

El peso de la imagen corporal (parte 2): Trastornos de la conducta alimentaria

Nicole Crimer

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Alejandrina Lo Sasso

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías complejas que alteran los hábitos alimentarios y generan una preocupación persistente por la imagen corporal, con un impacto profundo en la salud integral y el entorno familiar. Su etiología multifactorial vincula factores genéticos, psicológicos y socioculturales, donde destaca la presión por ideales estéticos poco realistas. En Argentina, se estima que entre el 10% y el 15% de la población presenta algún tipo de TCA, con una incidencia creciente en adolescentes tras la pandemia y el uso intensivo de redes sociales.

Esta segunda entrega —complementaria a la exploración de las "zonas grises" y los mandatos de delgadez analizados en la primera parte— se enfoca de manera específica en las herramientas clínicas para el diagnóstico sindromático, el manejo clínico-nutricional y el tratamiento de los TCA definidos. En este escenario, el médico de familia debe distinguir con precisión entre quienes presentan un cuadro clínico estructurado que precisa un abordaje interdisciplinario estricto, y aquellos que, sin cumplir criterios diagnósticos cerrados, padecen un sufrimiento subjetivo que amerita acompañamiento y validación. Diferenciar estos matices evita tanto la medicalización innecesaria como la progresión del malestar. Un abordaje integral, el apoyo familiar y la prevención temprana basada en la diversidad corporal resultan determinantes para el pronóstico. Finalmente, se subraya que, más allá de la respuesta clínica, es imperativa una transformación cultural sobre el cuerpo y la alimentación para reducir la prevalencia de estos trastornos.

Punto de vista PROFAM

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conforman un grupo de patologías caracterizadas por alteraciones significativas en los hábitos alimentarios y una preocupación persistente por el peso y la imagen corporal. Estas condiciones conllevan un compromiso psicológico profundo con un impacto severo tanto en la salud física como en la calidad de vida de la persona y su entorno familiar.

En las últimas décadas, su prevalencia en Argentina ha aumentado de forma notable. Si bien históricamente se asociaban a poblaciones urbanas de nivel socioeconómico medio y alto, hoy se evidencia que afectan a personas de diversos contextos sociales y culturales.

La adolescencia constituye un período de máxima vulnerabilidad. En esta etapa, los profundos cambios físicos y emocionales convergen con la búsqueda de identidad y la presión por alcanzar ideales estéticos poco realistas. Esta combinación suele derivar en insatisfacción corporal y conductas alimentarias desadaptativas.

La mortalidad asociada a los TCA en general es significativamente más alta que en la población general. Un metanálisis reciente reporta que el riesgo de muerte en personas con TCA es 4,4 veces mayor en comparación con la población general, y en el caso de la anorexia nerviosa en particular, el riesgo asciende a aproximadamente 5,3 veces¹. Las principales causas de muerte en estos pacientes son el suicidio y las complicaciones médicas graves, como las arritmias secundarias a desequilibrios electrolíticos, la insuficiencia cardíaca y la deshidratación². En el caso de la anorexia nerviosa, se estima que entre el 17 y el 20 % de las muertes se deben al suicidio. En adolescentes y adultos jóvenes hospitalizados por TCA, el riesgo de internación por autolesiones o intentos de suicidio es 46 veces mayor que en quienes no presentan estos trastornos mentales, y la mortalidad en los tres años posteriores a la hospitalización es 13 veces superior a la de la población general³.

Para dimensionar esta realidad, cabe recordar que, si bien los accidentes no intencionales son la primera causa de muerte en adolescentes y el suicidio la segunda, la presencia de un TCA multiplica de manera exponencial el riesgo de estos desenlaces fatales.

Epidemiología

Los TCA son cada vez más frecuentes en adolescentes y personas jóvenes, sobre todo en mujeres. Según una revisión reciente sobre estudios en países occidentales, entre el 5,5 % y el 17,9 % de las mujeres jóvenes, y entre el 0,6 % y el 2,4 % de los varones jóvenes, presentaron algún tipo de TCA antes de alcanzar la adultez⁴. Específicamente, anorexia nerviosa afecta entre el 0,8 % y el 6,3 % de las mujeres, y entre el 0,1 % y el 0,3 % de los varones; la bulimia nerviosa, all 0,8 % a 2,6 % de las mujeres y al 0,1 % a 0,2 % de los varones; mientras que el trastorno por atracón —el más frecuente— alcanza una prevalencia del 0,6 % al 6,1 % en mujeres y del 0,3 % al 0,7 % en varones. A estos se suman los trastornos de la conducta alimentaria especificados y no especificados, los cuales también presentan una elevada frecuencia.

En Argentina, aunque no existen cifras oficiales centralizadas, la evidencia disponible indica que los TCA afectan a entre el 10 % y el 15 % de la población general, con una proporción de casos en mujeres cercana al 90%⁵. Específicamente en adolescentes entre 10 y 19 años, datos previos a la pandemia identificaron una prevalencia de TCA del 6,9 %, donde el trastorno por atracón fue el más frecuente (6,6 %), seguido por otros TCA (0,3 %) y la bulimia nerviosa (0,05 %)⁶.

En los últimos años, el escenario epidemiológico se vio fuertemente influenciado por la pandemia de COVID-19. La evidencia internacional confirma que la crisis sanitaria tuvo un impacto negativo directo sobre la salud mental infanto-juvenil, incrementando la incidencia de TCA a nivel global —especialmente de anorexia nerviosa y trastorno por atracón—⁴.

A nivel local se observó una tendencia similar: instituciones como la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) reportaron un incremento de entre el 20 % y el 40 % en las consultas desde el año 2020⁵. Si bien aún se carece de estudios nacionales con prevalencias pospandemia consolidadas, existe consenso clínico en que los TCA no solo están en aumento, sino que se presentan a edades cada vez más tempranas.

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus iniciales en inglés), definió los diferentes tipos de TCA y sus criterios diagnósticos⁷. La **tabla 1** resume las principales formas clínicas de la enfermedad, que requieren atención especializada e integral.

Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa

Trastornos por atracones
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado Anorexia nerviosa atípica Bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada Trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada Trastorno por purgas Síndrome de ingestión nocturna de alimentos
Trastorno de la ingesta de alimentos evitativo/restrictivo (<i>ARFID</i> , por sus iniciales en inglés)
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Table 1. *Tipos de Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*

Sin embargo, esta delimitación no siempre resulta tan sencilla en la práctica clínica, ya que las dificultades relacionadas con la alimentación y la imagen corporal abarcan un espectro mucho más amplio. Muchas personas experimentan insatisfacción corporal, preocupación excesiva por la comida o conductas desadaptativas que, aún generando malestar significativo, no llegan a cumplir los criterios diagnósticos de un TCA ni comprometen gravemente su salud física o emocional.

En este contexto, el rol del médico de familia resulta central para distinguir entre un trastorno clínico grave de problemas menos severos, ofreciendo un acompañamiento oportuno sin patologizar experiencias que pueden ser parte del desarrollo o de una respuesta cultural. Esta diferenciación permite brindar un cuidado respetuoso y efectivo, orientar las intervenciones hacia quienes realmente necesitan apoyo médico y, al mismo tiempo, evitar la estigmatización o el sobrediagnóstico en quienes atraviesan dificultades más leves.

A continuación describiremos la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Estos tres cuadros son los más frecuentes en la práctica clínica y representan la base sobre la cual se entienden muchas de las problemáticas alimentarias. Para una descripción exhaustiva de sus criterios diagnósticos, puede consultarse el DSM-5, la referencia estándar en el ámbito clínico⁸.

La **anorexia nerviosa** (AN) se caracteriza por la restricción severa de la cantidad de comida que ingiere la persona, lo que lleva a una disminución de su peso de manera paulatina, hasta resultar muy bajo en relación con su edad y sexo. Quienes la padecen sienten un miedo intenso a subir de peso y hacen todo lo posible por evitar aumentarlo, a pesar de que estén delgados.

Además de seguir dietas muy estrictas, suelen ayunar o hacer ejercicio en exceso. En algunos casos, presentan episodios de ingesta voraz o atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido o el uso de laxantes. Asimismo, estas personas suelen tener una percepción distorsionada de su cuerpo, viéndose con más peso del que realmente tienen.

En la adolescencia, la anorexia puede manifestarse como una marcada pérdida de peso o la falta de un aumento adecuado para la etapa del desarrollo puberal; aquí, la preocupación por la comida ocupa un lugar central. Es habitual el interés por la preparación de los platos, el conteo de calorías y la modificación de hábitos, como comer a solas o evitar ciertos grupos de alimentos.

Asimismo, es habitual que la pérdida ponderal marcada se acompañe de la interrupción de los ciclos menstruales, si bien la amenorrea ha dejado de considerarse un criterio diagnóstico indispensable. Su retirada del DSM-5 responde a que no se presentaba en la totalidad de las personas —lo que podía demorar el diagnóstico y el abordaje oportuno— y a que resultaba un criterio excluyente que no podía aplicarse a varones, niñas prepúberes, mujeres posmenopáusicas o usuarias de anticonceptivos hormonales.

La **bulimia nerviosa** (BN) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, definidos como la ingesta de una gran cantidad de comida en un período corto, acompañada de la sensación de pérdida de control. Posteriormente, para evitar el aumento de peso, la persona recurre a conductas compensatorias como provocar el vómito, utilizar laxantes, realizar ayunos prolongados o practicar ejercicio físico en exceso. A diferencia de la anorexia, el peso corporal en la bulimia puede encontrarse dentro de rangos normales o mostrar fluctuaciones, aunque la preocupación por la

figura y el peso suele ser intensa y condiciona en gran medida la autoestima. Los atracones tienden a producirse en soledad y, si bien no siempre existe una distorsión de la imagen corporal, la constante preocupación por el aspecto físico impacta negativamente en la autovaloración. Con frecuencia, también se observan cambios en el ánimo y dificultades en el control de los impulsos, lo que en algunos casos se vincula con conductas de riesgo, como el consumo de sustancias.

El **trastorno por atracón** se define por la presencia repetida de episodios en los que la persona ingiere una cantidad desmedida de comida en un breve lapso de tiempo, similar a la bulimia, aunque sin recurrir a conductas compensatorias o purgativas posteriores. Durante estos episodios, la persona suele comer a gran velocidad, hasta sentirse incómodamente llena, y muchas veces aún sin tener hambre. Es habitual que estos episodios tengan lugar a solas por sentimientos de vergüenza, y estén seguidos de un intenso malestar emocional que incluye culpa, tristeza y autorreproche. Al carecer de conductas compensatorias, este trastorno se asocia con mayor frecuencia con sobrepeso u obesidad. Su inicio suele registrarse hacia el final de la adolescencia y presenta una elevada comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

Factores involucrados en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA surgen de la convergencia de una predisposición genética, alteraciones neurobiológicas, vulnerabilidad psicológica y factores socioculturales, sin que ningún factor aislado sea una condición suficiente para explicar, aisladamente, su desarrollo.

Los **factores genéticos** desempeñan un papel determinante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Estudios en gemelos y análisis genómicos confirman una elevada heredabilidad en estos cuadros, habiéndose identificado variantes genéticas asociadas a su predisposición. Asimismo, la regulación del apetito, el gasto energético y el sistema de recompensa dependen de **mecanismos neurobiológicos** que pueden verse modulados por el entorno. En la anorexia nerviosa, por ejemplo, se ha descrito una disfunción en la señalización dopaminérgica y serotoninérgica, acompañada de una hiperactivación del sistema corticolímbico y una menor actividad en los circuitos frontoestriatales. Estas alteraciones explican la restricción alimentaria persistente, la rigidez conductual y las anomalías en el procesamiento del refuerzo.

Los **factores psicológicos** son fundamentales para entender por qué algunas personas desarrollan trastornos alimentarios⁸. Rasgos de personalidad como el perfeccionismo intenso y la rigidez cognitiva pueden convertir las demandas propias en metas inalcanzables, generando una constante autoexigencia destructiva. La baja autoestima y la insatisfacción corporal crean un vacío emocional donde el control estricto de la comida y el peso funciona como un intento disfuncional de autovaloración. Por su parte, la presencia de afecto negativo —caracterizado por estados persistentes de ansiedad, tristeza o irritabilidad— predispone a la persona a una vulnerabilidad emocional profunda, incrementando la probabilidad de que las conductas alimentarias se vuelvan una estrategia para afrontar el malestar psicológico.

Por último, la presión sociocultural hacia la delgadez y su valoración excesivamente positiva ejerce una fuerza poderosa y omnipresente. En un mundo en el que los medios de comunicación, las redes sociales y la publicidad imponen un ideal estético inalcanzable y homogéneo, ser delgado es sinónimo de éxito, belleza, aceptación y felicidad. Esta constante saturación de mensajes genera una internalización casi automática de esos estándares, que se vuelven una medida ineludible para la autovaloración. La influencia de los pares, la familia y el entorno social refuerzan este mensaje, muchas veces sin que se sea consciente de ello. La exposición diaria a dietas restrictivas, diversas modas alimentarias y críticas —veladas o explícitas— sobre el cuerpo propio, alimenta un ciclo de autoexigencia que puede resultar destructivo. Este contexto actúa como un terreno fértil para que broten los trastornos alimentarios, transformando un deseo natural de cuidado personal en una obsesión dañina. Reconocer la fuerza de esta presión es clave para desnaturalizarla y abrir espacio

a una mirada crítica, que valore la diversidad corporal y promueva el respeto y el bienestar por encima de los ideales impuestos externamente.

El algoritmo como espejo y amplificador

En el contexto actual, la realidad digital del paciente —su “algoritmo”— se ha convertido en un factor determinante tanto en la génesis como en el mantenimiento de los TCA⁹. Las plataformas de redes sociales, mediante sistemas de recomendación basados en la retención visual, pueden crear verdaderas “cámaras de eco” donde el contenido sobre dietas restrictivas, comparaciones corporales y conductas de riesgo se vuelve omnipresente¹⁰. Este fenómeno, vinculado al concepto de fenotipado digital, sugiere que la interacción de un joven con su dispositivo no solo refleja sus intereses, sino que actúa como un biomarcador de su estado de salud mental. Para una persona vulnerable, el algoritmo interpreta la fijación en ideales estéticos como una preferencia de consumo y responde con el efecto de “madriguera de conejo” (*rabbit hole*): una entrega intensiva y acelerada de material cada vez más extremo¹¹. De este modo, se produce una distorsión de la norma social donde la delgadez inalcanzable aparece como el único estándar, transformando el entorno digital en un espejo que valida la patología y dificulta la recuperación al normalizar la sintomatología de forma constante y personalizada.

Abordaje

Aunque no existen recomendaciones universales de rastreo, en la población adolescente y joven se considera adecuado abrir la puerta a estas conversaciones con preguntas simples, como: “¿cómo te sentís con tu cuerpo?”. A veces, ese pequeño gesto resulta suficiente para que el sufrimiento encuentre una vía de expresión. A partir de allí, según las respuestas obtenidas, podrá o no definirse un diagnóstico; una meta compleja en sí misma. Una vez establecido, el objetivo se transformará en lograr una intervención efectiva y sostenida.

Decimos que definir el diagnóstico es un desafío ya que, en la consulta, los pacientes con TCA pueden presentarse de formas muy diversas: en algunos casos, el motivo de consulta no está directamente relacionado con el trastorno, mientras que en otros nos enfrentamos a cuadros graves que comprometen la vida. Con frecuencia, son los padres quienes “traen” al paciente, preocupados por cambios recientes en la alimentación, el peso o el ánimo, mientras que el o la joven suelen negar el problema o rechazar la ayuda médica. No es raro encontrarse con resistencia, desconfianza o intentos de manipulación.

Por eso, el primer paso siempre debería ser el mismo: generar un vínculo. Este vínculo precisa tiempo y escucha atenta, sin confrontaciones, dejando claro que no se está allí para juzgar, sino para acompañar. Como médicas y médicos de familia, contamos con la ventaja de poder realizar un seguimiento sostenido, con visitas reiteradas en un marco de confianza, donde el diálogo, los estudios y la exploración clínica se convierten en herramientas terapéuticas en sí mismas.

En este camino también resulta fundamental identificar quién padece la enfermedad y quién no, porque en contextos marcados por la preocupación estética puede existir confusión sobre lo que constituye un comportamiento saludable. No basta con tener un peso bajo o seguir una dieta para hablar de un trastorno, así como un índice de masa corporal (IMC) normal no excluye la presencia de patología. Por eso es clave diferenciar si existe sufrimiento, deterioro de la calidad de vida, conductas de riesgo o síntomas encubiertos. La mirada clínica debe estar entrenada para leer entre líneas y para cuestionar las ideas normalizadas sobre el cuerpo y la alimentación.

Anamnesis

La anamnesis en pacientes con TCA debe ser cuidadosa, empática y exhaustiva, ya que permite evaluar la gravedad del cuadro, los factores que lo mantienen y planificar el abordaje. Es clave

explorar la evolución del peso a lo largo del tiempo —máximo, mínimo y peso deseado— tomando en cuenta tanto el relato del paciente como los registros clínicos o la información brindada por familiares cuando estén disponibles. Es importante explorar la percepción de la imagen corporal, el nivel de satisfacción o preocupación que genera y la posible existencia de distorsión en su percepción. Se recomienda además indagar los hábitos alimentarios, las preferencias y los alimentos que se evitan, el cálculo de calorías o la evaluación de la composición nutricional, los rituales en torno a la comida, cómo es habitualmente el momento de las ingestas (en soledad o en compañía), quién cocina en el hogar, la cantidad y tipo de líquidos ingeridos, y la presencia de atracones, purgas o ayunos; puede ser útil solicitar un registro alimentario de las últimas 24 horas. También se aconseja consultar sobre la actividad física: horas de ejercicio, frecuencia, objetivos y si interfiere con otras actividades cotidianas. En relación con el desarrollo puberal, conviene conocer la edad de inicio y su progresión, registrar detenciones o retrasos, indagar sobre la menarca, las características del ciclo menstrual y la fecha de la última menstruación, así como preguntar sobre relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos. Dentro de los antecedentes sociales, resulta clave identificar factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, explorar el entorno familiar, la escolaridad, el uso del tiempo libre y la presencia de antecedentes de alteraciones del ánimo, incluyendo cambios de humor, depresión, ansiedad, impulsividad, autoagresiones o retraimiento social. También es relevante preguntar sobre psicoterapias previas y participación en espacios digitales que promuevan conductas alimentarias de riesgo, así como consumo de sustancias (tabaco, alcohol u otras drogas) y, si corresponde, posibles situaciones de abuso. En cuanto a los síntomas físicos, se recomienda indagar sobre intolerancia al frío o al ejercicio, plenitud postprandial, dolor o distensión abdominal, constipación, decaimiento, debilidad muscular, mareos, cefaleas, trastornos del sueño, amenorrea u otras alteraciones del ciclo, recordando que muchas veces los pacientes niegan o minimizan los síntomas o se presentan asintomáticos. Finalmente, es fundamental explorar antecedentes familiares, especialmente de TCA, obesidad, consumo problemático de sustancias, enfermedades psiquiátricas o prácticas dietéticas estrictas. La recopilación de toda esta información permitirá orientar el diagnóstico, evaluar el riesgo clínico y psicosocial, definir interconsultas necesarias y establecer prioridades terapéuticas. Es importante destacar que no es posible realizar toda esta evaluación en un única consulta, no solo por su exhaustividad, sino además porque muchas veces el paciente irá abriendo su mundo de a poco, y el establecimiento de confianza suele ser paulatino, si es que alguna vez ocurre.

Durante la evaluación, resulta clave tener presente los diagnósticos diferenciales señalados en la **tabla 2**.

Embarazo
Enfermedades endócrinas Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Diabetes, Hiper cortisolismo, Insuficiencia suprarrenal
Enfermedades gastrointestinales Enfermedad inflamatoria intestinal, Enfermedad celíaca, Diarrea infecciosa
Enfermedades psiquiátricas Depresión, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de ansiedad, Esquizofrenia, obsesivo-compulsivo, Abuso de sustancias
Enfermedades infecciosas VIH Tuberculosis
Otros trastornos Síndrome de la arteria mesentérica superior Tumores malignos Tumores del sistema nervioso central (prolactinoma) Disbalance energético por ejercicio excesivo Enfermedades reumatológicas Enfermedad de Wilson Porfiria

Table 2. Diagnósticos diferenciales en los trastornos de la conducta alimentaria

¿Existe alguna prueba diagnóstica?

Una herramienta útil en contextos clínicos generales es el cuestionario SCOFF, el instrumento de rastreo más ampliamente validado y utilizado tanto en adolescentes como en adultos¹². Su origen es británico, y una de las validaciones al español se realizó en Colombia, siendo especialmente cercana a nuestro léxico¹³. El cuestionario consta de cinco preguntas breves: *¿Se ha provocado el vómito porque se siente muy llena?*; *¿Le preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?*; *¿Ha perdido más de 6 kg en un período de tres meses?*; *¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?*; y *¿Diría que la comida domina su vida?*. Se

considera positivo cuando se responden afirmativamente dos o más preguntas, lo que indica la necesidad de una evaluación clínica más detallada. Este instrumento presenta una sensibilidad aproximada del 84% y una especificidad del 80% para la detección de cualquier trastorno de la conducta alimentaria. Si bien no reemplaza una evaluación diagnóstica completa, permite identificar casos sospechosos y orientar una derivación adecuada para evaluación especializada.

Examen físico

Aunque el examen físico puede ser completamente normal, especialmente en personas con peso dentro de parámetros esperables y sin purgas, pueden encontrarse signos clínicos que orienten hacia un trastorno específico (ver **tabla 3** y **tabla 4**).

Bradicardia sinusal y otras arritmias
Cambios ortostáticos
Hipotensión
Síncope, presíncope
Hipotermia
Piel seca y pálida
Extremidades frías
Coloración anaranjada de piel
Acrocianosis
Pelo opaco, fino, lanugo. Caída en forma difusa
Facies emaciadas, caquexia
Atrofia mamaria
Abdomen excavado
Edema postural

Table 3. *Diagnósticos diferenciales en los trastornos de la conducta alimentaria*

Bradicardia sinusal y otras arritmias
Cambios ortostáticos
Callosidades o abrasiones en los nudillos
Aumento del tamaño de las glándulas parótidas
Erosiones del esmalte dental, caries, úlceras orales
Petequias en la cara o el paladar, hemorragias esclerales

Table 4. *Hallazgos clínicos vinculados con la bulimia nerviosa y otros trastornos purgativos*

Estudios complementarios

Los estudios complementarios pueden resultar útiles para el diagnóstico diferencial, seguimiento y evaluación de complicaciones. La **tabla 5** enumera los estudios que sugerimos solicitar al inicio de la evaluación. Según el caso, puede ser necesario ampliar esta evaluación con estudios específicos (ver **tabla 2**, diagnósticos diferenciales).

Es importante recordar que muchas veces estos estudios pueden ser completamente normales y esto no excluye el diagnóstico de un TCA, si bien suele orientar a una menor gravedad del cuadro.

Manejo

Durante el proceso diagnóstico, es habitual evaluar en simultáneo el grado de compromiso clínico, mientras se avanza gradualmente en las conversaciones sobre la naturaleza del trastorno. Esto permite fortalecer el vínculo terapéutico, involucrar a la familia y comenzar a planificar un abordaje integral.

Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario —en la medida en que los recursos estén disponibles— y que esté a cargo de un equipo con experiencia en TCA. Este grupo de trabajo puede incluir profesionales de la medicina, la nutrición y especialistas en salud mental, como psicólogos (para terapia individual y familiar) y psiquiatras. La labor se realiza en coordinación con el paciente y su entorno cercano, abordando de manera simultánea los aspectos clínicos, nutricionales y psicopatológicos.

Es clave iniciar el tratamiento sin demoras y tener presente que el proceso suele ser prolongado, con avances y retrocesos. La modalidad de abordaje —ambulatorio, hospital de día o internación— dependerá de la evaluación inicial y podrá ajustarse a lo largo del tiempo. La hospitalización busca estabilizar la condición médica y garantizar la seguridad del paciente, y está indicada ante el fracaso del tratamiento ambulatorio, la presencia de riesgo de suicidio o inestabilidad hemodinámica grave, manifestada por síncope, arritmias u hipotermia severa¹⁴. Estos criterios generales se complementan con los parámetros específicos de cada entidad clínica animados en la **tabla 6** y la **tabla 7**.

Tratamiento

Como se mencionó, es recomendable que el tratamiento de los TCA involucre desde el principio a un equipo interdisciplinario: profesionales de salud mental, nutrición y medicina con experiencia en adolescentes, cuando corresponda. El rol del médico o médica de familia es activo, no solo en el acompañamiento sostenido de la persona y su entorno, sino también en la coordinación del equipo y el seguimiento clínico integral. Su presencia brinda contención, ayuda a comprender el proceso y permite detectar señales de alerta. En estos casos, cuando alguien se enferma, toda la familia se ve afectada; acompañar implica estar disponible para ese entorno que, muchas veces, se encuentra desbordado o fragmentado.

Estudio complementario	Comentario
Hemograma, recuento de plaquetas y frotis	Pueden estar alterados en pacientes con déficit de hierro o de vitamina B12. Puede observarse hipoplasia medular en pacientes con desnutrición (se suele manifestar con anemia y leucopenia pero no necesariamente se asocia a un aumento del riesgo de infecciones)
Eritrosedimentación y proteína C reactiva	Están bajas en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Ayudan en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades sistémicas.
Glucemia	Puede estar baja en ayunas en los pacientes con desnutrición (usualmente es asintomática)
Uremia y creatininemia	Puede haber insuficiencia renal secundaria a restricción hídrica
Hepatograma	El colesterol suele estar elevado en pacientes con anorexia nerviosa (revierte con la renutrición). Puede haber un leve aumento de las transaminasas
Natremia	Puede estar baja si el paciente ingiere líquidos en exceso
Kalemia	Puede estar baja si el paciente realiza purgas. Controlarla durante el proceso de realimentación
Cloremia	Puede estar baja si el paciente realiza purgas
Estado ácido base venoso	La alcalosis metabólica hipoclorémica puede presentarse en los pacientes que vomitan. La acidosis metabólica hiperclorémica en aquellos que usan laxantes
Magnesemia y fosfatemia	Puede estar indicado controlarlas durante el proceso de realimentación cuando existía desnutrición inicial
ECG	Permite objetivar la frecuencia cardíaca y la presencia de arritmias u otras alteraciones

Table 5. Estudios complementarios sugeridos al inicio de la evaluación de pacientes con sospecha de trastornos de la conducta alimentaria.

Frecuencia cardíaca menor de 50
Tensión arterial sistólica < 90 mmHg

Cambios ortostáticos
Peso menor o igual del 75% del peso ideal* o pérdida de peso continúa a pesar del tratamiento intensivo
Grasa corporal menor del 10%**
Negativa a comer

Table 6. *Criterios de internación en pacientes con anorexia nerviosa y otros trastornos restrictivos* Modificado de: Academia Americana de Pediatría (2010)¹⁴ Notas: *El peso esperado puede estimarse a partir del IMC correspondiente a la talla y edad del paciente, recurriendo a curvas de crecimiento en adolescentes o al rango saludable en adultos, y ajustándose cuando es posible al peso previo en el que la persona se encontraba clínicamente estable. **La grasa corporal se calcula con bioimpedancia y se estima con el pliegue cutáneo

Kalemia menor de 3,2 mmol/l
Cloremia menor de 88 mmol/l
Hematemesis, lesiones esofágicas
Vómitos irreductibles

Table 7. *Criterios de internación en pacientes con bulimia nerviosa y otros trastornos purgativos* Modificado de: Academia Americana de Pediatría (2010)¹⁴

En muchos casos, la persona no percibe su situación como un problema, incluso ante un compromiso clínico severo. Por ello, el rol de la familia es fundamental y debe ser activo desde el inicio.

Uno de los primeros objetivos es iniciar la renutrición. Esto implica no solo normalizar la calidad y cantidad de los alimentos, sino también trabajar sobre los aspectos conductuales. Es importante que las comidas se realicen en la mesa familiar, siempre bajo supervisión de adultos, evitando que el paciente participe en la elección del menú, la preparación o el tamaño de las porciones. La colaboración de un nutricionista facilita tanto la elaboración del plan alimentario como su seguimiento.

En pacientes con desnutrición, se recomienda una alimentación variada y normocalórica, distribuida en cuatro comidas principales y una o dos colaciones. Se pueden suplementar vitaminas y minerales según necesidad. En casos severos que requieran internación puede indicarse el uso de sonda nasogástrica; la vía parenteral es excepcional.

Durante las primeras etapas, si se constatan anomalías graves, puede ser necesario realizar controles de laboratorio cada 48 o 72 horas hasta lograr su estabilización. Es fundamental prevenir el síndrome de realimentación, una complicación grave tras la renutrición rápida en personas con depleción severa. Este cuadro, asociado a alteraciones del fósforo y otros electrolitos, puede provocar arritmias, insuficiencia cardíaca y trastornos neurológicos. Para evitarlo, la renutrición debe ser gradual y bajo estrecha supervisión médica.

Aunque estos tratamientos no suelen implementarse en los ámbitos ambulatorios más comunes, es imperativo que el médico de primer contacto conozca sus bases terapéuticas. La restricción de la actividad física también forma parte del cuidado, tanto para evitar el gasto energético como por el riesgo cardiovascular.

En cuadros con atracones y purgas, el tratamiento se orienta inicialmente a interrumpir la secuencia de conductas compensatorias y corregir desequilibrios hidroelectrolíticos. Aquí, la familia vuelve a ser central: por ejemplo, evitando que la persona concurra al baño durante las dos horas posteriores a las comidas.

Finalmente, el abordaje incluye los aspectos psicopatológicos. El profesional de salud mental evaluará el perfil psicológico, las comorbilidades y el riesgo de autolesiones para definir la psicoterapia o medicación. Si bien no existe un fármaco específico para los TCA, se pueden utilizar psicofármacos para aliviar la ansiedad, la rigidez cognitiva o la depresión. En pacientes con BN, por ejemplo, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (como la fluoxetina) han demostrado utilidad.

El camino terapéutico suele ser largo, pero con un abordaje adecuado, sostenido y empático, es posible alcanzar recuperaciones significativas y duraderas.

Evolución y pronóstico

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen tener un curso crónico. Aunque muchos pacientes mejoran, la recuperación completa no siempre se alcanza; se estima que solo la mitad logra una recuperación plena. Las recaídas son frecuentes, y no es raro que, con el tiempo, aparezcan síntomas de otro tipo de TCA.

El pronóstico mejora significativamente cuando el diagnóstico y el tratamiento se inician de forma temprana. Cuanto más breve es el tiempo de evolución, mayores son las posibilidades de recuperación. Una red familiar presente, un entorno contenedor y un buen vínculo terapéutico marcan una diferencia sustancial. Por el contrario, la presencia de purgas, desnutrición grave, intentos de suicidio, comorbilidad psiquiátrica o consumo de sustancias suele asociarse a una evolución más compleja.

Como ya describimos en el apartado de los “grises” de la entrega anterior, muchas personas quedan en una zona intermedia: no presentan síntomas graves, pero experimentan tensiones significativas en relación a la alimentación y la imagen corporal¹⁵. Por eso, se recomienda un seguimiento continuo, para poder intervenir cuando sea necesario y reducir el sufrimiento que puedan experimentar.

La recuperación no se mide solo en kilos ni en la desaparición de síntomas: implica también reconstruir el vínculo con la comida, con el cuerpo y con otras personas. En ese proceso, el acompañamiento sostenido, empático y sin culpabilizar al paciente es tan importante como cualquier otro recurso terapéutico.

Comentario final

Los trastornos de la conducta alimentaria no son solo un problema individual ni un síntoma aislado: reflejan tensiones sociales, culturales y emocionales profundas. Por eso, más allá del tratamiento clínico, debemos preguntarnos cómo nuestras propias actitudes y valores influyen en la salud de quienes nos rodean. El verdadero cambio requiere que todos —profesionales, familias y comunidades— revisemos no solo qué hacemos, sino cómo hablamos sobre el cuerpo, la alimentación y el valor personal. En esa transformación silenciosa está la clave para prevenir, comprender y acompañar a quienes enfrentan estas situaciones.

Estos trastornos desafían la idea de recuperación completa. Algunos pacientes que han tenido una enfermedad clínicamente evidente mejoran con el tratamiento, pero permanecen en lo que hemos llamado una “zona gris”: no presentan síntomas graves, aunque continúan experimentando tensiones con la comida y la imagen corporal. Otros pacientes quizá nunca desarrollen una enfermedad clínicamente detectable y viven siempre en esa zona gris, con dificultades persistentes aunque menos evidentes. Por eso, el acompañamiento médico no puede limitarse al tratamiento de los síntomas; requiere seguimiento, sensibilidad y una mirada crítica sobre los contextos que sostienen estas tensiones.

Comprender y acompañar a quienes enfrentan estas enfermedades y dolencias relacionadas implica asumir su complejidad, reconocer la incertidumbre y sostener un compromiso ético con su bienestar, más allá de protocolos o resultados medibles.

[Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#)

(CC BY-NC-SA 4.0)

Agradecimientos

A la doctora Verónica Campana, por su contribución a la elaboración de este material escrito.

Declaración de obra derivada

Este material fue adaptado del capítulo “Trastornos de la conducta alimentaria” del libro Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, cuarta edición. Editorial Médica Panamericana; 2026, y del capítulo “Trastornos de la conducta alimentaria” del Manual de Niñez y Adolescencia. Delhospital Ediciones; 2024.

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación del presente manuscrito fue utilizada la herramienta Gemini (Google, julio 2026) como apoyo para tareas específicas como la reformulación de frases para mayor claridad o coherencia científica y DeepL (versión gratuita) para la traducción del resumen.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Las autoras declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Krug I, Liu S, Portingale J, et al. A meta-analysis of mortality rates in eating disorders: An update of the literature from 2010 to 2024. Clin Psychol Rev [Internet]. 2025 [cited 22 jul 2026];116:102547. doi: [10.1016/j.cpr.2025.102547](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102547) PMID: [39889307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39889307/)
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2011 [cited 22 jul 2026];68(7):724-31. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74> PMID: [21727255](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727255/)
3. Duriez P, Goueslard K, Treasure J, et al. Risk of non-fatal self-harm and premature mortality in the three years following hospitalization in adolescents and young adults with an eating disorder: A nationwide population-based study. Int J Eat Disord [Internet]. 2023 [cited 22 jul 2026];56(8):1534-1543. doi: [10.1002/eat.23974](https://doi.org/10.1002/eat.23974) PMID: [37092760](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37092760/)
4. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2022 [cited 22 jul 2026];35(6):362-371. doi: [10.1097/YCO.0000000000000818](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818) PMID: [36125216](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36125216/)
5. ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia). Cambios en la conducta durante la cuarentena [Internet]. Buenos Aires; 2021 [cited 22 jul 2026]. Available from: <https://aluba.org.ar/blog/cuarentena>
6. Herscovici CR, Bay L, Kovalskys I. Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community-based survey. Eat Disord [Internet]. 2005 [cited 22 jul 2026];13(5):467-78. doi: [10.1080/10640260500296855](https://doi.org/10.1080/10640260500296855) PMID: [16864360](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16864360/)

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia Nervosa. N Engl J Med [Internet]. 2020 [cited 22 jul 2026];382(14):1343-1351. doi: [10.1056/NEJMcp1803175](https://doi.org/10.1056/NEJMcp1803175) PMID: [32242359](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242359/)
9. Vincente-Benito I, Ramírez-Durán MDV. Influence of Social Media Use on Body Image and Well-Being Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2023 [cited 22 jul 2026];61(12):11-18. doi: [10.3928/02793695-20230524-02](https://doi.org/10.3928/02793695-20230524-02) PMID: [37256748](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37256748/)
10. Insel TR. Digital Phenotyping: Technology for a New Science of Behavior. JAMA [Internet]. 2017 [cited 22 jul 2026];318(13):1215-1216. doi: [10.1001/jama.2017.11295](https://doi.org/10.1001/jama.2017.11295) PMID: [28973224](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28973224/)
11. Harriger JA, Evans JA, Thompson JK, et al. The dangers of the rabbit hole: Reflections on social media as a portal into a distorted world of edited bodies and eating disorder risk and the role of algorithms. Body Image [Internet]. 2022 [cited 22 jul 2026];41:292-297. doi: [10.1016/j.bodyim.2022.03.007](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.007) PMID: [35378338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35378338/)
12. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2023 [cited 22 jul 2026];177(4):363-372. doi: [10.1001/jamapediatrics.2022.5848](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848) PMID: [36806880](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36806880/)
13. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas [Validation of the SCOFF questionnaire for screening the eating behaviour disorders of adolescents in school]. Aten Primaria [Internet]. 2005 [cited 22 jul 2026];35(2):89-94. doi: [10.1157/13071915](https://doi.org/10.1157/13071915) PMID: [15727751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15727751/)
14. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics [Internet]. 2010 [cited 22 jul 2026];126(6):1240-53. doi: [10.1542/peds.2010-2821](https://doi.org/10.1542/peds.2010-2821) PMID: [21115584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21115584/)
15. Crime N, Lo Sasso A. El peso de la imagen corporal (parte 1): El cuerpo como campo de batalla. Evid Actual Práct Ambul [Internet]. 2026 [cited 22 jul 2026]. 29(2), e007187. doi: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v29i1.7187>