



Universidad
Europea VALENCIA

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO: La detección precoz de la anorexia y la bulimia nerviosa en la infancia y en la adolescencia: Propuesta de inclusión en el Programa de Salud Infantil de la Asociación Española de Pediatría

Presentado por: Doña Iris Ortolá Lorente

Tutor: Don Jorge San José Tárrega

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), en especial anorexia y bulimia nerviosa, son enfermedades mentales graves que en la actualidad ya afectan a todas las personas independientemente de su edad y que durante los últimos años se ha ido acelerando la aparición de estos trastornos en la infancia y la adolescencia, El Programa de Salud Infantil de la Asociación Española de Pediatría facilita la posibilidad de establecer estrategias eficaces de detección precoz en edades tempranas, lo que podría ayudar a la disminución de aparición de esta enfermedad y su grave repercusión en su vida adulta.

Material y métodos: Revisión bibliográfica mediante el análisis de artículos en las bases de datos de: “*Cinahl*”, “*Medline Complete*”, “*Pubmed*”, “*Dialnet*” y “*Web of science*”. Esta búsqueda se ha realizado mediante la combinación de diferentes descriptores Mesh. Los estudios se seleccionaron bajo unos criterios de elegibilidad en función a los objetivos establecidos previamente.

Objetivos: Proponer la necesidad de incluir la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia, en los/las niños/as y adolescentes (0-14 años) incluidos en el programa de salud infantil en España para ser llevado a cabo en atención primaria.

Resultados: Se seleccionaron un total de 33 artículos, de los cuales se utilizaron 11 (N=11) para su análisis tras ser evaluados mediante la Lectura Crítica CASPe.

Conclusiones: Se evidencia la necesidad de establecer estrategias de detección precoz de la anorexia y bulimia nerviosa en la infancia y en la adolescencia.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Infancia, Adolescencia, Familia.

ABSTRACT

Introduction: Eating Disorders (EDs), especially anorexia and bulimia nervosa, are serious mental illnesses that currently affect all people regardless of their age and that in recent years the appearance of these disorders has been accelerating in childhood and adolescence, the Child Health Program of the Spanish Association of Pediatrics facilitates the possibility of establishing effective early detection strategies at an early age, which could help reduce the occurrence of this disease and its serious repercussions on its adult life.

Material and methods: Bibliographic review through the analysis of articles in the databases of: "Cinahl", "Medline Complete", "Pubmed", "Dialnet" and "Web of science". This search has been carried out by combining different Mesh descriptors. The studies were selected under certain eligibility criteria based on the previously established objectives.

Objective: Propose the need to include early detection of eating disorders, anorexia and bulimia, in children and adolescents (0-14 years) included in the child health program in Spain to be carried out in primary care.

Results: A total of 33 articles were selected, of which 11 (N=11) were used for analysis after being evaluated using the CASPe Critical Reading.

Conclusions: The need to establish early detection strategies for anorexia and bulimia nervosa in childhood and adolescence is evident.

Keywords: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Childhood, Adolescents, Family.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	6
1.2 Trastornos de la conducta alimentaria	7
1.3 Programa de Salud Infantil (PSI) de la Asociación Española de Pediatría	8
1.4 Anorexia Nerviosa	9
1.5 Bulimia Nerviosa	11
1.6 Análisis de la influencia del núcleo familiar en el desarrollo de un TCA	12
1.7 Herramientas para los padres o cuidadores de un niño/adolescente con un TCA	13
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	16
2.1 Objetivo General	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. METODOLOGÍA	17
3.1 Diseño de estudio	17
3.2 Formulación de pregunta de estudio	17
3.3 Criterios de elegibilidad	17
3.3.2 Criterios de exclusión	18
3.4 Estrategia de búsqueda	18
3.4.1 Búsqueda inicial	19
3.4.2 Búsqueda bibliográfica	21
3.5 Artículos obtenidos en bases de datos	22
3.5.1 Diagrama de flujo para la selección de artículos	28
3.6 Evaluación de la calidad metodológica de los artículos	28
4. RESULTADOS	29
4.1 Características de los artículos obtenidos	29
5. DISCUSIÓN	32
5.1 Importancia de incluir la detección precoz de anorexia y bulimia nerviosa en el Programa de Salud Infantil (PSI) de la asociación española de pediatría	32
5.2 Necesidad de conocer el inicio y desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosa en infancia y adolescencia así como la forma de actuación frente a estas enfermedades	33
5.3 Importancia de incluir a los padres, madres o cuidadores en el programa para el fomento de la detección precoz de la anorexia y bulimia nerviosa	34
5.4 Limitaciones del estudio	35
6. CONCLUSIONES	36
7. BIBLIOGRAFÍA	37
8. ANEXOS	41
Anexo 1: Definiciones términos Mesh utilizados	41
Anexo 2: Lectura crítica CASPe	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Adaptación de la Asociación contra la anorexia y la bulimia en España y Hospital Clínic de Barcelona. Elaboración propia.	10
Figura 2: Formulación pregunta PICO. Elaboración propia.	19
Figura 3: Diagrama de flujo PRISMA. Elaboración propia.	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Anorexia Nerviosa.	12
Tabla 2: Manual de codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad. Anorexia nerviosa.	
Tabla 3: Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Bulimia Nerviosa.	13
Tabla 4: Manual de codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad. Bulimia Nerviosa.	
Tabla 5: Extraído de la Guía para familias afectadas por un TCA de la Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos Alimentarios y la Agencia Catalana del Consumo y según la asociación contra la anorexia y la bulimia.	16
Tabla 6: Extraído de la Guía para familias afectadas por un TCA de la Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos Alimentarios y la Agencia Catalana del Consumo y según la asociación contra la anorexia y la bulimia.	17
Tabla 7: Descriptores no codificados y descriptores codificados según el Medical Subject Headings (Mesh).	20
Tabla 8: Búsqueda inicial con descriptores Mesh codificados sin filtros.	21
Tabla 9: Búsqueda inicial con descriptores no codificados sin filtros.	21
Tabla 10: Búsqueda inicial sin filtros.	22
Tabla 11: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos “Cinahl with full text”, “Medline Complete”, “Pubmed”, “Dialnet” y “Web Of Science”.	24
Tabla 12: Búsqueda bibliográfica CINAHL WITH FULL TEXT.	25
Tabla 13: Búsqueda bibliográfica MEDLINE COMPLETE.	26
Tabla 14: Búsqueda bibliográfica PUBMED.	28
Tabla 15: Búsqueda bibliográfica DIALNET.	28
Tabla 16: Búsqueda bibliográfica WEB OF SCIENCE.	30
Tabla 17: Contenido artículos seleccionados.	33

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que han persistido durante toda la historia y que en la actualidad, son muchos los casos detectados en edades cada vez más tempranas.

La detección precoz es necesaria para establecer a tiempo estrategias preventivas y de tratamiento necesarias, es por ello que se debería de tener en cuenta que existen una serie de alteraciones tanto somáticas como conductuales que pueden alertar a los profesionales de la salud más cercanos al niño/a y al adolescente como son los/las pediatras y las/los enfermeros/as de la existencia de un TCA sin diagnosticar. Estas pueden ser la presencia de conductas alimentarias con dietas restrictivas que se asocien directamente a una disminución del peso y un miedo a ganarlo, ejercicio físico demasiado intenso o antecedentes familiares de anorexia o bulimia.¹

El/la pediatra y el/la enfermero/a de pediatría en atención primaria tienen un papel muy importante en la detección, valoración y orientación de este problema, incluyendo la educación del niño, adolescente y familia.

Una adecuada educación a nivel nutricional, junto un mayor control y supervisión de la dieta de los/las niños/as y adolescentes por parte de los profesionales de la salud y de las familias desde el inicio de la nutrición, así como de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación podría favorecer una disminución de aparición de estas patologías. Aunque es evidente que la prevención de estos trastornos necesita de cambios sociales de gran envergadura.

Actualmente, en atención primaria se llevan a cabo controles por parte de enfermería y pediatría según el Real Decreto 1575/1993² hasta los 14 años donde el/la adolescente ya pasa a ser considerado adulto, a partir de ahí deja de someterse a controles periódicos de salud y cae en un vacío asistencial desde los 14 años hasta que alcanza su mayoría de edad según el artículo 12 de la Constitución Española³ a los 18 años junto al derecho de decidir por sí mismo. Por lo que es necesario seguir controlando la salud en la adolescencia, donde siguen siendo más vulnerables.

Incluir la detección precoz de la anorexia y la bulimia en el programa de salud infantil de la asociación española de pediatría destinado a atención primaria podría favorecer la disminución de aparición de estos trastornos en edades tan tempranas, ya que en los últimos años se han acelerado los casos y además, con la realización de controles de salud hasta los 18 años se podrían detectar y prevenir muchos más casos, que en ocasiones no son percibidos por parte de la familia y que repercutirán posteriormente en la vida adulta.

1.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)⁴ son enfermedades mentales graves que afectan a millones de personas en todo el mundo y que no sólo tienen repercusión a nivel personal, sino también a nivel familiar y social, por lo que su detección precoz y la intervención temprana son clave para conseguir un mejor pronóstico. Según la Organización mundial de la salud (OMS)¹ estos trastornos se presentan como conductas alimentarias anormales, excesiva preocupación por la comida y en muchos de los casos, por el peso y la propia imagen corporal. Además, posiciona los TCA entre las enfermedades mentales de mayor prioridad para los/las niños/as y adolescentes.

A través de la última conceptualización establecida por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el manual diagnóstico DSM-V, los TCA principales y de mayor incidencia son la Anorexia nerviosa (AN), seguida de la bulimia nerviosa (BN).⁶

Todos estos trastornos podrían afectar a cualquier persona independientemente de la edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque según el Ministerio de Sanidad⁷ los TCA son la tercera enfermedad crónica entre adolescentes y preadolescentes. Afecta alrededor de un 6% de los niños entre 8 y 18 años y otro 11% está en riesgo de sufríros.⁷

A nivel global, la anorexia es considerada la enfermedad psiquiátrica con la tasa más alta de mortalidad. El hospital Universitario Niño Jesús, situado en Madrid, es una de las referencias europeas en patologías infantiles, reflejó en 2010 que recibe cerca de 220 pacientes nuevos al año en la Unidad de Trastornos Alimentarios, de los cuales unos 80 son menores de 13 años, en comparación a los 25 de media que atendía anteriormente, lo que viene a ser un aumento de más del 200%.⁷ Además, la asociación contra la anorexia y la bulimia en España⁸ considera también que la mayor tasa de incidencia se encuentra en la adolescencia, en torno a los 12 y 18 años, aunque cada vez se presentan más casos de inicio en edades más bajas, entre los 8 o 9 años, lo que es realmente alarmante. Además, señalan que los trastornos alimentarios son más frecuentes en el sexo femenino, ya que la proporción de hombres que presentan un TCA es de uno por cada nueve mujeres.

La etiología de los TCA no se conoce muy bien todavía ya que es considerado un trastorno de origen multifactorial y existen ciertos factores de riesgo que pueden provocar que un TCA se desarrolle, estos factores son los conocidos como predisponentes o precipitantes y ambos juntos pueden acelerar aún más la aparición de este trastorno.

Entre los factores de riesgo más relevantes para el inicio de un TCA según los estudios realizados en la asociación contra la anorexia y la bulimia⁵ en España y en el área de asistencia del Hospital Clínic de Barcelona⁴ se destacan:

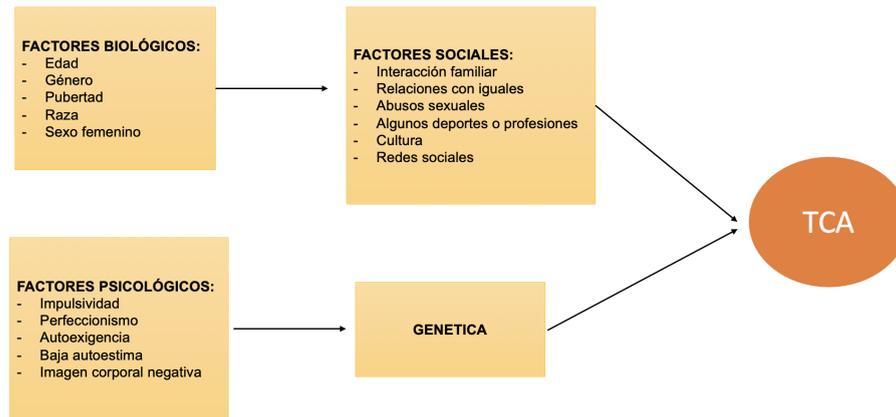


Figura 1: Adaptación de la Asociación contra la anorexia y la bulimia en España y Hospital Clínic de Barcelona. Elaboración propia.

1.3 Programa de Salud Infantil (PSI) de la Asociación Española de Pediatría

El Programa de Salud Infantil (PSI)⁹ desarrollado por la asociación española de pediatría, es una guía oficial que lanzó su primera edición en enero de 2009 y que contiene aquellas actividades recomendadas en atención primaria en relación a la prevención y promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia y sus actividades van dirigidas a la prevención, consejo y educación de la salud, cribado y detección precoz de enfermedades, así como la identificación de grupos de riesgo y supervisión del crecimiento y desarrollo.

La población diana de este programa es la población comprendida desde los 0 a los 18 años a través de controles periódicos de salud por tramos de edad y las actividades propuestas están centradas no solo en el/la niño/a y en el adolescente, sino también en su familia y el ámbito donde se pretende aplicar este programa es atención primaria.

Este programa de salud infantil propone el desarrollo de actividades con el objetivo de dar una amplia cobertura a la atención, no solo en las visitas establecidas, sino también en la captación y posterior seguimiento de los casos de niños/as y adolescentes, así como de las familias de riesgo. Pretende ser una referencia estándar para el trabajo realizado en Atención Primaria dentro de las comunidades autónomas y el área sanitaria.

Para llevar a cabo una correcta promoción de la salud y valoración del riesgo se va a necesitar valorar distintos factores, entre ellos los psicológicos, sociofamiliares y las habilidades para alcanzar una comunicación efectiva entre profesional-menor, profesional-padres o tutores, menor-padres o tutores. En este programa se incorpora la información siguiendo la metodología del consejo y de las reglas de oro para la educación de la salud. Por otro lado, en cada revisión existe un apartado de recordatorio de la necesidad de valorar la existencia de riesgos adicionales, ya sean

familiares y/o personales que puedan desencadenar la aparición de un trastorno y poder establecer a tiempo actuaciones individualizadas en los casos detectados.

Además, se propone que las revisiones estén relacionadas con algún aspecto relevante y no simplemente por la edad, con la finalidad de que los padres o tutores perciban el interés en las intervenciones preventivas para contribuir y facilitar un adecuado seguimiento de la población que se incluye en el PSI.

Finalmente cabe destacar que el papel de enfermería es clave en el seguimiento del programa de salud infantil, ya que este está formado por actividades que incluyen prevención, detección precoz, cribado, promoción de la salud y fomento del autocuidado y educación para la salud, todo ello reforzado por las posibles intervenciones desarrolladas por los diagnósticos de enfermería que van a contribuir directamente con la mejora de la salud infantil.

1.4 Anorexia Nerviosa

El Manual de Codificación CIE-10¹⁴ clasifica la anorexia nerviosa (AN) como un trastorno mental del comportamiento en el cual se manifiesta un temor intenso a engordar o a la flacidez de las formas corporales, por lo que la persona que padece AN se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

En la actualidad es considerado un síndrome psiquiátrico que se manifiesta principalmente por la pérdida excesiva de peso de manera voluntaria y que condiciona una serie de alteraciones orgánicas. Una de las características más prevalente de la anorexia nerviosa es el temor intenso a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal en relación con la edad y que tiene como consecuencia una alteración de la propia imagen corporal. Las personas con anorexia nerviosa es probable que hagan dietas o ejercicio de manera intensa además de hacer uso de otros métodos para bajar de peso de manera rápida.¹⁰

Según el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria la anorexia nerviosa afecta principalmente a los adolescentes entre los 12 y 18 años, aunque en los últimos años se está acelerando el inicio de aparición.¹¹

Durante el proceso anoréxico se van desarrollando unos hábitos alimentarios anómalos, es aquí donde la detección precoz juega un papel fundamental donde entran en juego tanto los profesionales de la salud como la familia a cargo del/la niño/a o adolescente.

La AN es un modelo de malnutrición energético-proteica, de instauración lenta y progresiva y con escasa o nula repercusión analítica, dado que el organismo realiza un proceso de adaptación. Es por ello que cuando se realiza una valoración nutricional hay que estar alerta ante la presencia de la

disminución de los parámetros antropométricos, los cuales son el peso, la talla, el IMC, la masa grasa y muscular y un déficit en el pliegue tricípital y de la circunferencia del brazo.¹² Uno de los criterios diagnósticos de la anorexia es que el niño o adolescente se encuentre en un peso inferior al percentil 3 para la edad en al menos dos medidas distintas separadas en un periodo de 2 a 3 meses, para ello es muy útil el índice de *waterlow*, (peso actual/P50 para la talla)*100, el cual evalúa el estado nutricional teniendo en cuenta el peso actual en relación con la media de peso de la población de referencia correspondiente a la talla.¹³

La importancia del diagnóstico precoz para prevenir complicaciones debe valorarse en todos los/las niños/as o adolescentes, especialmente en el sexo femenino. Actualmente, para efectuar un diagnóstico precoz de la anorexia nerviosa se basan en los criterios que siguen la Academia Americana de Psiquiatría (APA) en el manual DSM-V y los elaborados por el Manual de Codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad, los cuales se van a reflejar a continuación en la tabla 1 y 2.

DSM V
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso por debajo del 85% del esperado). 2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. 3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. <p>En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.</p> <p>La AN puede ser de dos tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tipo restrictivo:</u> Durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas - <u>Tipo compulsivo/purgativo:</u> Durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 1: Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Anorexia Nerviosa. Elaboración propia.

CIE-10
<p>El diagnóstico de la anorexia debe hacerse ante la presencia de las siguientes alteraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17,5) 2. La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo, trata de evitar el consumo de alimentos que considera que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos autoprovocados - Purgas intestinales - Ejercicio excesivo - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. 3. Alteración de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia y pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se autoexige a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. 4. Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina. 5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso esta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Tabla 2: Manual de codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad. Anorexia nerviosa. Elaboración propia.

Para restablecer el estado nutricional de estos enfermos y conseguir una recuperación o mejora es necesario establecer unos objetivos inmediatos entre los cuales se encuentran establecer las pautas de alimentación normales, recuperación del peso perdido y adecuación de este a la talla y evitar recaídas.

1.5 Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa (BN) fue descrita por primera vez en la historia en 1979 por Rusell y consiste, según el Manual de Codificación CIE-10¹⁴ en la presencia de episodios de ingesta excesiva de alimentos acompañada de una elevada preocupación por el peso corporal, haciendo que la persona lleve a cabo medidas extremas para aminorar la ganancia de peso como consecuencia del consumo de alimentos.

Es considerada una enfermedad de difícil detección ya que al no existir malnutrición, presentándose en algunas ocasiones incluso sobrepeso, no se pueden observar con evidencia los signos de gravedad nutricional, además, el hecho de practicarse a escondidas o en secreto hace aún más difícil la detección dentro del núcleo familiar. Se desconoce la causa exacta de la bulimia y probablemente sea debida a más de un factor ya que entran en juego factores genéticos, familiares, sociales y culturales.¹⁵

Entre los criterios diagnósticos más utilizados hoy en día para la detección de la bulimia nerviosa se encuentran los destacados por el manual diagnóstico DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el Manual de Codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad, representados a continuación en las tablas 3 y 4.

DSM-V
<p>1. Presencia de atracones recurrentes, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento y aparición de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
<p>2. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.</p>
<p>3. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.</p>
<p>4. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>
<p>Existen diferentes tipos de BN:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como son el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tabla 3: Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Bulimia Nerviosa. Elaboración propia.

CIE-10	
1.	Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) donde el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.
2.	Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento compulsivo de comer.
3.	El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Vómito autoprovocado.• Abuso de laxantes.• Periodos de ayuno.• Consumo de fármacos como supresores de apetito, extractos tiroideos diuréticos.
4.	Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

Tabla 4: Manual de codificación CIE-10 del Ministerio de Sanidad. Bulimia Nerviosa. Elaboración propia.

Un aspecto relevante y de ayuda para el diagnóstico precoz de la bulimia nerviosa son los signos y síntomas que se presentan en algunos casos, según la última actualización de la revista médica *sinergia* (2021)¹⁶, estos pueden ser:

- Deshidratación y desequilibrios electrolíticos en pacientes que recurren regularmente a las purgas.
- El signo de russell, el cual aparece en el examen físico y es característico por la presencia de callosidades en el dorso de las manos como consecuencia de introducir las mismas en la boca para producir el vómito.
- Alteraciones dentales e incluso pérdida del esmalte dental debido a los vómitos frecuentes, ya que los jugos gástricos desgastan los dientes.
- Diarreas por uso de laxantes o diuréticos.

Es de vital importancia la detección precoz de la bulimia en la adolescencia ya que cuanto antes se diagnostique y se trate, más fácil será de curar y menos probabilidad habrá de que se cronifique y tenga consecuencias en la vida adulta.

1.6 Análisis de la influencia del núcleo familiar en el desarrollo de un TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria, son alteraciones del comportamiento que se relacionan con la alimentación y que en la mayoría de los casos, sobretodo cuando se refiere a niños/as o adolescentes, se ven influenciados en mayor medida por la alimentación del entorno y de la familia, por lo que analizar y abordar los factores que podrían ser desencadenantes de un TCA en relación con la alimentación familiar podría ser clave para llevar a cabo una buena prevención y detección precoz de estos trastornos.

La familia es el núcleo donde la persona pasa la mayor parte de su tiempo, son los que le otorgan valores, costumbres, hábitos, normas y formas de conducta para adaptarse a la sociedad, por lo que analizar la forma en la que se desarrolla y convive el individuo dentro de su núcleo es fundamental para detectar factores de riesgo.

Según el estudio realizado por Prieto et al.¹⁷ sobre la alimentación familiar se refiere que la presión que se ejerce por parte de los padres hacia sus hijos en relación a algunas comidas, influye en la forma que estos se alimentan, es por ello que los hábitos que se adquieren durante la infancia pueden actuar posteriormente como un factor de riesgo para desarrollar un TCA. Además, Tejada Alonso R y Neyra MJ¹⁸ reflejan en su estudio la influencia de las relaciones madre-hija/o y padre-hija/o y consideran de especial atención la influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas y destacan que las madres con hijas con TCA tienen peores relaciones con las mismas, lo que crea un vínculo afectivo inseguro. Por otro lado, analizan en la relación padre - hija la aparición de perfeccionismo y altas expectativas que influyen psicopatológicamente en la conducta alimentaria. El padre ocupa mayoritariamente un lugar secundario y suele ser la madre la que percibe en primer lugar las conductas relacionadas con la aparición de un TCA en los hijos.

La asociación contra la anorexia y la bulimia en España señala algunos de los factores de riesgo en relación con la familia que pueden favorecer la aparición de un TCA:⁵

- Ambiente familiar desestructurado, donde no existe una estructura estable y segura hay mayor riesgo de desarrollar un TCA, sobretodo en aquellos que de manera individual tienen más riesgo, como son las niñas.
- Ambiente familiar sobreprotector, donde la comunicación y la dinámica familiar es extremadamente rígida y controladora.
- Experiencias vitales estresantes como cambios traumáticos en la estructura familiar, bien sea fallecimiento de alguno de los miembros o otras causas.

Finalmente, cabe destacar que no solo el núcleo familiar influye en el desarrollo de un TCA, pero es clave para el mantenimiento y la posterior recuperación de estos ya que una familia unida, involucrada en la enfermedad tiene un pronóstico de recuperación mayor que aquella que se desinteresa por el niño o el adolescente.

1.7 Herramientas para los padres o cuidadores de un niño/adolescente con un TCA

A menudo, los padres y madres con hijos con un trastorno de la conducta alimentaria se sienten culpables y piensan que se ha desarrollado porque han hecho algo mal. Es importante tener claro que nadie tiene la culpa, el origen de un TCA es multifactorial y existen factores que no pueden ser controlados como, por ejemplo, la genética de la persona. Se debe recordar a los padres o a los cuidadores que cada caso evoluciona de forma diferente y que nadie tiene la culpa, ya que superar

este sentimiento influirá positivamente en la ayuda que se le preste al niño o adolescente por parte de los mismos.

Es fundamental que la familia apoye a la persona afectada y se implique en el tratamiento, además también es recomendable recibir información y formación sobre los TCA y recibir ayuda por parte de un profesional cuando se sientan superados por la situación y esta afecte a su salud mental. Para ello, se necesitan aportar herramientas para las familias, ya no solo madres y padres, si no hermanos o cualquier persona que conviva con la persona afectada. Se debe tener claro qué hacer y qué no hacer ante la presencia de un TCA en casa, y estas según la Guía para familias afectadas por un TCA de la Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos Alimentarios y la Agencia Catalana del Consumo²¹ y según la asociación contra la anorexia y la bulimia¹⁹ son:

¿Qué puedo hacer?

Hacer una comida al día en familia y comer todos alrededor de la mesa.

Apagar la televisión y comer todos lo mismo, disfrutando de la compañía y de la conversación

Evitar hacer uso de la comida como premio o castigo

Gestionar las emociones, mantener la calma y serenidad.

Ser comprensibles con la persona afectada.

Confiar en que el niño o el adolescente tiene la capacidad de salir adelante y ayudarle a que encuentre dicha capacidad.

Confiar en los profesionales y transmitir las dudas.

Mantenimiento de la dinámica familiar y personal habitual en la medida de lo posible.

Hacer actividades de ocio que ayuden a desconectar,

Hablar con el niño o adolescente sobre cómo se siente y sobre que le motiva.

Tabla 5: Extraído de la Guía para familias afectadas por un TCA de la Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos Alimentarios y la Agencia Catalana del Consumo y según la asociación contra la anorexia y la bulimia. Elaboración propia.

¿Qué no debo hacer?

No caer en la sobreprotección y evitar establecer exigencias muy elevadas.

Dejar que la rabia o la culpa nos invada.

Culpar a la persona afectada.

Cuestionar las recomendaciones y las pautas de los expertos.

Hablar con el niño o el adolescente sobre su peso, talla, comida, etc.

Intentar “abrirle los ojos”.

Tabla 6: *Extraído de la Guía para familias afectadas por un TCA de la Mesa de Diálogo para la Prevención de los Trastornos Alimentarios y la Agencia Catalana del Consumo y según la asociación contra la anorexia y la bulimia. Elaboración propia.*

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1 Objetivo General

- Proponer la necesidad de incluir la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia, en los/las niños/as y adolescentes (0-14 años) incluidos en el programa de salud infantil en España para ser llevado a cabo en atención primaria.

2.2 Objetivos Específicos

- **Específico 1:** Considerar la necesidad de incorporar en el programa de salud infantil de la asociación española de pediatría los métodos más utilizados para la detección precoz de la anorexia nerviosa en los/las niños/as y adolescentes (0-14 años).
- **Específico 2:** Considerar la necesidad de incorporar en el programa de salud infantil de la asociación española de pediatría los métodos más utilizados para la detección precoz de la bulimia en los/las niños/as y adolescentes.
- **Específico 3:** Analizar las competencias de los padres o cuidadores previas al diagnóstico de un TCA.
- **Específico 4:** Sugerir herramientas necesarias para el tratamiento del niño/a y adolescente con TCA dentro del núcleo familiar.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

Se realiza una Revisión Bibliográfica (RB) de naturaleza descriptiva mediante el análisis de publicaciones de diferentes bases de datos y motores de búsqueda para proporcionar información sobre conceptos en constante evolución.

3.2 Formulación de pregunta de estudio

En este apartado, se procede a realizar la pregunta de investigación planteada a partir del uso en primer lugar del acrónimo PICO, el cual utiliza la metodología dirigida a dar respuesta a las investigaciones en el ámbito clínico. P (Paciente/Problema), I (Investigación), C (Comparación) y O (Resultado/Outcomes).



Figura 2: Formulación pregunta PICO. Elaboración propia.

La pregunta de investigación sería la siguiente; ¿Es necesaria la inclusión de la detección precoz de la anorexia y la bulimia en la infancia y en la adolescencia en el programa de salud infantil de la asociación española de pediatría en atención primaria para prevenir su aparición en edades tempranas?

3.3 Criterios de elegibilidad

A continuación se procede a la selección de los criterios de elegibilidad (criterios de inclusión y exclusión) para establecer los límites de la RB.

3.3.1 Criterios de inclusión

Con el fin de elegir correctamente el contenido de la búsqueda se aplicaron los siguientes criterios de inclusión a la búsqueda de los estudios:

- Revisiones bibliográficas y sistemáticas, metaanálisis, estudios experimentales.
- Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) en la infancia (6-12 años).
- Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) en la adolescencia (13-18 años).
- Influencia (positiva o negativa) de los padres o cuidadores sobre el/la niño/a adolescente con TCA.
- Antigüedad de los artículos: 2017 a 2023.
- Idiomas: Publicación en inglés o español.

3.3.2 Criterios de exclusión

Asimismo, con la misma finalidad que los criterios de inclusión, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión a la búsqueda de los estudios seleccionados:

- Artículos alejados del objeto de estudio.
- Artículos duplicados.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria en infancia o adolescencia que no respondan a Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.
- Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa en menores de 6 años o mayores de 18 años.

3.4 Estrategia de búsqueda

Para establecer una estrategia de búsqueda con el fin de optimizar la investigación se realizó una búsqueda con términos no codificados y codificados mediante el uso de descriptores del Medical Subject Headings (Mesh) entre las diferentes bases de datos las cuales fueron “Cinahlit”, “Medline complete”, “Pubmed” y “Web Of Science”. (**Anexo 1**).

DESCRIPTORES NO CODIFICADOS	DESCRIPTORES CODIFICADOS (MESH)
Anorexia	Anorexia
Bulimia	Bulimia
Adolescents	Adolescents
Childhood	Child
Eating disorders	Feeding and eating disorders
Family	Family

Tabla 7: Descriptores no codificados y descriptores codificados según el Medical Subject Headings (Mesh). Elaboración propia.

3.4.1 Búsqueda inicial

La búsqueda inicial fue electrónica mediante la investigación en las bases de datos mencionadas anteriormente.

En primer lugar se utilizaron los descriptores Mesh “Anorexia”, “Bulimia”, “Adolescents”, “Childhood/Child”, “Eating disorders” y “Family” sin ningún tipo de filtro y se realizaron dos ecuaciones de búsqueda principales, una codificada y otra no codificada las cuales fueron las siguientes:

("Anorexia"[Mesh]) AND "Bulimia"[Mesh]) AND "Eating Disorders" AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Child"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]

- No se obtuvieron resultados en ninguna de las bases de datos utilizadas.

Tabla 8: Búsqueda inicial con descriptores Mesh codificados sin filtros. Elaboración propia.

Anorexia and bulimia and eating disorders and adolescents and childhood and family

- “Cinahl with full text” 12 resultados sin filtros.
- “Medline Complete” 22 resultados sin filtros.
- “Pubmed”: 33 resultados sin filtros.
- “Dialnet” 0 resultados sin filtros.
- “Web of Science” 112 resultados sin filtros.

Tabla 9: Búsqueda inicial con descriptores no codificados sin filtros. Elaboración propia.

Con la finalidad de ampliar los resultados de la búsqueda inicial, ya que se tuvo una complicación para la selección de artículos por su escasez de información respecto al objeto de estudio, se procedió a una búsqueda de los descriptores Mesh por pares más amplia entre las diferentes bases de datos utilizadas.

Los resultados de esta búsqueda fueron (**Tabla 10**):

- “Cinahl” en el cual se obtuvieron un total de 5098 artículos.
- “Medline Complete” en el cual se obtuvieron un total 21767 artículos.
- “Pubmed” en el cual se obtuvieron un total de 2283 artículos.
- “Dialnet” en el cual se obtuvieron un total de 364 artículos.
- “Web of sciencie” en el cual se obtuvieron un total de 772 artículos.

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	RESULTADOS SIN FILTROS	TOTAL
CINAHL	anorexia and adolescents	1542	
CINAHL	bulimia and adolescents	1063	
CINAHL	anorexia and childhood	468	5098
CINAHL	bulimia and childhood	336	
CINAHL	eating disorders and family	1689	
MEDLINE COMPLETE	anorexia and adolescents	10617	
MEDLINE COMPLETE	bulimia and adolescents	5893	
MEDLINE COMPLETE	anorexia and childhood	825	21767
MEDLINE COMPLETE	bulimia and childhood	500	
MEDLINE COMPLETE	eating disorders and family	3932	
PUBMED	anorexia and adolescents	916	
PUBMED	bulimia and adolescents	322	2283
PUBMED	anorexia and childhood	111	
PUBMED	bulimia and childhood	41	
PUBMED	eating disorders and family	893	
DIALNET	anorexia and adolescents	97	
DIALNET	bulimia and adolescents	63	364
DIALNET	anorexia and childhood	21	
DIALNET	bulimia and childhood	8	
DIALNET	eating disorders and family	175	
WEB OF SCIENCE	anorexia and adolescents	328	
WEB OF SCIENCE	bulimia and adolescents	173	772
WEB OF SCIENCE	anorexia and childhood	38	
WEB OF SCIENCE	bulimia and childhood	22	
WEB OF SCIENCE	eating disorders and family	211	

Tabla 10: Búsqueda inicial sin filtros. Elaboración propia.

3.4.2 Búsqueda bibliográfica

Para mejorar la búsqueda se realizaron diferentes combinaciones de los descriptores Mesh con el objetivo de obtener unos resultados más concretos.

Para ello se utilizan los siguientes filtros:

- Tipo de artículo (Revisiones bibliográficas o sistemáticas, metaanálisis, estudios experimentales, estudio de casos).
- Texto y resumen completos disponibles.
- Año de publicación de antigüedad máxima de 5 años. (2017 a 2022).
- Marcador booleano “AND”.
- Humanos.

Los resultados de la búsqueda bibliográfica estuvieron divididos en aquellos que se encontraron en la búsqueda inicial con la ecuación de búsqueda no codificada y posteriormente con los encontrados en la búsqueda por pares:

1. Ecuación de búsqueda: *“Anorexia and bulimia and eating disorders and adolescents and childhood and family”*. **(Tabla 11)**
 - a. “Cinahl”: 1 artículo.
 - b. “Medline Complete”: 3 artículos.
 - c. “Pubmed”: 6 artículos.
 - d. “Dialnet”: 0 artículos.
 - e. “Web Of Science”: 14 artículos.
2. Búsqueda por pares:
 - “Cinahl”: 679 artículos. **(Tabla 12)**
 - “Medline Complete”: 2291 artículos. **(Tabla 13)**
 - “Pubmed”: 168 artículos. **(Tabla 14)**
 - “Dialnet”: 315 artículos. **(Tabla 15)**
 - “Web of Science”: 122 artículos. **(Tabla 16)**

Seguidamente, se procedió a la lectura completa del título y resumen de los artículos seleccionados en la búsqueda con filtros y se descartaron algunos artículos que no cumplían los criterios de inclusión dejando como resultados:

- Ecuación de búsqueda: *“Anorexia and bulimia and eating disorders and adolescents and childhood and family”*: 2 artículos. **(Tabla 11)**
- “Cinahl”: 10 artículos. **(Tabla 12)**
- “Medline Complete”: 4 artículos. **(Tabla 13)**
- “Pubmed”: 7 artículos. **(Tabla 14)**
- “Dialnet”: 8 artículos. **(Tabla 15)**
- “Web of Science”: 2 artículos. **(Tabla 16)**

Posteriormente, se va a reflejar la búsqueda mediante el uso de tablas con los descriptores Mesh y marcadores booleanos utilizados en cada búsqueda en las diferentes bases de datos seleccionadas para el estudio, así como los filtros aplicados.

3.5 Artículos obtenidos en bases de datos

BASES DE DATOS	FILTROS APLICADOS: Booleano/Descriptor: "Anorexia and bulimia and eating disorders and adolescents and childhood and family" Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano	TOTAL	SELECCIONADOS
Cinahl		1	0
Medline complete		3	1
Pubmed		6	0
Dialnet		0	0
Web of science		14	1

Tabla 11: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos "Cinahl with full text", "Medline Complete", "Pubmed", "Dialnet" y "Web Of Science". Elaboración propia

CINAHL			
DESCRIPTORES	FILTROS APLICADOS	TOTAL	SELECCIONADOS
anorexia and adolescents	Booleano/Descriptor: anorexia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: adolescent: 13-18 años	215	3
bulimia and adolescents	Booleano/Descriptor: bulimia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad:	151	2

	adolescent: 13-18 años		
anorexia and childhood	Booleano/Descriptor: anorexia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años	53	4
bulimia and childhood	Booleano/Descriptor:: bulimia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años	32	0
eating disorders and family	Booleano/Descriptor: eating disorders and family Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano	228	1

Tabla 12: Búsqueda bibliográfica CINAHL WITH FULL TEXT. Elaboración propia.

MEDLINE COMPLETE			
DESCRIPTORES	FILTROS APLICADOS	TOTAL	SELECCIONADOS
anorexia and adolescents	Booleano/Descriptor: anorexia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano subconjunto de publicaciones y citas: MEDLINE Edad: adolescent: 13-18 años	915	2

bulimia and adolescents	Booleano/Descriptor: bulimia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano subconjunto de publicaciones y citas: MEDLINE Edad: adolescent: 13-18 años	655	0
anorexia and childhood	Booleano/Descriptor: anorexia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano subconjunto de publicaciones y citas: MEDLINE Edad: child: 6-12 años	72	1
bulimia and childhood	Booleano/Descriptor: bulimia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano subconjunto de publicaciones y citas: MEDLINE Edad: child: 6-12 años	34	0
eating disorders and family	Booleano/Descriptor: eating disorders and family Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano subconjunto de publicaciones y citas: MEDLINE	615	1

Tabla 13: Búsqueda bibliográfica MEDLINE COMPLETE. Elaboración propia.

PUBMED			
DESCRIPTORES	FILTROS APLICADOS	TOTAL	SELECCIONADOS
anorexia and adolescents	Booleano/Descriptor: anorexia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: free full text revisión y metaanálisis fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: adolescent: 13-18 años Idioma: inglés y español	53	2
bulimia and adolescents	Booleano/Descriptor: bulimia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: free full text revisión y metaanálisis fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: adolescent: 13-18 años Idioma: inglés y español	22	0
anorexia and childhood	Booleano/Descriptor: anorexia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: free full text revisión y metaanálisis fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años Idioma: inglés y español	5	4
bulimia and childhood	Booleano/Descriptor: bulimia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: free full text revisión y metaanálisis fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años	7	0

	Idioma: inglés y español		
eating disorders and family	Booleano/Descriptor: eating disorders and family Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: free full text revisión y metaanálisis fecha publicación: 2017-2022 humano Idioma: inglés y español	81	1

Tabla 14: Búsqueda bibliográfica PUBMED. Elaboración propia.

DIALNET			
DESCRIPTORES	FILTROS APLICADOS	TOTAL	SELECCIONADOS
anorexia and adolescents	Booleano/Descriptor: anorexia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: artículos de revista	85	3
bulimia and adolescents	Booleano/Descriptor: bulimia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: artículos de revista	56	2
anorexia and childhood	Booleano/Descriptor: anorexia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: artículos de revista	16	1
bulimia and childhood	Booleano/Descriptor: bulimia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: artículos de revista	6	0
eating disorders and family	Booleano/Descriptor: eating disorders and family Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: artículos de revista	152	2

Tabla 15: Búsqueda bibliográfica DIALNET. Elaboración propia.

WEB OF SCIENCE			
DESCRIPTORES	FILTROS APLICADOS	TOTAL	SELECCIONADOS
anorexia and adolescents	Booleano/Descriptor: anorexia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: adolescent: 13-18 años	45	1
bulimia and adolescents	Booleano/Descriptor: bulimia and adolescents Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: adolescent: 13-18 años	24	0
anorexia and childhood	Booleano/Descriptor: anorexia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años	7	0
bulimia and childhood	Booleano/Descriptor:: bulimia and childhood Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores: texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano Edad: child: 6-12 años	4	0
eating disorders and family	Booleano/Descriptor: eating disorders and family Ampliadores: aplicar materias equivalentes Limitadores:	42	1

	texto completo resumen disponible fecha publicación: 2017-2022 humano		
--	--	--	--

Tabla 16: Búsqueda bibliográfica WEB OF SCIENCE. Elaboración propia.

3.5.1 Diagrama de flujo para la selección de artículos

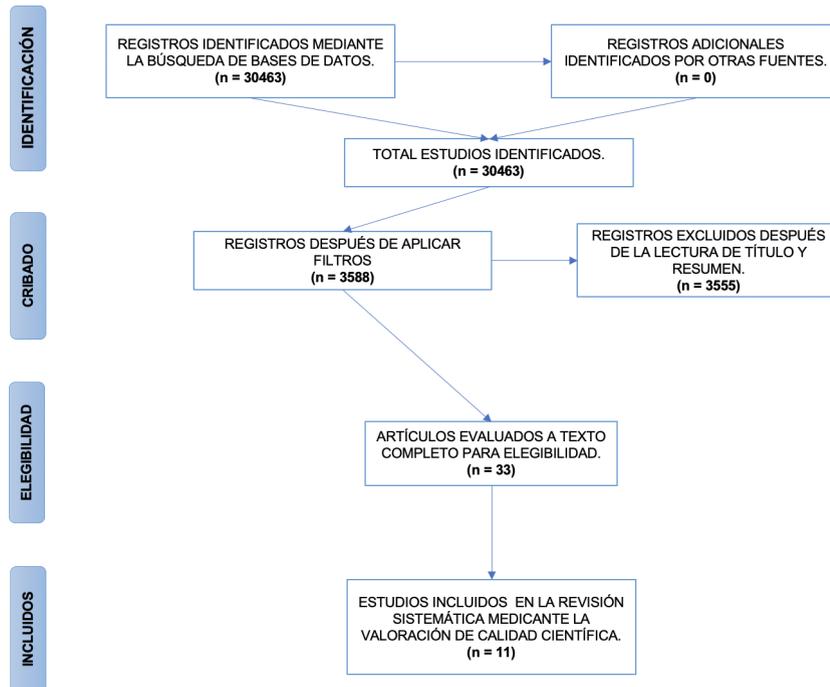


Figura 3: Diagrama de flujo PRISMA. Elaboración propia.

3.6 Evaluación de la calidad metodológica de los artículos

Para proceder a la evaluación de la calidad metodológica de los artículos de esta revisión bibliográfica se utilizó la Lectura Crítica CASPe (**Anexo 2**). A través de esta metodología se permite analizar la calidad metodológica de los estudios científicos seleccionados a través de dar respuesta a un total de diez preguntas con las que se determina si el estudio presenta una calidad alta.

Esta escala responde a tres grandes cuestiones:

- ¿Son válidos los resultados del estudio?
- ¿Cuáles son los resultados?
- ¿Son los resultados aplicables?

Finalmente, después de pasar las preguntas a los 33 artículos seleccionados para comprobar la calidad y fiabilidad, se seleccionaron un total de 11 artículos los cuales presentan una calidad media/alta.

4. RESULTADOS

Los resultados están relacionados con los artículos obtenidos a partir del uso de la Lectura Crítica CASPe (**Anexo 2**). Los 11 estudios incluidos en esta revisión fueron publicados entre 2017 y 2032 en diferentes países.

4.1 Características de los artículos obtenidos

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TÍTULO	DISEÑO DE ESTUDIO	OBJETIVO DEL ESTUDIO	RESULTADOS
Lacambra et al. ²² 2023	Trastornos de la conducta alimentaria en el adolescente.	Revisión sistemática.	Recabar información sobre los TCA y aspectos relacionados sobre esta enfermedad en la adolescencia para fomentar el conocimiento de este trastorno.	Los resultados mostraron un aumento de los TCA sobretodo en mujeres adolescentes en edades más tempranas durante la última década a causa del énfasis que pone la sociedad sobre el valor de los cuerpos delgados, contribuyendo además al temor al rechazo.
Martín et al. ²³ 2022	Revisión bibliográfica sobre el abordaje de la bulimia desde la atención primaria.	Revisión bibliográfica.	Fomento de la detección precoz de la bulimia nerviosa en atención primaria.	El papel de la enfermería es fundamental ya que la detección de la bulimia nerviosa es esencialmente clínico. Los resultados demuestran lo importante que es para la prevención de los TCA conocer en qué consiste la alimentación equilibrada en los adolescentes y los peligros que conveñan las dietas restrictivas.
Ferreruela et al. ²⁴ 2021	Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa.	Estudio de casos. n=1	Plan de actuación frente a una paciente de 13 años que acude desde su centro de salud por pérdida de 11 kg en 5 meses y dismorfofobia de 6 meses de evolución.	La anorexia nerviosa es un problema actual sobretodo en los países occidentales. La AN tiene una edad de inicio más temprana que la BN y en España 9 de cada 10 casos se da en el sexo femenino, con una prevalencia según este estudio de 4.1% a 6.4% en mujeres entre los 12 y los 21 años y del 0.3% en hombres. En las mujeres adolescentes de países occidentales se estima prevalencia del 1% para la An y 2-4% para la BN.

Naele y Hudson. ²⁵ 2020	Anorexia nervosa in adolescents.	Revisión sistemática.	Describir la presentación, etiología y tratamiento de este trastorno con un enfoque en los riesgos para la salud física.	Evidencia la importancia del reconocimiento y la intervención temprana de la AN para lograr unos buenos resultados en los adolescentes.
Arias y Grasst. ²⁶ 2020	Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes, familia y adolescencia.	Revisión sistemática.	Se centra en la influencia del funcionamiento familiar en relación con la aparición de los TCA en los adolescentes.	La familia, en especial padres y madres son los que más posibilidades tienen de ayudar a sus hijos por ser los más cercanos y los que antes pueden detectar cualquier cambio en la conducta del niño/a o adolescente. Pueden ser de gran apoyo o suponer una desventaja total en caso de no actuar de forma acertada.
Castiblanco et al. ²⁷ 2020	Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia.	Revisión integrativa de la literatura.	Proporcionar conocimientos adecuados para el profesional de enfermería y equipo multidisciplinar para promocionar, prevenir y rehabilitar las conductas alimentarias para reducir su progresión.	Los cuidados y las intervenciones de enfermería son esenciales para la detección y recuperación de los adolescentes en etapas iniciales de anorexia ya que ayudan a reducir la progresión de la enfermedad y la expresión de sentimientos. Cuidados enfocados a un cambio respecto a la conducta alimentaria. Considera la anorexia como uno de los trastornos más preocupantes en la adolescencia.
Herpertz et al. ²⁸ 2019	Children in Need—Diagnoses, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa	Revisión sistemática.	Aportar información sobre cómo diagnosticar o percibir la anorexia nerviosa en la infancia.	Este estudio refleja un incremento en la tasa de prevalencia de la anorexia nerviosa y la importancia de aportar estrategias para la remisión y ayuda de los niños/as con anorexia nerviosa.
Herpertz et al. ²⁹ 2018	Outcome of childhood anorexia nervosa—The results of a five- to ten-year	Estudio de investigación experimental	Investigar los resultados de pacientes con anorexia nerviosa antes de los catorce	Los resultados evidencian el aumento de casos de anorexia infantil en los últimos años. La anorexia infantil tiene un curso desfavorable por lo

	follow-up study		años.	que necesita de intervención y detección temprana urgente.
Fisher et al. ³⁰ 2018	Family therapy approaches for anorexia nervosa	Revisión sistemática.	Evaluación de los enfoques de terapia familiar para el tratamiento de la AN mediante el uso de terapias basadas en la familia derivadas del método Maudsley o similares.	Se incluyeron 25 ensayos, de los cuales 16 fueron en adolescentes. Los resultados de este estudio reflejan una evidencia baja de sí un enfoque familiar es mejor que otro pero si hay evidencias de que la terapia familiar ayuda al aumento de peso en comparación a otras terapias.
Rodríguez et al. ³¹ 2017	Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.	Análisis exploratorio, descriptivo, de contexto clínico.	Valoración de la influencia de la conducta alimentaria familiar en el inicio y mantenimiento de un TCA así como la percepción que tiene la familia de la influencia de las redes sociales en su hijo/a.	Los resultados muestran la necesidad de hacer hincapié en la educación nutricional dirigida no solo a los pacientes con TCA, sino también a sus familias. Además de la necesidad de facilitar información a los padres sobre la influencia y riesgo de las redes sociales en la infancia/adolescencia.
Barajas et al. ³² 2017	Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: perfiles de personalidad asociados a la anorexia y a la bulimia nerviosa	Estudio comparativo.	Compara los diferentes perfiles de personalidad entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en los adolescentes para ayudar a su diagnóstico.	La anorexia nerviosa en el adolescente se presenta con un perfil de conformismo, egocentrismo y histrionismo. Por lo contrario, el adolescente con bulimia nerviosa se presenta con rebeldía, sumisión y limitismo.

Tabla 17: Contenido artículos seleccionados. *Elaboración propia.*

5. DISCUSIÓN

A través del estudio de las diferentes bases de la literatura se ha procedido a hacer un análisis más profundo a modo de discusión. Para poder dar respuesta a los objetivos previamente expuestos se ha dividido este apartado en tres subapartados de los cuales el primero da respuesta al objetivo general, el segundo al objetivo específico 1 y específico 2 y el tercer subapartado refiere al objetivo específico 3.

5.1 Importancia de incluir la detección precoz de anorexia y bulimia nerviosa en el Programa de Salud Infantil (PSI) de la asociación española de pediatría

La detección precoz de la AN y BN en la infancia y en la adolescencia necesita de especial atención por lo que su prevención debería enfocarse en primer lugar desde la Atención Primaria (AP). Es en este momento donde el Programa de Salud Infantil (PSI) tiene un papel fundamental para la detección y prevención de estas enfermedades ya que incluye el cribado necesario para cualquier enfermedad en la edad infantil y adolescente. Además, este programa está dividido en visitas periódicas por edades empezando desde los 0 a los 18 años y cuenta con recomendaciones para las personas a cargo del niño/a o adolescente.

La atención primaria es el primer contacto que tienen los niños/as con el sistema de salud. Martín et al.²³ en su estudio plantea el fomento de la detección precoz de los TCA desde AP, en especial de la bulimia nerviosa, ya que es esencialmente clínico. Remarca la importancia de la enfermería en la educación para la salud hacia los padres/madres y niños/as o adolescentes, sobretodo a nivel alimentario. Además considera que se debe de trabajar mucho más a nivel preventivo en el que influyen diversos factores modificables como son los hábitos alimentarios o los conceptos equívocos que tiene la sociedad sobre el peso y sobre aquellos factores que no son modificables como la genética.

Lacambra et al.²² da evidencia en su estudio de las consecuencias negativas en las que puede derivar el uso indiscriminado de dietas innecesarias así como del mal uso de las redes sociales en el desarrollo de este trastorno, por lo que propone la actuación y sensibilización de los trastornos de la conducta alimentaria desde la infancia poniendo énfasis en favorecer la autoestima y la autoimagen, el disfrute social y la comunicación interpersonal, la educación sobre una alimentación saludable haciendo hincapié en no saltarse comidas y la importancia de realizar al menos una comida al día con la familia. Propone además la necesidad de trabajar herramientas de asertividad con los niños/as y adolescentes para que estos sean capaces de resistir las bromas y la presión social y establecer estrategias para evitar ansiedades durante la crisis de la adolescencia. Además no solo propone la necesidad de actuar sobre los niños/as o adolescentes sino también con la familia y la formación de los profesionales de la salud sobre la educación en los factores de riesgo principales de estas enfermedades.

A través del análisis de estos estudios se puede evidenciar no solo la necesidad de actuar y establecer estrategias eficaces para la detección precoz de la anorexia y la bulimia nerviosa desde la infancia, sino que resalta el papel fundamental de la enfermería a nivel psicológico y a nivel nutricional ya que en la actualidad en atención primaria la enfermería es la encargada de llevar este control directo sobre los niños/as en edad pediátrica junto a la pediatría en diversos controles por edad hasta los 14 años, por lo que teniendo en cuenta que durante la adolescencia también se dan cada vez más casos de estos trastornos, estas revisiones no deberían de tener fin a los 14 años sino que deberían los niños/as y adolescentes tener controles hasta su mayoría de edad a los 18 años donde ya son ellos mismos quién pueden decidir libremente sobre su salud. En cuanto al abordaje del PSI es importante destacar que no solo está enfocado al trabajo con las personas afectadas de una enfermedad, sino que también incluye el trabajo con las familias y con los profesionales de la salud como enfermería, por lo que incluir anorexia y bulimia podría ser un gran comienzo hacia el fomento de la detección precoz.

5.2 Necesidad de conocer el inicio y desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosa en infancia y adolescencia así como la forma de actuación frente a estas enfermedades

Lacambra et al.²², Herpertz et al.^{28,29} y Ferreruela et al.²⁴ en sus estudios coinciden en que durante la última década esta habiendo un incremento de los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en edades cada vez más bajas y mayoritariamente en el sexo femenino, tanto mujeres como niñas están siendo las más afectadas. Lacambra et al.²², destaca en su estudio el impacto de los medios de comunicación, en especial, de la televisión ya que es el medio de difusión del “estereotipo social” y de los hábitos de vida y destaca además que los contenidos en redes sociales que fomentan la AN y la BN han aumentado un 470% lo que es realmente preocupante.

Sin embargo, los estudios de Herpertz et al.^{28,29} y Ferreruela et al.²⁴ dan evidencia a la necesidad urgente de intervención y detección precoz de la anorexia en la infancia ya que destaca que además de sufrir un incremento de la tasa de prevalencia, la anorexia infantil tiende a tener un curso desfavorable. Ambos coinciden en la importancia de conocer cómo afecta esta enfermedad en edades tempranas y remarcan la escasez de información y conocimiento que tiene la sociedad y el personal sanitario en cuanto al manejo y actuación de la anorexia infantil.

La formación de enfermería para el manejo de la conducta alimentaria es esencial para promocionar, prevenir y rehabilitar los malos hábitos alimentarios. Castilblanco et al.²⁷ también coincide con los estudios de Lacambra et al.²² y Martín et al.²³ y considera que una buena formación en los cuidados y las intervenciones de los niños/as o adolescentes con anorexia puede ayudar a reducir la progresión de esta enfermedad, así como facilitar la detección precoz.

La anorexia y la bulimia son enfermedades alimentarias con características diferentes por lo que diferenciar clínicamente estos perfiles también puede favorecer un mejor manejo de estas

enfermedades. Barajas et al.³² presenta la AN con un perfil común de conformista, egocéntrico e histriónico y la BN como rebelde y sumiso.

Con todo esto, se da evidencia de que los TCA ya son un problema que afecta a todas las edades y que necesita de visibilización y sensibilización desde la infancia.

5.3 Importancia de incluir a los padres, madres o cuidadores en el programa para el fomento de la detección precoz de la anorexia y bulimia nerviosa

La detección precoz de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa no solo está en manos de los profesionales de la salud, sino que también tiene unas competencias muy importantes la familia como bien se ha mencionado en los subapartados anteriores, ya que son el círculo más cercano al enfermo por lo que facilitarles las herramientas necesarias para que puedan detectar y manejar estos trastornos en sus hijos favorecerá ya no solo la detección precoz sino también la disminución de aparición.

Arias et al.²⁶, Fisher et al.³⁰ y Rodriguez et al.³¹ coinciden en la importancia de una buena educación nutricional dirigida a las familias para la prevención y manejo de estos TCA ya que consideran que son los que más posibilidades tienen de ayudar, pueden aportar grandes ventajas o suponer una desventaja si no saben actuar de forma adecuada.

Lacambra et al.²² en su estudio también considera que el trabajo con la familia debe de estar enfocado a nivel de sobreprotección ya que protección y sobreprotección no son lo mismo. Proteger es un aspecto vital pero los estilos de sobreprotección son estilos educativos que se basan en una atención excesiva hacia los niños/as o adolescente lo que traerá con el tiempo múltiples consecuencias negativas, ya que estos modelos de educación hacen a los niños/as dependientes e inseguros, con baja tolerancia a la frustración y les dificulta el desarrollo de sus habilidades. Además considera la importancia de la comunicación en cuanto a la afectividad-sexual ya que estos deben de ser capaces de escuchar y poder hablar libre y abiertamente para poder a su vez entender los sentimientos de sus hijos.

Es por ello que el trabajo con las familias no solo es a nivel de aporte de estrategias para prevenir la enfermedad sino que también es necesario observar el tipo de familia y la situación en la que se encuentran, así como el comportamiento que tienen con los niños/as o adolescentes con riesgo o sin riesgo de padecer un TCA.

5.4 Limitaciones del estudio

Esta revisión bibliográfica ha presentado una serie de limitaciones en cuanto a su estudio el cual ha ido enfocado en todo momento al vacío que existe en el Programa de Salud Infantil de la asociación española de pediatría en cuanto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa.

Son pocos los autores que han indagado sobre el aumento de los trastornos de la conducta alimentaria en edades tempranas sobretodo en la infancia lo que debería de incitar al personal del ámbito sanitario, en especial en atención primaria ha formarse y estudiar más sobre las intervenciones y los programas existentes en cuanto a los TCA en infancia, adolescentes y familia ya que tienen un papel fundamental para su detección precoz.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones del objetivo de estudio en función del análisis en diferentes fuentes literarias son las siguientes:

- Existe la necesidad de establecer intervenciones para la detección precoz de la anorexia y la bulimia nerviosa en pacientes en edad pediátrica y adolescente.
- El acceso temprano a las redes sociales influye negativamente en el inicio y proceso de estas enfermedades.
- La anorexia es una de los TCA más graves en la infancia, con mayor mortalidad y repercusión en la vida adulta seguido de la bulimia nerviosa.
- Es necesario conocer los factores de riesgo de padecer un TCA en la infancia o en la adolescencia. Estos pueden ser genéticos, psicológicos o sociales, estos últimos tienen un peso creciente en las últimas décadas ya que aumenta la vulnerabilidad de esta parte de la población en cuanto a la imposición de la sociedad de la delgadez extrema lo que aumenta la insatisfacción con el propio cuerpo y crea una distorsión de la imagen corporal.
- Se necesita estudiar más a fondo cómo afecta la anorexia y la bulimia en la infancia y en la adolescencia para poder establecer estrategias necesarias para la detección precoz.
- La familia, puede ser un factor directo de aparición de un TCA, por lo que lo importante no es trabajar solo con el niño/a o adolescente sino también con su núcleo familiar más cercano ya que de ellos puede depender gran parte del transcurso de la enfermedad.
- Es necesario hacer hincapié en una buena educación nutricional a los niños/as, adolescentes y familia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud mental del adolescente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Boe [Internet] Ministerio de Sanidad y de Consumo. 5 octubre 1993. [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1993/09/10/1575/dof/spa/pdf>
3. Boe [Internet] Constitución Española. 32 de octubre 1978 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/dof/mul/pdf](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/dof/mul/pdf)
4. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
5. Factores de riesgo y síntomas - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5.; 2014. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
7. Brunat D. Niños de seis años con anorexia: la obsesión por el peso ya afecta a los más pequeños [Internet]. El Confidencial. 2016 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/sociedad/2016-07-03/anorexia-infantil-obsesion-peso-afecta-pequenos_1226452/
8. ¿Qué son los TCA? - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>
9. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil (PSI). Exlibris Ediciones, S.L.; 1.a edición: enero 2009.

10. Anorexia [Internet]. MedlinePlus. Última revisión 4/30/2022 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000362.htm>
11. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Anorexia Nerviosa [Internet]. INGESA. 2020 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/quienesSomos/origenes.htm>
12. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. 2013 [Internet] [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
13. Moreno Villares JM, Varea Calderón V, Bousoño García C, Lama Moré R, Redecillas Ferreiro S, Peña Quintana L, et al. Nutrition status on pediatric admissions in Spanish hospitals; DHOSPE study. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [citado el 3 de enero de 2023];28(3):709–18. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300024
14. Ministerio de Sanidad IYES 2021 M. Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. 4a Edición. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Cod_CIE_10_ES_Diagn_4_Ed.pdf
15. Bulimia [Internet]. MedlinePlus. Última revisión 5/10/2020 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000341.htm#:~:text=Es%20un%20trastorno%20alimentario%20por.de%20control%20sobre%20la%20comida>
16. Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 8 de enero de 2021 [citado 2 de enero de 2023];6(8):e753. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753>
17. Prieto FJ, Herrero-Martín G, Montes-Martínez M, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Journal of negative and no positive results [Internet]. el 9 de octubre de 2020;5 Núm. 10: (OCTUBRE 2020) JONNPR 2020;5(10):1067-1261. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3955>
18. Alonso RT, Neyra MJ. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la conducta alimentaria [Internet].

- 2015 [citado el 2 de enero de 2023];(22):2352–81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250807>
19. ¿Qué se puede hacer desde casa? - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/prevencion/que-se-puede-hacer-desde-casa/>
20. OMS. Trastornos mentales [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 8 de junio de 2022 [citado el 2 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
21. Taula de diàlego per a la prevenció dels trastorns de la conducta alimentaria. Generalitat de Catalunya. T de DP a. la PDT. Guía para familias de personas afectadas por un TCA [Internet]. Barcelona, febrer de 2019. Disponible en: <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>
22. Investigación RS. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-adolescentes/>
23. Investigación RS. Revisión bibliográfica sobre el abordaje de la bulimia desde atención primaria [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-el-abordaje-de-la-bulimia-desde-atencion-primaria/>
24. Investigación RS. Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con trastorno de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-ante-un-paciente-pediatrico-con-trastorno-de-la-conducta-alimentaria-anorexia-nerviosa/>
25. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. Br J Hosp Med (Lond) [Internet]. 2020;81(6):1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
26. Arias MVA, Grasst YS. Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes familia y adolescencia. Didasc@lia: didáct educ [Internet]. 2020 [citado el 22 de marzo de 2023];11(6):1–26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7809033>

27. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodríguez JC, Sánchez-Cubillos YK, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2020 [citado el 22 de marzo de 2023];17(2):102–15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490963>
28. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need: diagnóstico, epidemiología, tratamiento y resultado de la anorexia nerviosa de aparición temprana. Nutrientes [Internet]. 2019 [citado el 2 de abril de 2023];11(8):1932. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/8/1932>
29. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Egberts KM, Kappel V, Konrad K, Vloet JA, et al. Resultado de la anorexia nerviosa infantil: los resultados de un estudio de seguimiento de cinco a diez años. Int J Eat Disord [Internet]. 2018;51(4):295–304. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22840>
30. Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;10:CD004780. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub3>
31. Rodríguez Lazo M, Hernández Camacho JD, Bolaños Ríos P, Ruiz-Prieto I, Jáuregui Lobera I. Family eating habits and perception of risk in Eating Disorders. Nutr Hosp [Internet]. 2017;32(4):1786–95. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9635.pdf>
32. Belén Barajas-Iglesias, Ignacio Jáuregui-Lobera , Isabel Laporta-Herrero and Miguel Ángel Santed-Germán. Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: perfiles de personalidad asociados a la anorexia y a la bulimia nerviosa. Nutrición Hospitalaria. el 10 de abril de 2017; Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01037/show>

8. ANEXOS

Anexo 1: Definiciones términos Mesh utilizados

National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information
Log in

MeSH MeSH Search
Limits Advanced Help

Full ▾
Send to: ▾

Anorexia

The lack or loss of APPETITE accompanied by an aversion to food and the inability to eat. It is the defining characteristic of the disorder ANOREXIA NERVOSA.

Year introduced: 1991(1975)

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

<input type="checkbox"/> blood	<input type="checkbox"/> epidemiology	<input type="checkbox"/> pathology
<input type="checkbox"/> cerebrospinal fluid	<input type="checkbox"/> ethnology	<input type="checkbox"/> physiopathology
<input type="checkbox"/> chemically induced	<input type="checkbox"/> etiology	<input type="checkbox"/> prevention and control
<input type="checkbox"/> classification	<input type="checkbox"/> genetics	<input type="checkbox"/> psychology
<input type="checkbox"/> complications	<input type="checkbox"/> history	<input type="checkbox"/> radiotherapy
<input type="checkbox"/> diagnosis	<input type="checkbox"/> immunology	<input type="checkbox"/> rehabilitation
<input type="checkbox"/> diagnostic imaging	<input type="checkbox"/> metabolism	<input type="checkbox"/> surgery
<input type="checkbox"/> diet therapy	<input type="checkbox"/> microbiology	<input type="checkbox"/> therapy
<input type="checkbox"/> drug therapy	<input type="checkbox"/> mortality	<input type="checkbox"/> urine
<input type="checkbox"/> economics	<input type="checkbox"/> nursing	<input type="checkbox"/> veterinary
<input type="checkbox"/> embryology	<input type="checkbox"/> parasitology	<input type="checkbox"/> virology
<input type="checkbox"/> enzymology		

Restrict to MeSH Major Topic.

Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): C23.888.821.108

MeSH Unique ID: D000855

Entry Terms:

PubMed Search Builder

Add to search builder
AND ▾

Search PubMed

[You Tube](#) [Tutorial](#)

Related information

PubMed

PubMed - Major Topic

Clinical Queries

NLM MeSH Browser

MedGen

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

Anorexia MeSH

anorexia (3) MeSH

Feeding and Eating Disorders MeSH

National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information
Log in

MeSH MeSH Search
Limits Advanced Help

Full ▾
Send to: ▾

Bulimia

Eating an excess amount of food in a short period of time, as seen in the disorder of BULIMIA NERVOSA. It is caused by an abnormal craving for food, or insatiable hunger also known as "ox hunger".

Year introduced: 1987

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

<input type="checkbox"/> blood	<input type="checkbox"/> epidemiology	<input type="checkbox"/> parasitology
<input type="checkbox"/> cerebrospinal fluid	<input type="checkbox"/> ethnology	<input type="checkbox"/> pathology
<input type="checkbox"/> chemically induced	<input type="checkbox"/> etiology	<input type="checkbox"/> physiopathology
<input type="checkbox"/> classification	<input type="checkbox"/> genetics	<input type="checkbox"/> prevention and control
<input type="checkbox"/> complications	<input type="checkbox"/> history	<input type="checkbox"/> psychology
<input type="checkbox"/> diagnosis	<input type="checkbox"/> immunology	<input type="checkbox"/> rehabilitation
<input type="checkbox"/> diagnostic imaging	<input type="checkbox"/> metabolism	<input type="checkbox"/> surgery
<input type="checkbox"/> diet therapy	<input type="checkbox"/> microbiology	<input type="checkbox"/> therapy
<input type="checkbox"/> drug therapy	<input type="checkbox"/> mortality	<input type="checkbox"/> urine
<input type="checkbox"/> economics	<input type="checkbox"/> nursing	<input type="checkbox"/> virology
<input type="checkbox"/> enzymology		

Restrict to MeSH Major Topic.

Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): C23.888.821.645.500

MeSH Unique ID: D002032

Entry Terms:

- Bulimias

PubMed Search Builder

Add to search builder
AND ▾

Search PubMed

[You Tube](#) [Tutorial](#)

Related information

PubMed

PubMed - Major Topic

Clinical Queries

NLM MeSH Browser

MedGen

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

Bulimia MeSH

bulimia (2) MeSH

Anorexia MeSH


National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information
Log in

MeSH MeSH Search
Limits Advanced Help

Adolescent
A person 13 to 18 years of age.

PubMed search builder options
[Subheadings:](#)

legislation and jurisprudence physiology

Restrict to MeSH Major Topic.
 Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): M01.060.057
MeSH Unique ID: D000293
Entry Terms:

- Adolescents
- Adolescence
- Teens
- Teen
- Teenagers
- Teenager
- Youth
- Youths
- Adolescents, Female
- Adolescent, Female
- Female Adolescents
- Female Adolescents
- Adolescents, Male
- Adolescent, Male
- Male Adolescent

Send to: ▾

PubMed Search Builder

AND ▾

[YouTube Tutorial](#)

Related information

PubMed

PubMed - Major Topic

Clinical Queries

NLM MeSH Browser

Recent Activity


National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information
Log in

MeSH MeSH Search
Limits Advanced Help

Family
A social group consisting of parents or parent substitutes and children.

PubMed search builder options
[Subheadings:](#)

ethnology history psychology

Restrict to MeSH Major Topic.
 Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): F01.829.263, I01.880.853.150
MeSH Unique ID: D005190
Entry Terms:

- Families
- Family Members
- Family Member
- Relatives
- Filiation
- Kinship Networks
- Kinship Network
- Network, Kinship
- Networks, Kinship
- Family Life Cycles
- Life Cycle, Family
- Life Cycles, Family
- Family Life Cycle
- Family Research
- Research, Family

Send to: ▾

PubMed Search Builder

AND ▾

[YouTube Tutorial](#)

Related information

PubMed

PubMed - Major Topic

Clinical Queries

NLM MeSH Browser

Recent Activity

MeSH

MeSH

[Search](#)

[Limits](#) [Advanced](#)

[Help](#)

Full ▾

Send to: ▾

Feeding and Eating Disorders

A group of disorders characterized by physiological and psychological disturbances in appetite or food intake.
 Year introduced: 2016 (1983)

PubMed search builder options

[Subheadings:](#)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> blood | <input type="checkbox"/> enzymology | <input type="checkbox"/> pathology |
| <input type="checkbox"/> cerebrospinal fluid | <input type="checkbox"/> epidemiology | <input type="checkbox"/> physiopathology |
| <input type="checkbox"/> chemically induced | <input type="checkbox"/> ethnology | <input type="checkbox"/> prevention and control |
| <input type="checkbox"/> classification | <input type="checkbox"/> etiology | <input type="checkbox"/> psychology |
| <input type="checkbox"/> complications | <input type="checkbox"/> genetics | <input type="checkbox"/> radiotherapy |
| <input type="checkbox"/> congenital | <input type="checkbox"/> history | <input type="checkbox"/> rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> diagnosis | <input type="checkbox"/> immunology | <input type="checkbox"/> surgery |
| <input type="checkbox"/> diagnostic imaging | <input type="checkbox"/> metabolism | <input type="checkbox"/> therapy |
| <input type="checkbox"/> diet therapy | <input type="checkbox"/> microbiology | <input type="checkbox"/> urine |
| <input type="checkbox"/> drug therapy | <input type="checkbox"/> mortality | <input type="checkbox"/> veterinary |
| <input type="checkbox"/> economics | <input type="checkbox"/> nursing | <input type="checkbox"/> virology |
| <input type="checkbox"/> embryology | <input type="checkbox"/> parasitology | |

Restrict to MeSH Major Topic.

Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Tree Number(s): F03.400

MeSH Unique ID: D001068

Entry Terms:

- Eating and Feeding Disorders

PubMed Search Builder

[Add to search builder](#) [AND](#) ▾

[Search PubMed](#)

[YouTube](#) [Tutorial](#)

Related information

[PubMed](#)

[PubMed - Major Topic](#)

[Clinical Queries](#)

[NLM MeSH Browser](#)

[dbGaP Links](#)

[MedGen](#)

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

-  [Feeding and Eating Disorders](#) MeSH
-  [eating disorders \(2\)](#) MeSH

Anexo 2: Lectura crítica CASPe

A/ ¿Son válidos los resultados del estudio?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Existió una comparación con una prueba de referencia adecuada?</p> <p>PISTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Es correcto el patrón de oro? (no siempre se puede aplicar el mismo patrón de oro a todos los pacientes). 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>
<p>2 ¿Incluyó la muestra un espectro adecuado de pacientes?</p> <p>PISTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Están adecuadamente descritos los pacientes y cómo se seleccionaron? Casi cualquier prueba distingue entre sanos y gravemente enfermos. 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>
<p>3 ¿Existe una adecuada descripción de la prueba?</p> <p>PISTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Se define con claridad qué es un resultado positivo y qué es un resultado negativo? ¿Se especifica la reproducibilidad de la prueba (este puede ser un punto clave en pruebas que dependen del observador como las técnicas de imagen)? 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>

¿Merece la pena continuar?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Se pueden calcular los Cocientes de Probabilidad (Likelihood ratios)?</p> <p>PISTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Se han tenido en cuenta los pacientes con resultado "no concluyentes"? ¿Se pueden calcular los cocientes de probabilidad para distintos niveles de la prueba, si procede? 	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Enfermos</td> <td>No enfermos</td> </tr> <tr> <td>Test +</td> <td>a=</td> <td>b=</td> </tr> <tr> <td>Test -</td> <td>c=</td> <td>d=</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidad = $a/(a+c)$. Especificidad = $d/(b+d)$. LR+ = $\text{sens}/(1-\text{esp})$. LR- = $(1-\text{sens})/\text{esp}$. 		Enfermos	No enfermos	Test +	a=	b=	Test -	c=	d=
	Enfermos	No enfermos								
Test +	a=	b=								
Test -	c=	d=								
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hay que buscar o calcular los intervalos de confianza de los cocientes de probabilidad. 										

Preguntas "de matiz"

<p>4 ¿Hubo evaluación "ciega" de los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Las personas que interpretaron la prueba conocían los resultados del patrón de oro (y viceversa)? 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>
<p>5 ¿La decisión de realizar el patrón de oro fue independiente del resultado de la prueba problema?</p> <p>PISTAS:</p> <p>Considerar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se incluyeron preferentemente los resultados positivos en la prueba a evaluar. Se utilizaron diferentes patrones de oro en los positivos y en los negativos 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>

CASPe

C/ ¿Son los resultados aplicables al escenario?

<p>8 ¿Serán satisfactorios en el ámbito del escenario la reproducibilidad de la prueba y su interpretación?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Considera si el ámbito de la prueba es demasiado diferente al del escenario 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>
<p>9 ¿Es aceptable la prueba en este caso?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Considera la disponibilidad de la prueba, los riesgos/molestias de la prueba y los costes 	<p>SÍ</p> <p>NO SE PUEDE SABER</p> <p>NO</p>
<p>10 ¿Modificarán los resultados de la prueba la decisión sobre cómo actuar?</p> <p>PISTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde la perspectiva del escenario, si la actitud no va a cambiar, la prueba es (al menos) inútil. Considera el umbral de acción y la probabilidad de enfermedad antes y después de la prueba. 	<p>SÍ</p> <p>NO</p>

CASPe

Fuente: Cabello, J.B. por CASPe.