

Artículo Original / Original Article

[10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24122608](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24122608)

Trastornos alimentarios y comorbilidad psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes: un estudio descriptivo-exploratorio en un servicio especializado de salud mental en Paraguay

Julio Torales^{1,2,3}, Claudio Vera-Orrego¹, Oscar García¹, Marcelo O'Higgins¹, Tomás Caycho-Rodríguez⁴, Antonio Ventriglio⁵, João Mauricio Castaldelli-Maia⁶, Iván Barrios^{3,7}

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Grupo de Investigación sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, Psicopatología y Neurociencias. San Lorenzo, Paraguay

²Universidad de Los Lagos, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Osorno, Chile

³Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud. Salto del Guairá, Paraguay

⁴Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

⁵Universidad de Foggia, Departamento de Medicina Clínica y Experimental. Foggia, Italia

⁶Universidad de São Paulo, Departamento de Psiquiatría. São Paulo, SP, Brasil

⁷Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Filial Santa Rosa del Aguaray, Cátedra de Bioestadística. Santa Rosa del Aguaray, Paraguay

Editor Responsable: Chyntia Carolina Díaz Acosta¹⁰. Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay. Email: ccdiazabc@gmail.com

Cómo referenciar este artículo /
How to reference this article:

Torales J, Vera-Orrego C, García O, O'Higgins M, Caycho-Rodríguez T, Ventriglio A, et al. Trastornos alimentarios y comorbilidad psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes: un estudio descriptivo-exploratorio en un servicio especializado de salud mental en Paraguay. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2026; 24(1): e24122608. [10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24122608](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2026.e24122608)

RESUMEN

Este estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal tuvo como propósito caracterizar el perfil clínico, epidemiológico y diagnóstico de pacientes atendidos por trastornos alimentarios en un servicio especializado de salud mental en Paraguay entre enero de 2022 y agosto de 2025. Se incluyeron 134 adolescentes de 12 a 18 años, con una edad media de 15,28 años (DE = 1,96) y predominio del sexo femenino (91,8 %). El 38,8 % de los registros no especificaba una subcategoría diagnóstica y el 37,3 % correspondía a bulimia nerviosa. Se registró al menos una comorbilidad psiquiátrica en el 91,8 % de los pacientes. El 44,8 % fue clasificado como caso nuevo en el año. La mayoría no contaba con cobertura aseguradora (69,4 %) y el 82,8 % de los registros seleccionados correspondía a controles evolutivos. Los hallazgos describen una muestra clínica con frecuente comorbilidad y respaldan la importancia de una evaluación integral. La distribución anual, que incluye únicamente enero-agosto de 2025, no permite estimar incidencia poblacional.

Palabras clave: trastornos alimentarios, comorbilidad psiquiátrica, adolescentes, salud mental, Paraguay.

Eating disorders and psychiatric comorbidity in children and adolescents: a descriptive-exploratory study in a specialized mental health service in Paraguay

ABSTRACT

This observational, retrospective, descriptive, cross-sectional study aimed to characterize the clinical, epidemiological, and diagnostic profile of patients treated for eating disorders in a specialized mental health service in Paraguay between January 2022 and August 2025. The study included 134 adolescents aged 12–18 years, with a mean age of 15.28 years (SD = 1.96) and a predominance of females (91.8%). A diagnostic subcategory was not specified in 38.8% of records, and 37.3% recorded bulimia nervosa. At least one psychiatric comorbidity was recorded in 91.8% of patients. Overall, 44.8% were classified as new cases in the year. Most patients lacked insurance coverage (69.4%), and 82.8% of the selected records corresponded to follow-up visits. These findings describe a clinical sample with frequent comorbidity and support the importance of comprehensive assessment. The annual distribution, which includes only January–August 2025, cannot be used to estimate population incidence.

Keywords: eating disorders, psychiatric comorbidity, adolescents, mental health, Paraguay.

Recepción: 17/12/2025. **Revisión:** 25/04/2026. **Aceptación:** 17/08/2026.

***Autor correspondiente:** Dr. Iván Barrios, Encargado de Cátedra de Bioestadística, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Filial Santa Rosa del Aguaray, Paraguay. Email: ibarrios@fcmuna.edu.py



This is an open access article published under a Creative Commons License.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios comprenden alteraciones persistentes de la conducta alimentaria con repercusiones físicas, psicológicas y sociales. En algunos de estos trastornos, las preocupaciones por el peso y la figura corporal forman parte central de la presentación clínica^(1,2). Incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, entre otras entidades. Pueden acompañarse de complicaciones médicas, incluidas alteraciones cardiovasculares^(3,4), y afectar la calidad de vida⁽⁵⁾. Su caracterización clínica requiere considerar tanto los síntomas alimentarios como sus consecuencias sobre la salud y el funcionamiento de la persona.

Las estimaciones de prevalencia de los trastornos alimentarios varían según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados⁽⁶⁾. Una investigación en adolescentes australianos identificó presentaciones completas, otras especificadas y no especificadas, tanto en mujeres como en varones⁽⁷⁾. Los estudios sobre el desarrollo temprano de la anorexia nerviosa y las trayectorias de síntomas alimentarios muestran la importancia de examinar su aparición y evolución durante la adolescencia^(8,9). Estos antecedentes sustentan el interés de estudiar esta etapa del desarrollo, sin asumir que todos los contextos comparten una misma tendencia temporal o distribución diagnóstica.

La comorbilidad psiquiátrica y médica constituye un componente relevante de la evaluación de los trastornos alimentarios. Una revisión de la literatura documentó su coexistencia con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, por estrés postraumático y de la personalidad, entre otros⁽¹⁰⁾. Esta concurrencia debe considerarse al planificar el tratamiento⁽¹¹⁾. Los análisis de redes también han examinado conexiones entre síntomas alimentarios y otras manifestaciones psicopatológicas, lo que ofrece una perspectiva complementaria para estudiar la comorbilidad⁽¹²⁾.

La investigación sobre salud mental adolescente ha descrito diferencias según sexo y contexto sociodemográfico⁽¹³⁾. En Paraguay, un estudio comunitario examinó pensamientos y conductas autolesivas junto con síntomas emocionales y factores psicosociales en adolescentes⁽¹⁴⁾. En el ámbito específico de los trastornos alimentarios, un estudio de registros hospitalarios de Inglaterra encontró mayor riesgo de hospitalización posterior por autolesiones en personas con anorexia o bulimia nerviosa⁽¹⁵⁾. Estos trabajos aportan antecedentes para la evaluación del riesgo clínico, aunque sus poblaciones y métodos deben distinguirse de los de una serie asistencial local.

En Paraguay se han publicado estudios de cribado del riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados⁽¹⁶⁾, de epidemiología de los trastornos mentales en población infanto-juvenil atendida en un servicio especializado⁽¹⁷⁾ y de asociación entre enfermedad mental materna y trastornos mentales en los hijos⁽¹⁸⁾. Estos antecedentes abordan poblaciones y preguntas diferentes. La descripción específica de pacientes atendidos por trastornos alimentarios permite complementar ese conocimiento con información sobre diagnósticos, comorbilidad y características asistenciales. El presente estudio tuvo como propósito caracterizar el perfil clínico, epidemiológico y diagnóstico de pacientes de hasta 18 años atendidos por trastornos alimentarios en un servicio de referencia de salud mental en Paraguay entre enero de 2022 y agosto de 2025, así como describir su comorbilidad psiquiátrica y distribución temporal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, de tipo descriptivo, con alcance exploratorio⁽¹⁹⁾, basado en la revisión de registros clínicos de pacientes atendidos en un servicio de referencia de salud mental infanto-juvenil.

Ámbito y periodo del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, con asiento en el Hospital de Clínicas de Paraguay. Se incluyeron los registros correspondientes al periodo comprendido entre enero de 2022 y agosto de 2025.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años, de ambos sexos, atendidos en el servicio durante el periodo de estudio, con diagnóstico clínico de trastornos alimentarios.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos que cumplieron los criterios de inclusión. Cuando existían múltiples registros de un mismo paciente, se seleccionó únicamente el primer registro asistencial disponible dentro del periodo de estudio. Este registro podía corresponder a una consulta de seguimiento, por lo que su selección no implicaba que se tratara de la primera consulta de la vida del paciente ni del inicio del trastorno.

Se incluyeron pacientes que cumplieran los siguientes criterios: a) edad igual o menor a 18 años al momento de la atención; b) diagnóstico clínico de trastorno alimentario establecido por el equipo tratante y consignado en la ficha clínica; y c) información suficiente para extraer las variables de interés. Se excluyeron los registros cuya información incompleta o inconsistente impedía esa extracción.

Variables de estudio

Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, procedencia y área de residencia. Las variables asistenciales comprendieron tipo de consulta, aseguramiento, categoría de captación y condición de caso nuevo en el año.

La condición de «caso nuevo en el año» se describió según la clasificación consignada en el registro asistencial y se analizó por separado de la categoría «Primera vez» del campo de captación. Estos campos no se utilizaron como indicadores de la fecha de inicio del trastorno. La distribución temporal corresponde al año del registro seleccionado para cada paciente.

Las variables clínicas incluyeron el diagnóstico principal de trastorno alimentario y la presencia y el tipo de comorbilidad psiquiátrica. Esta última se definió como uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales al diagnóstico principal, documentados en la ficha clínica durante el periodo de estudio. Las conductas autolesivas se describieron por separado como manifestaciones clínicas registradas.

Fuente de datos e instrumento

La información se obtuvo de las fichas clínicas mediante una planilla estructurada elaborada por el equipo investigador. Los diagnósticos habían sido establecidos por médicos especialistas del Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, en el marco de la evaluación clínica habitual. Este análisis se basó en las denominaciones diagnósticas consignadas y no permite una validación diagnóstica independiente. Para la presentación se empleó la nomenclatura de la CIE-10⁽²⁰⁾; el código F50 sin mayor detalle se mantuvo diferenciado de las subcategorías expresamente identificadas. No se utilizaron de forma sistemática entrevistas diagnósticas estructuradas.

Procesamiento y análisis estadístico

Los datos fueron ingresados y gestionados inicialmente en una planilla electrónica (Microsoft Excel 365) y analizados con SPSS, versión 25. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación estándar para la edad. Los porcentajes generales utilizaron como denominador los 134 pacientes incluidos; en la distribución temporal se empleó el número de registros seleccionados de cada año. Los porcentajes se redondearon a un decimal. Dado el diseño retrospectivo y descriptivo, no se realizaron pruebas de asociación ni análisis de tendencias o estimaciones de incidencia.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Ref. 28-2025). Los datos se trataron mediante la asignación de códigos, con resguardo de la confidencialidad y uso exclusivo de la información con fines científicos, conforme a los principios éticos de la investigación en seres humanos.

RESULTADOS

El análisis incluyó 134 pacientes de 12 a 18 años atendidos por trastornos alimentarios en el Departamento de Psiquiatría Pediátrica del Hospital de Clínicas de Paraguay entre enero de 2022 y agosto de 2025. Se consideró un único registro por paciente, correspondiente al primer registro asistencial disponible dentro de ese periodo.

Características sociodemográficas

Se observó un predominio marcado del sexo femenino, que representó el 91,8 % (n = 123) de la muestra, mientras que el 8,2 % (n = 11) correspondió a pacientes de sexo masculino. En cuanto a la procedencia, el 56,0 % provenía del Departamento Central, el 41,8 % de la Capital y el 2,2 % del interior del país. Respecto al área de residencia, el 83,6 % residía en zonas urbanas y el 16,4 % en zonas rurales.

La edad de los pacientes osciló entre 12 y 18 años, con una media de 15,28 años (DE = 1,96).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=134).

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	123	91,8
	Masculino	11	8,2
Procedencia	Capital	56	41,8
	Central	75	56,0
	Interior	3	2,2
Área de residencia	Urbana	112	83,6
	Rural	22	16,4

Características asistenciales

La consulta ambulatoria externa fue la modalidad predominante (94,8 %), seguida por urgencias psiquiátricas (3,0 %), consulta extramural (1,5 %) y teleconsulta (0,7 %). La mayoría de los pacientes no contaba con cobertura aseguradora (69,4 %).

En el campo de captación, el 82,8 % de los registros correspondía a control evolutivo, el 11,2 % a primera vez, el 4,5 % a derivación desde psicología y el 1,5 % a interconsulta hospitalaria. Por separado, 60 pacientes (44,8 %) estaban clasificados como casos nuevos en el año y 74 (55,2 %) como no nuevos.

Tabla 2. Características asistenciales y modalidad de acceso (N=134).

Variable	Categoría	n	%
Tipo de consulta	Externa	127	94,8
	Extramural	2	1,5
	Teleconsulta	1	0,7
	Urgencia	4	3,0
Aseguramiento	No asegurado	93	69,4
	Asegurado	41	30,6
	Control	111	82,8
Captación	Primera vez	15	11,2
	Derivado psicología	6	4,5
	Interconsulta	2	1,5
Caso nuevo en el año	Sí	60	44,8
	No	74	55,2

«Primera vez» y «Caso nuevo en el año» corresponden a campos distintos del registro asistencial. Los porcentajes se calcularon sobre 134 pacientes.

Perfil diagnóstico

Los registros identificados como F50 sin subcategoría específica fueron los más frecuentes (n = 52; 38,8 %). Entre los diagnósticos específicos, predominó la bulimia nerviosa (F50.2), con 50 pacientes (37,3 %), seguida de la anorexia nerviosa (F50.0), con 14 (10,4 %). Las categorías F50.8 y F50.9 se mantuvieron diferenciadas cuando constaban explícitamente. Cinco pacientes (3,7 %) estaban agrupados bajo «Otros diagnósticos», sin que se presente un desglose individual de esas categorías.

Tabla 3. Distribución de los diagnósticos principales registrados (N=134).

Diagnóstico	n	%
F50 – Trastorno alimentario registrado sin subcategoría específica	52	38,8
F50.2 – Bulimia nerviosa	50	37,3
F50.0 – Anorexia nerviosa	14	10,4
F50.8 – Otros trastornos alimentarios	7	5,2
F50.1 – Anorexia nerviosa atípica	2	1,5
F50.4 – Hiperfagia psicógena	2	1,5
F50.9 – Trastorno alimentario sin especificar	2	1,5
Otros diagnósticos, sin desglose	5	3,7

F50 sin subcategoría refleja falta de detalle diagnóstico en el registro y se distingue de F50.9. «Otros diagnósticos» se conserva como agrupación residual sin desglose. La suma de los porcentajes puede diferir de 100 % por redondeo.

Comorbilidad psiquiátrica

Se registró al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido en 123 pacientes (91,8 %). Entre las categorías informadas con mayor frecuencia, el episodio depresivo (F32) se registró en 26 pacientes (19,4 %), el diagnóstico clínico consignado como trastorno límite de la personalidad en 24 (17,9 %), los trastornos de ansiedad (F41.x) en 16 (11,9 %) y el trastorno por estrés postraumático (F43.1) en 11 (8,2 %). También se documentaron conductas autolesivas en 3 pacientes (2,2 %). Las categorías diagnósticas enumeradas constituyen un desglose parcial, pueden coexistir en un mismo paciente y sus frecuencias no deben sumarse para obtener el número de personas con comorbilidad. Todos los porcentajes se calcularon sobre los 134 pacientes. No se obtuvo una distribución exhaustiva del número de comorbilidades por paciente.

Distribución temporal de los casos

Los casos clasificados como nuevos fueron 11 en 2022, 6 en 2023, 26 en 2024 y 17 entre enero y agosto de 2025, con un total de 60 (44,8 %). Los denominadores anuales fueron 45, 19, 37 y 33 pacientes, respectivamente. La tabla 4 presenta las proporciones dentro de cada año y los totales del periodo.

Tabla 4. Clasificación de caso nuevo según año del registro seleccionado (N=134).

Año	Caso nuevo	n	%
2022	Sí	11	24,4
	No	34	75,6
2023	Sí	6	31,6
	No	13	68,4
2024	Sí	26	70,3
	No	11	29,7
2025	Sí	17	51,5
	No	16	48,5
Total	Sí	60	44,8
	No	74	55,2

Los porcentajes anuales utilizan como denominadores 45, 19, 37 y 33 pacientes, respectivamente. Las filas de total utilizan N=134. El año 2025 comprende enero-agosto. Cada paciente se contabiliza una sola vez.

DISCUSIÓN

Este estudio describe una muestra de adolescentes atendidos por trastornos alimentarios en un servicio especializado de salud mental en Paraguay. Se observó predominio femenino, una proporción elevada de registros sin subcategoría diagnóstica específica y frecuente comorbilidad psiquiátrica. La bulimia nerviosa fue el diagnóstico específico más frecuente. Los resultados caracterizan a los pacientes incluidos y a los registros seleccionados; su interpretación debe considerar el contexto asistencial, la selección de un único registro por paciente y las limitaciones de la información clínica disponible.

El predominio femenino es concordante con estudios epidemiológicos que han encontrado mayor frecuencia de trastornos alimentarios en mujeres, aunque también documentan su presencia en varones^(6,7). La proporción observada en este servicio no puede trasladarse directamente a la población general. El estudio no evaluó diferencias por sexo en la búsqueda de ayuda, reconocimiento de síntomas o derivación, por lo que no permite determinar qué factores explican la composición de la muestra.

Las edades observadas, entre 12 y 18 años, sitúan los hallazgos en la adolescencia. Los estudios longitudinales han descrito trayectorias heterogéneas de síntomas alimentarios durante esta etapa⁽⁹⁾. En adolescentes escolarizados de Madrid se identificaron asociaciones entre autoestima, conductas alimentarias y riesgo de trastornos alimentarios⁽²¹⁾; por su parte, la cohorte ABCD examinó asociaciones entre uso de pantallas y síntomas alimentarios⁽²²⁾. Estos antecedentes orientan preguntas para futuras investigaciones, pero las variables psicosociales, puberales y de exposición a pantallas no fueron medidas en esta muestra.

La proporción de registros F50 sin subcategoría específica limita la precisión de la caracterización diagnóstica. Esta falta de detalle no equivale a un diagnóstico F50.9 ni permite identificar presentaciones subumbrales o mixtas. Asimismo, la agrupación residual de cinco pacientes bajo «Otros diagnósticos» impide describir sus características diagnósticas individuales. La frecuencia de bulimia nerviosa caracteriza a esta serie clínica, pero no demuestra un cambio temporal en los tipos de trastornos alimentarios atendidos ni una tendencia poblacional.

La frecuente comorbilidad registrada es consistente con la literatura que describe la coexistencia de trastornos alimentarios con otros diagnósticos psiquiátricos⁽¹⁰⁾. Su comparación con otras muestras requiere considerar las diferencias de selección, evaluación y periodo de observación. Los estudios de redes aportan un marco para investigar relaciones entre síntomas alimentarios y problemas afectivos⁽¹²⁾, pero el presente trabajo no midió dimensiones transdiagnósticas ni probó mecanismos compartidos. Las autolesiones documentadas merecen atención clínica a la luz de la asociación descrita entre trastornos alimentarios y autolesiones en registros hospitalarios⁽¹⁵⁾; su frecuencia en esta serie no constituye una estimación poblacional del riesgo.

El diagnóstico clínico de trastorno límite de la personalidad figuró en 24 pacientes. La literatura reconoce que este trastorno puede diagnosticarse durante la adolescencia y destaca la relevancia de su identificación e intervención tempranas⁽²³⁾. En este estudio se informa la denominación clínica consignada, sin equipararla con rasgos aislados de impulsividad o desregulación emocional. El diseño retrospectivo y la ausencia de una evaluación estructurada sistemática no permiten establecer la estabilidad longitudinal de estos diagnósticos ni caracterizar con precisión los síntomas que fundamentaron cada uno de ellos.

La mayor cantidad de registros clasificados como casos nuevos correspondió a 2024. Las cifras anuales no presentan un aumento continuo y el año 2025 tiene cobertura parcial. Agostino y colaboradores describieron cambios en nuevos diagnósticos de anorexia nerviosa y anorexia atípica durante la pandemia de COVID-19 en Canadá⁽²⁴⁾. Ese antecedente corresponde a otro contexto y diseño. La presente serie comienza en 2022, carece de una comparación prepandémica y no utiliza denominadores poblacionales, por lo que no permite atribuir las variaciones observadas a la pandemia ni estimar cambios en la incidencia.

El predominio de la consulta externa y de los controles evolutivos describe la modalidad de los registros seleccionados, sin representar el volumen total de consultas del servicio. La concentración de pacientes en zonas urbanas y la frecuencia de falta de aseguramiento aportan información sobre la composición asistencial, pero no identifican por sí mismas barreras de acceso ni necesidades no atendidas en otras poblaciones. La literatura sobre intervención temprana examina obstáculos para el acceso a la atención⁽²⁵⁾, y las guías de tratamiento ofrecen un marco para organizar la evaluación y el manejo de los trastornos alimentarios⁽²⁶⁾. La medición directa del acceso a estos servicios requiere estudios específicos.

Limitaciones, fortalezas y futuras direcciones

El diseño retrospectivo y descriptivo impide establecer relaciones causales y hace que los resultados dependan de la calidad y el detalle de las fichas clínicas. La ausencia de entrevistas diagnósticas estructuradas sistemáticas limita la verificación de los diagnósticos registrados. La falta de subcategoría en los registros F50 y de desglose en «Otros diagnósticos» limita la precisión del perfil diagnóstico. Tampoco se presenta el recuento de los registros excluidos por información incompleta o inconsistente.

La comorbilidad se describió a partir de diagnósticos documentados durante el periodo de estudio, con un desglose parcial de las categorías más frecuentes; no fue posible reconstruir el número total de comorbilidades por paciente. No se evaluaron sistemáticamente la gravedad de los síntomas alimentarios, el funcionamiento psicosocial ni dimensiones como impulsividad o regulación emocional. La selección de pacientes de un único servicio especializado puede limitar la representatividad de la muestra. Las edades observadas fueron de 12 a 18 años, por lo que los resultados no describen a niños de menor edad.

La distribución anual corresponde a los registros seleccionados tras considerar un único registro por paciente. La clasificación asistencial de caso nuevo no identifica necesariamente el inicio del trastorno, y 2025 solo incluye ocho meses. No se dispuso de denominadores poblacionales ni del volumen total anual de actividad del servicio para estimar incidencia o cambios en la demanda. Las barreras de acceso no se midieron directamente y no se contó con una categoría específica de residencia periurbana.

El estudio aporta información de la práctica asistencial sobre 134 adolescentes atendidos en un servicio de referencia durante varios años. La consideración de un único registro por paciente evita que los controles repetidos se contabilicen como personas diferentes. La descripción conjunta de diagnósticos, comorbilidad y características asistenciales ofrece una base para mejorar la sistematización de los registros y formular preguntas para investigaciones posteriores.

Futuros estudios deberían incorporar diseños prospectivos y multicéntricos, criterios diagnósticos documentados e instrumentos estandarizados para evaluar síntomas alimentarios, comorbilidad y funcionamiento psicosocial. También sería útil distinguir la fecha de inicio de los síntomas, el primer diagnóstico y el primer contacto asistencial, e incorporar información directa sobre las barreras de acceso. Las estrategias de cribado requieren evaluación específica en adolescentes, considerando las limitaciones de la evidencia disponible para esta población⁽²⁷⁾. La inclusión de diferentes áreas de residencia permitiría examinar aspectos de representatividad que esta serie no puede resolver.

En los adolescentes atendidos por trastornos alimentarios en este servicio predominó el sexo femenino, la bulimia nerviosa fue el diagnóstico específico más frecuente y se documentó una elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica. La proporción de registros sin subcategoría diagnóstica destaca la necesidad de mejorar la precisión de la documentación clínica. Los resultados respaldan una evaluación integral de los pacientes y describen las características de esta muestra asistencial, con las limitaciones propias del diseño retrospectivo. La distribución anual debe interpretarse como una descripción de los registros seleccionados, sin atribuirle significado de incidencia poblacional.

Contribución de los autores

Julio Torales, Claudio Vera-Orrego, Oscar García: concepción y diseño del estudio, recolección de datos, análisis de resultados, redacción del manuscrito, aprobación final del manuscrito. Marcelo O'Higgins, Tomás Caycho-Rodríguez, Antonio Ventriglio, João Mauricio Castaldelli-Maia, Iván Barrios: revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Esta investigación no recibió financiación externa.

Disponibilidad de Datos

Los conjuntos de datos analizados durante este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente, Dr. Iván Barrios. Correo electrónico: ibarrios@fcmuna.edu.py.

Declaración sobre el uso de Inteligencia Artificial

Durante la preparación de este manuscrito se utilizó inteligencia artificial generativa exclusivamente como apoyo para la edición del lenguaje, la corrección gramatical y la mejora de la claridad de la redacción. Los autores revisaron y editaron el texto resultante y asumen la responsabilidad por el contenido final del manuscrito.

Revisión por pares: Este artículo fue evaluado mediante un proceso de revisión por pares doble ciego, conforme a la política de transparencia editorial de la revista. Los comentarios de los evaluadores y su identidad no están disponibles para esta publicación. Las observaciones y sugerencias fueron consideradas por los autores, quienes realizaron las modificaciones necesarias hasta llegar a la versión final publicada. Este procedimiento tiene como objetivo garantizar la integridad científica del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current discoveries and future implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(14): 6325. doi: 10.3390/ijerph20146325.
2. Amoretti MC. Do feeding and eating disorders fit the general definition of mental disorder? *Topoi*. 2021; 40(3): 555–564. doi: 10.1007/s11245-020-09712-3.
3. Baenas I, Etxandi M, Fernández-Aranda F. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2024; 162(2): 67–72. doi: 10.1016/j.medcle.2023.07.024.
4. Friars D, Walsh O, McNicholas F. Assessment and management of cardiovascular complications in eating disorders. *J Eat Disord*. 2023;11(1):13. doi: 10.1186/s40337-022-00724-5.
5. Milic J, Stankic D, Stefanovic D. Eating disorder and quality of life. In: Patel V, Preedy V, editors. *Eating disorders*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 1–13. doi: 10.1007/978-3-030-67929-3_21-1.
6. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(2): 415–428. doi: 10.1007/s40519-021-01162-z.
7. Mitchison D, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Trompeter N, Lonergan A, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med*. 2020; 50(6): 981–990. doi: 10.1017/S0033291719000898.
8. Ranzenhofer LM, Jablonski M, Davis L, Posner J, Walsh BT, Steinglass JE. Early course of symptom development in anorexia nervosa. *J Adolesc Health*. 2022; 71(5): 587–593. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.06.010.
9. Breton É, Dufour R, Côté SM, Dubois L, Vitaro F, Boivin M, et al. Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *J Eat Disord*. 2022; 10(1): 84. doi: 10.1186/s40337-022-00603-z.
10. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord*. 2022; 10(1): 132. doi: 10.1186/s40337-022-00654-2.
11. Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacol Ther*. 2021; 217: 107667. doi: 10.1016/j.pharmthera.2020.107667.
12. Monteleone AM, Cascino G. A systematic review of network analysis studies in eating disorders: Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *Eur Eat Disord Rev*. 2021; 29(4): 531–547. doi: 10.1002/erv.2834.
13. Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Torales J. The global prevalence of mental disorders among adolescents: Focus on sex, regional and socio-demographic differences. *Int Rev Psychiatry*. 2025; 37(6-7): 570–580. doi: 10.1080/09540261.2025.2573752.
14. Torales J, Almirón-Santacruz J, Torres-Romero AD, O'Higgins M, Caycho-Rodríguez T, Ventriglio A, et al. Mental health in adolescents: a first study on the prevalence and associated factors of self-injurious thoughts, behaviours, and psychosocial challenges in Paraguay. *Int Rev Psychiatry*. 2025; 37(6-7): 604–615. doi: 10.1080/09540261.2025.2488766.

15. Conway-Jones R, James A, Goldacre MJ, Seminog OO. Risk of self-harm in patients with eating disorders: English population-based national record-linkage study, 1999-2021. *Int J Eat Disord*. 2024; 57(1): 162-172. doi: 10.1002/eat.24091.
16. Ortiz Cuquejo LM, Aguiar C, Samudio Domínguez GC, Troche Hermosilla A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? *Pediatría (Asunción)*. 2017; 44(1): 37-42. doi: 10.18004/ped.2017.abril.37-42.
17. Fariña R, Caballero D, Morán F, Silvero J, Suárez R, Weberhofer J, et al. Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *Med clín soc*. 2017; 1(3): 192-200. doi: 10.52379/mcs.v1i3.36.
18. Riego V, Barrios I, Torales J. Relación entre la enfermedad mental materna y la presencia de trastornos mentales en los hijos. *Sci Am* 2023; 10(3): 68-73. doi: 10.30545/scientiamerica.2023.set-dic.1.
19. Torales J, Barrios I. Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. *Med clín soc*. 2023; 7(3): 210-235. doi: 10.52379/mcs.v7i3.349.
20. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision: version 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 22 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
21. Mora F, Alvarez-Mon MA, Fernandez-Rojo S, Ortega MA, Felix-Alcantara MP, Morales-Gil I, et al. Psychosocial factors in adolescence and risk of development of eating disorders. *Nutrients*. 2022; 14(7): 1481. doi: 10.3390/nu14071481.
22. Chu J, Ganson KT, Testa A, Al-Shoaibi AAA, Jackson DB, Rodgers RF, et al. Screen time, problematic screen use, and eating disorder symptoms among early adolescents: findings from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *Eat Weight Disord*. 2024;29(1):57. doi: 10.1007/s40519-024-01685-1.
23. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014; 134(4): 782-793. doi: 10.1542/peds.2013-3677.
24. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*. 2021; 4 (12): e2137395. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.37395
25. Mills R, Hyam L, Schmidt U. A Narrative review of early intervention for eating disorders: barriers and facilitators. *Adolesc Health Med Ther*. 2023; 14: 217-235. doi: 10.2147/AHMT.S415698.
26. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2023; 180(2): 167-171. doi: 10.1176/appi.ajp.23180001.
27. Feltner C, Peat C, Reddy S, Riley S, Berkman N, Middleton JC, et al. Screening for eating disorders in adolescents and adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2022; 327(11): 1068-1082. doi: 10.1001/jama.2022.1807.