradicional de "inicio hipocalórico extremo" (inferior a 1000 kcal/día) en pacientes que no presenten una desnutrición crítica extrema, debido al riesgo de perpetuar el catabolismo y el "síndrome de subalimentación".

Acción: Iniciar con aportes de entre 30 y 40 kcal/kg/día (aproximadamente 1200-1500 kcal/día en la mayoría de los adultos) bajo monitorización estricta de electrolitos (fósforo, potasio, magnesio) durante los primeros 5-7 días.

Monitorización: La suplementación profiláctica con tiamina antes del inicio de la realimentación es imperativa para prevenir la encefalopatía de Wernicke.

2. Jerarquización de las Vías de Alimentación

La intervención debe seguir un orden lógico que priorice la autonomía del paciente, pero que asegure la estabilidad hemodinámica:

Vía Oral: Debe ser siempre la primera opción, utilizando una dieta progresiva en textura y calorías, pero con una estructura de menús rígida inicialmente para reducir la ansiedad por la toma de decisiones.

Suplementación Nutricional Oral: Utilizar como puente cuando el volumen de comida sólida genera malestar gástrico excesivo (frecuente por el retraso en el vaciamiento gástrico en AN).

Nutrición Enteral: Reservar para casos de rechazo absoluto, fracaso en la ganancia de peso o compromiso vital. Se recomienda el uso de sonda nasogástrica frente a la nutrición parenteral, por ser más fisiológica, segura y presentar menores tasas de complicaciones infecciosas.

3. Integración del Dietista-Nutricionista en el Equipo Terapéutico

El D-N no debe ser un agente externo que solo "entrega una dieta". Su rol debe ser activo en la toma de decisiones clínicas:

Alianza Terapéutica: Se recomienda que el dietista-nutricionista participe en sesiones de psicoterapia grupal o individual para alinear el mensaje nutricional con los objetivos psicológicos.

Exposición Gradual: La recomendación clínica es utilizar la técnica de "exposición con prevención de respuesta" aplicada a los alimentos, donde el dietista-nutricionista guía al paciente en la reintroducción de alimentos "temidos" o "prohibidos", eliminando gradualmente las reglas dietéticas rígidas del trastorno.

4. Gestión del Ejercicio Físico y Gasto Energético

Es común que el paciente con AN presente hiperactividad o ejercicio compulsivo.

Recomendación: En fases iniciales, se debe prescribir reposo relativo. A medida que el IMC se estabiliza ($>17.5 \text{ kg/m}^2$), se puede introducir actividad física funcional supervisada, enfocada en la fuerza para recuperar masa libre de grasa, evitando el ejercicio cardiovascular extenuante que pueda comprometer el balance energético.

5. Educación Alimentaria y Prevención de Recaídas

La intervención nutricional no finaliza con la recuperación del peso.

Acción: Implementar talleres de cocina y educación nutricional basada en la Alimentación Consciente (Mindful Eating) adaptada, una vez que el paciente ha superado la fase crítica de desnutrición. El objetivo es que el paciente recupere las señales de hambre y saciedad, que suelen estar atrofiadas tras años de restricción.

6. Seguimiento Post-Alta y Cronicidad

Dada la alta tasa de recaídas en los TCA, se recomienda establecer un plan de seguimiento nutricional ambulatorio de al menos 12 a 24 meses tras la estabilización del peso. La monitorización de la composición corporal mediante bioimpedancia (BIA) debe usarse con cautela, priorizando siempre la estabilidad clínica y la mejora de la relación con la comida sobre las cifras exactas de grasa o músculo.

BIBLIOGRAFÍA

- Brennan, C., Green, G., Morgan, A., & Baudinet, J. (2025). The role of the dietitian within a day programme for adolescent anorexia nervosa: A reflexive thematic analysis of child and adolescent eating disorder clinician perspectives. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(3), e70070. <https://doi.org/10.1111/jhn.70070>
- Bray, M., Heruc, G., & Byrne, S. (2023). Collaborative dietetic and psychological care in interprofessional enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A novel treatment approach. *Journal of Eating Disorders*, 11, 31. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00743-w>
- Clemente-Suárez, V. J., Ramírez-Goerke, M. I., Redondo-Flórez, L., Beltrán-Velasco, A. I., Martín-Rodríguez, A., Ramos-Campo, D. J., Navarro-Jiménez, E., Yáñez-Sepúlveda, R., & Tornero-Aguilera, J. F. (2023). The impact of anorexia nervosa and the basis for non-pharmacological interventions. *Nutrients*, 15(11), 2594. <https://doi.org/10.3390/nu15112594>
- CODiNuCoVa. (s. f.). *Competencias del dietista-nutricionista*. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana. <https://www.codinucova.es/competencias-del-dietista-nutricionista>
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (s. f.). *Anorexia nerviosa*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Espie, J., & Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: Modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 9–16. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S70300>
- Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Melnikoff, D. E., Winogard, G., Redman, L. M., & Rosen, D. S. (2021). A systematic review of approaches to refeeding in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 449–468. <https://doi.org/10.1002/eat.23445>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7208724/>
- Golden, N. H., & Meyer, W. (2022). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa. *Current Opinion in Pediatrics*, 34(4), 433–440.
- Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., & Castro Alija, M. J. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(Extra 1), 1–9.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46–52.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2021). Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients*, 13(4), 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
- Hoek, H. W. (2025). The incidence and prevalence of eating disorders between 1975 and 2024: A commentary on Lee and Chi (2025). *International Journal of Eating Disorders*, 58(10), 1893–1896. <https://doi.org/10.1002/eat.24495>
- Jeffrey, S., & Heruc, G. (2020). Balancing nutrition management and the role of dietitians in eating disorder treatment. *Journal of Eating Disorders*, 8, 64.
- Moore, C. A., & Bokor, B. R. (2023). Anorexia nervosa. En *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.
- Morales Allende, M. F., & Galván Sánchez, G. (2021). Características clínicas de anorexia nervosa extrema: Reporte de caso. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*, 64(2), 1–5.
- Müller, L., & Smith, T. (2024). Omega-3 fatty acids and neuroplasticity in anorexia nervosa recovery. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1089–1102.
- Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
- Poudel, J., Rimal, M., Giri, A., Chikatimalla, R., Banker, H., Trivedi, Y. V., Gupta, S., & Jain, R. (2026). Cardiovascular consequences of anorexia nervosa: QT prolongation, bradycardia, and structural cardiac changes. *Southern Medical Journal*, 119(1), 44–48. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001921>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., & Zhang, K. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01011-3>
- Robertson, N., & Davies, L. (2024). The experiences of a therapeutic relationship between dietitians and patients in UK eating disorder treatment: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 32(6), 1197–1214.
- Sirvent Segovia, A. E. (2024). Trastornos de la conducta alimentaria: Detección precoz, aspectos médicos y abordaje multidisciplinar. *NPunto*, VII(76), 42–62.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2022). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911.
- Van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524.

