

WDS

Título: Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia (12 a 18 años)

Nombre de las alumnas:

- Jenifer Elizabeth Velasco Hidalgo
- Montserrat Hernández Regalado
- Tayli Jamileth Cifuentes Pérez
- Carla Karina Calvo Ortega
- Sylvia Mileth Gutiérrez Citalán

Nombre del profesor: Alejandra Torres López

Materia: Seminario de Tesis.

Grado: 8º Cuatrimestre.

Parcial: 3.

Grupo: LNU17EMC0121- A

Comitán de Domínguez Chiapas, a 5 de abril de 2024.

Portadilla

Autorización de impresión

Dedicatoria

No fue fácil llegar hasta aquí, si lo fuera, cualquiera lo haría. No estamos aquí por suerte o casualidad, sino porque lo merecemos, pese a las adversidades, dificultades, pérdidas, obstáculos, por no rendirnos aun cuando muchas veces pensamos en hacerlo. Solo nosotros sabemos lo que nos costó estar aquí y es por eso que este momento es el resultado de nuestra constancia, perseverancia y esfuerzo de años, por supuesto de cada persona que fue su soporte e inspiración en este trayecto.

Es por esto que me permito agradecer a nuestros padres, hermanos, amigos y demás familia, que sin duda alguna fueron parte fundamental de esta etapa, ya que pese a las circunstancias en cada momento nos sentimos apoyadas.

Índice

Dedicatoria.....	5
Introducción	10
Capítulo 1. Adolescencia	12
1.1 Definición de adolescencia	12
1.2 Cambios físicos en la adolescencia	15
1.2.1 Cambios físicos en la adolescencia en las mujeres:	15
1.2.2 Cambios físicos en la adolescencia de hombres	16
1.2.3 Cambios físicos en la adolescencia de hombres y mujeres.....	17
1.3 Cambios psicológicos en la adolescencia.....	18
1.3.1 Ansiedad.....	18
1.3.2 Depresión	18
1.3.3 Adquisición de la independencia del medio familiar	19
1.3.4 Toma de conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo.....	19
1.3.5 Factores que afectan a la salud mental.....	19
1.4 Cambios sociales en la adolescencia	21
1.4.1Concepto.....	21
1.4.2 Adquirir independencia familiar	21
1.4.3 Relación con amigos, se establecen las parejas.	21
1.4.4 Identidad.	22
1.4.5 Mayor responsabilidad	22
1.4.6 Participación en conductas de riesgo	23
1.4.7 Formación de la identidad sexual	23
1.4.8 Aparición de la moralidad.....	24
1.4.9 Cambios en la comunicación.....	24
1.5 Cambios nutricionales en la adolescencia	26
1.5.1 Energía.....	26
1.5.2 Proteínas	27
1.5.3 Carbohidratos	27
1.5.4 Grasa.....	27
1.5.5 Calcio	28

1.5.6 Hierro.....	28
1.5.7 Vitamina D	28
Capitulo II Trastornos de la conducta alimentaria	29
2.1 Concepto y definición de TCA	29
2.1.1 Trastornos no específicos	30
2.2 Historia de los TCA.....	31
2.3 Factores asociados a los TCA.....	35
2.3.1 Depresión	35
2.3.3 Ambiente familiar	36
2.3.4 Redes sociales	37
2.4 Factores de riesgo para desarrollar un TCA	38
2.5 Tipos de trastorno de la conducta alimentaria	41
Capitulo III. Trastornos específicos	44
3.1 Anorexia	44
3.1.1 Historia	44
3.1.2 Concepto	45
3.1.3 Causas	46
3.1.4 Síntomas.....	46
3.1.5 Tratamiento general	48
3.1.6 Tratamiento nutricional	50
3.2 Bulimia.....	52
3.2.1 Tipos de bulimia.....	52
3.2.2 Consecuencias	56
3.2.3 Tratamiento médico-nutricional de la bulimia	58
Capitulo IV. Trastornos no específicos	59
4.1 Ortorexia	59
4.1.1 Definición	59
4.1.2 Fases de la ortorexia	60
4.1.3 ¿Quiénes la padecen?	60
4.1.4 Causas y síntomas de la ortorexia	61
4.1.5 Los principales indicadores de la ortorexia	61
4.1.6 Consecuencias más graves de la ortorexia	62
4.1.7 Propuestas de test y criterios diagnósticos.....	62

4.1.8 Prevención y tratamiento	63
4.2 Vigorexia	64
4.3 Trastorno por atracón.....	67
Bibliografía.....	70

Introducción

Los TCA son conocidos desde el siglo XVII y tienen prevalencia de un 10% para la bulimia y de un 0.5% a 1% para anorexia.

Los trastornos de conducta alimentaria son un grupo de patologías caracterizadas por la ingesta no saludable de alimentos, que están relacionados con la autopercepción, la imagen corporal por ideas sobrevaloradas o distorsiones del concepto de lo que deben ser el peso y la silueta ideal (“el cuerpo perfecto”).

Los trastornos más reconocidos son la anorexia, bulimia, trastorno por atracón, vigorexia y ortorexia, las cuales, se han convertido en importantes enfermedades, ya que tienen influencia en los aspectos físicos, factores psicosociales, cognoscitivos y son desencadenantes de diversas enfermedades.

Cada individuo tiene una forma de entender la vida, de enfrentarla, de resolver los conflictos y una opinión sobre si misma que en ocasiones puede no ser satisfactoria.

Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles disparadores del aumento en la frecuencia de dichos trastornos.

Las personas con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) presentan antes del desarrollo de la enfermedad problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, inseguridades, ansiedad, depresión, falta de asertividad, sensación de ineficacia, se sienten perdidos, tienden al fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tienden a ser muy perfeccionistas con rasgos obsesivos y rigidez. Por lo tanto, ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida o aumento de peso deseado, como una dieta muy estricta restringiendo varios alimentos o dietas hipercalóricas y conductas purgativas como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, entre otros.

Normalmente este tipo de personas no tiene conciencia del riesgo que corren al jugar con su cuerpo de esta manera, todo su interés está centrado en perder o ganar peso y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales graves que pueden tener muchos riesgos en cuanto a su salud o pueden llegar hasta la muerte.

En los últimos años ha incrementado el interés por estos trastornos. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, aunque lo más frecuente es que se inicien en la adolescencia entre los 12 a 18 años y afectan en mayor medida a la población femenina y se ha relacionado con una mayor incidencia de trastornos afectivos, depresión e intentos de suicidio.

Se estima que, en México, 25 por ciento de adolescentes padece en diferentes grados un trastorno de la alimentación; la mayoría de los casos, asociados con algún problema mental, informó la especialista del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” de la Secretaría de Salud, Ana Rosa García Berdeja.

Capítulo 1. Adolescencia

1.1 Definición de adolescencia

El término adolescencia surgió en el siglo XX, específicamente en el año 1904 inventado por Stanley Hall, lo denominada como “tormenta y estrés” por los cambios físicos y psicológicos que se presentan en esta etapa de la vida, haciendo una investigación con estudiantes del sexo masculino y femenino entre los 13 y 23 años de edad con nivel socioeconómico medio, con el fin de estudiar las características físicas y psicológicas que se presentan durante esta etapa para determinar incidencias en el desarrollo de la personalidad.

La adolescencia es un periodo de crecimiento de la vida que se produce entre la niñez y la adultez (10 a 19 años).

Se produce después de la niñez, que pasa por la pubertad para prepararnos como adultos con aprendizajes, fortalezas y crecimiento personal, lleno no muchos cambios que suelen ser complicados. Se podría decir que es una etapa de transición con nuevos descubrimientos de sí mismos, donde se descubre la sexualidad, van aprendiendo de sus errores y adquiriendo conocimientos pasando por muchos cambios en el comportamiento, en el físico, la forma de pensar, etc., para llegar a ser adultos.

La adolescencia se clasificar en 3 etapas, la principal es la adolescencia temprana que es entre los 10 a los 13 años de edad también conocida como pubertad, en donde empieza la búsqueda de amigos, llegan a sentir cierto desinterés por la relación que tiene con sus padres, las hormonas empiezan a estar presentes y es cuando se empiezan a dar los cambios físicos como puede ser el famoso llamada “estirón”, el cambio de voz, el vello púbico y en axilas y en hombres el vello facial, en mujeres el crecimiento de senos caderas, presencia de la menstruación, como también el olor corporal, el aumento de sudoración y el acné que es una de las principales características, como siguiente etapa es la adolescencia media que es entre los 14 a los 16 años de edad donde se

comienza los cambios psicológicos donde van construyendo su identidad y propia personalidad, se intensifican conflictos que puede llegar a suceder con los padres, intentan ser socialmente aceptables y como última etapa sería la adolescencia tardía que se da entre los 17 que se puede extender a los 21 años de edad, en esta etapa donde se da la definición de su identidad, empieza la preocupación por su futuro y piensan de mejor manera las decisiones que toman, tienden a tener mejor relación con sus padres, ya no tienen el mismo interés por la búsqueda de grupos, prefiriendo más ser individuales o grupos mucho más pequeños sin darle importancia a lo que los demás piensen o pongan.

En este proceso es importante la presencia de la familia como una base segura de emociones para su desarrollo que establecerá límites y orientación para saber que está bien y que no, aunque a veces, ellos mismos cuestionen aspectos de su vida y de la relación que tienen con su familia por los distintos cambios de pensamiento y actitudes que presentan constantemente y los padres tienen que ser más flexibles adaptándose a ellos sin dejar de ser una autoridad, ya que la familia es el modelo a seguir de los adolescentes, ocupando una posición central. El brindarles tiempo de calidad y brindarles apoyo favorecerá en un buen desarrollo social. Todo lo bueno adquirido en esta etapa se le denomina factores de protección y los factores de riesgos son atributos aprendidos de la sociedad, las redes sociales, presión social etc., que pueden llegar a conducir al consumo de alcohol, tabaco, para sentirse aceptados en un grupo social.

El tener una mala comunicación con los padres también afecta a la comunicación que tiene con los amigos, dificultades para la socialización, tienden a sentir malestar en su aspecto físico y problemas psicológicos aumentado factores de riesgo.

En la adolescencia es una de las etapas más llenas de salud, en la que teniendo buenos hábitos como una buena alimentación, ejercicios, descanso, higiene, etc., se verá reflejado en la calidad de vida en la adultez y si se genera malos hábitos en la adolescencia las consecuencias se presentarán en la adultez, los hábitos

pueden ser la mala alimentación, la inactividad física, desvelo, el consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc., que perjudicará la salud ya que los adolescentes están más expuestos a ese tipos de situaciones.

Muchos de los adolescentes optan por hábitos pocos saludables, la comida chatarra es uno de los más consumidos a edad por la accesibilidad e información que tienen. La comida chatarra afecta al cuerpo y cerebro ya que llega a moldear el cerebro del adolescente afectando la capacidad de pensar, aprender y recordar, también dificultando el control de su comportamiento.

Se podría decir que la adolescencia es una estás llena de aprendizajes y desarrollo donde el cerebro es más vulnerable en cuanto a pensamientos que tienen e influye la sociedad en la que se desarrolle, ya sea de manera positiva o negativa.

1.2 Cambios físicos en la adolescencia

La adolescencia se caracteriza por una aceleración en el crecimiento de estatura y por cambios físicos. Los cambios físicos en la adolescencia ocurren debido a la producción de hormonas. Estas producen testosterona en los niños y estrógeno en las niñas. Durante esta etapa de cambios el desarrollo sexual, el crecimiento de estatura y la maduración psicosocial van relacionados con los cambios físicos.

El inicio y la progresión de la adolescencia puede variar en cada persona, pero eso entra en un rango de normalidad. Los cambios físicos en la adolescencia son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas, así como maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios). (Cardona, 2021)

1.2.1 Cambios físicos en la adolescencia en las mujeres:

Las niñas suelen desarrollarse físicamente más rápido que los niños. Las niñas empiezan a notar cambios alrededor de los ocho y diez años de edad. Uno de los primeros cambios son el inicio de la menarca (primera menstruación). Los principales cambios físicos son:

Crecimiento de los senos: se inicia el desarrollo de los senos mamarios, exactamente las glándulas que forman las mamas. Se inicia con la aparición del botón mamario, se le dice botón ya que tiene una textura diferente con respecto a los otros tejidos que rodean la glándula mamaria.

Crecimiento de vello púbico: este vello crece en el área genital. El inicio del crecimiento del vello púbico da una señal del comienzo del desarrollo de la niña e indica que ya hay niveles elevados de estrógeno (hormona).

Ensanchamiento de caderas: en la pubertad la producción de estrógeno provoca que los huesos en las caderas sean más anchos en las niñas, pero esto puede variar en cada mujer, esto no quiere decir que hay un cambio brusco en la apariencia de las niñas.

Maduración de órganos reproductores: el aumento en la producción de estrógeno produce cambios que activan la maduración de los ovarios, el útero y la vagina. Normalmente, estos cambios pasan de forma continua desde la adolescencia hasta alcanzar la madurez sexual.

Presencia de flujo vaginal: esto es un líquido que sale de la vagina, puede tener un color blanco o claro.

Inicio del periodo menstrual: suele presentarse unos dos años tras la telarquia (aparición de botón mamario). Llega a presentarse entre los 12 o 13 años de edad.

Distribución de la grasa corporal: las mujeres acumulan más grasa que los hombres, lo que produce el crecimiento de un cuerpo más magro. Se acumula principalmente en las caderas.

1.2.2 Cambios físicos en la adolescencia de hombres

Crecimiento de testículos: es uno de los primeros cambios que ocurre en los niños, el aumento del crecimiento de los testículos es un indicador del inicio de la adolescencia de los niños. Los niños notan un crecimiento del escroto y de sus testículos desde los nueve años de edad.

Crecimiento del pene: el pene se alarga y se ensancha durante la adolescencia.

Aparece vello púbico y barba: crece vello en los genitales (vello púbico), en la cara y en las axilas. Este cambio comienza alrededor de los 11 años de edad, o en la adolescencia media a los 15 años de edad.

Cambios de la voz: la voz se comienza a escuchar más grave, porque la testosterona hace que las cuerdas vocales se engrosen y también porque el tubo de la tráquea se hace más grande.

Desarrollo de la musculatura: este cambio se nota más a un nivel pectoral en los niños, esto es debido a la influencia de la testosterona, esta hormona provoca

que el musculo crezca y reafirme. Los músculos del cuello, pecho y piernas sean más grandes y fuertes.

1.2.3 Cambios físicos en la adolescencia de hombres y mujeres

Aumento de tallas: El crecimiento se produce por fases: inicialmente crecen las extremidades inferiores y después el tronco, los brazos y la cabeza. Ello puede conducir a una sensación de desproporción que se traduzca en inseguridad en el adolescente.

Aumento de estatura: la hormona del crecimiento comienza a producirse en mayores cantidades, esta dicha hormona es encargada de estimular el aumento de estatura de las niñas y niños. La talla definitiva en niñas puede ser desde los 16 a los 17 años de edad y en los niños puede tardarse hasta los 21 años de edad.

Aparición de acné: los cambios hormonales en los adolescentes provocan la aparición de acné en la piel, principalmente en la cara.

Aumento de masa ósea: cada adolescente tiene un potencial genético de desarrollo de la masa ósea, que se alcanza plenamente si los factores ambientales como la actividad física y la nutrición con aporte de calcio son fundamentales. (Laura, 2021)

1.3 Cambios psicológicos en la adolescencia

Los adolescentes experimentan una serie de cambios que, si no son bien ejecutados pueden crear una desestabilización afectiva. A continuación, describiremos cada uno de ellos:

1.3.1 Ansiedad

Pueden presentarse como ataques de pánico o preocupaciones excesivas. Se puede manifestar de dos maneras:

Sensaciones somáticas como: mareos, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria y/o mareos.

Síntomas cognoscitivos, conductuales y afectivos como: nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control.

Son los más frecuentes en este grupo de edad. Se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. (Salud S. d., 2015)

1.3.2 Depresión

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión.

La depresión puede llevar al suicidio, el cual, es la cuarta causa de muerte entre los adolescentes mayores (15 a 19 años). Los factores de riesgo del suicidio son diversos como el abuso del alcohol, malos tratos en la infancia, estigmatización a la hora de buscar ayuda, obstáculos que impiden recibir atención y el disponer de medios para suicidarse como lo es el internet. (Salud O. M., Organización Mundial de la Salud, 2023)

1.3.3 Adquisición de la independencia del medio familiar

Durante la adolescencia se pierde el interés en las actividades familiares y se molestan a la hora de recibir algún consejo o crítica, por lo tanto, aumentan los conflictos con los padres y hay una mejor conexión con los amigos. Se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y humor, los cuales son inestables, en ocasiones, manifestado por una disminución del rendimiento escolar. Al final de la adolescencia, se integran de nuevo a las actividades familiares y son capaces de apreciar mejor los conflictos y valores de sus padres.

1.3.4 Toma de conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo

En esta etapa debido a los cambios físicos que presenta el adolescente experimenta una gran inseguridad sobre sí mismo, se siente extraño dentro del nuevo cuerpo, lo que le genera preocupación respecto a su apariencia y atractivo y hace que se pregunte constantemente. Viven comparándose continuamente con otros jóvenes y experimenta un creciente interés sobre la anatomía y fisiología sexual.

Durante la fase media de la adolescencia, se va produciendo la aceptación de su cuerpo, con intentos de hacerlo más atractivo y encajar en la sociedad. Es por eso que, debido a la influencia social, en esta etapa pueden aparecer trastornos alimentarios, ya que las opiniones de personas externas influyen mucho en su físico y de manera psicológica también. (M.Güemes Hidalgo, M.J Ceñal Gónzales Fierro, M.I. Hidalgo Vicario, 2017)

1.3.5 Factores que afectan a la salud mental

- Exposición a la adversidad.
- La presión social de sus compañeros.
- La exploración de su propia identidad.

- La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exagerar la inconformidad entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro.
- La calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros.
- La violencia (en particular la violencia sexual y la intimidación).
- Discriminación o exclusión. (Salud O. M., Organización Mundial de la Salud, 2021)

1.4 Cambios sociales en la adolescencia

1.4.1 Concepto

Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15–16 el desarrollo moral, saberlo que está bien y mal. Giedd en 2004 demostró que hasta los 25–30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, hasta entonces, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas.

1.4.2 Adquirir independencia familiar

Durante la adolescencia temprana existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar. Búsqueda de otras personas para amar. El comportamiento y el humor son inestables. En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se dedican a los amigos. Al final de la adolescencia se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan dependiendo de su familia.

1.4.3 Relación con amigos, se establecen las parejas.

En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres. Puede suponer un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales. En la adolescencia media es poderoso el papel de los amigos, la intensa integración en la subcultura de estos, la conformidad con valores, reglas

y forma de vestir, separándose más de la familia (piercing, tatuajes, conductas). Integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes. En la fase tardía, el grupo pierde interés, hay menos exploración y experimentación y se establecen relaciones íntimas (parejas).

1.4.4 Identidad.

En la fase precoz, empieza a mejorar la capacidad cognitiva: evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, con creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales irreales (estrella del rock, piloto...), mayor necesidad de intimidad (diario), emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado. En la fase media, hay mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía. Aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a conductas arriesgadas (accidentes, drogadicción, embarazos, infecciones). En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites. Independencia financiera.

1.4.5 Mayor responsabilidad

La mayor libertad e independencia de la que gozan la mayoría de adolescentes también implica la necesidad de asumir mayores responsabilidades en diferentes aspectos de la vida. Por primera vez desde su nacimiento, los adolescentes tienen que tomar decisiones sobre su manera de actuar y deben pensar sobre las consecuencias de su comportamiento.

Generalmente los padres, educadores y otros adultos con influencia sobre los adolescentes fomentan esta búsqueda de una mayor responsabilidad, ya que se considera que durante esta etapa los jóvenes tienen que adquirir capacidad para resolver sus propios problemas y enfrentarse a los desafíos que les pondrá la vida en el futuro.

A menudo, la adquisición de una mayor responsabilidad puede ser muy complicada para los adolescentes. Los jóvenes tendrán que adquirir nuevas habilidades, adquirir la suficiente disciplina y tomar conciencia de la importancia de determinadas formas de actuar para conseguir superar esta prueba con éxito.

1.4.6 Participación en conductas de riesgo

Uno de los cambios sociales en la adolescencia más problemáticos es la búsqueda más o menos acentuada de situaciones de riesgo y la participación en las mismas.

Los últimos estudios en neurociencia revelan que las zonas del cerebro relacionadas con la autopreservación y la capacidad de razonamiento aún no han madurado por completo en esta etapa, lo que lleva a los jóvenes a correr multitud de riesgos.

Por otro lado, las conductas peligrosas no son completamente negativas, sino que pueden cumplir una serie de funciones que las vuelven muy importantes para los adolescentes. Entre otras cosas, estas formas de actuar pueden ayudar a los jóvenes a conocer dónde están sus límites, a vivir nuevas experiencias y a desarrollar su responsabilidad personal.

Aun así, algunas conductas especialmente peligrosas pueden provocar daños irreversibles en la vida de los adolescentes, por lo que es fundamental transmitirles la importancia de tomar precauciones y explicarles los riesgos relacionados con comportamientos como el consumo de drogas o el sexo sin protección.

1.4.7 Formación de la identidad sexual

Uno de los cambios más radicales que se producen durante la adolescencia es el despertar de la sexualidad, con todo lo que esto implica. Por primera vez en su vida, los jóvenes se verán atraídos por personas de su entorno, y tendrán que convivir con multitud de emociones y sensaciones que no habían aparecido hasta ese momento.

El despertar de la sexualidad tiene muchas implicaciones emocionales, pero también forma una parte fundamental de los cambios sociales en la adolescencia. Durante esta época los jóvenes formarán su identidad sexual, y deberán aprender a enfrentarse a sus deseos, al rechazo por parte de otros, a la incertidumbre y a los aspectos más sociales de esta parte de la vida.

Por supuesto, la formación de la identidad sexual puede ser especialmente complicada en los casos en los que el adolescente tenga una orientación sexual minoritaria; pero incluso en el caso de un individuo heterosexual, navegar todos los cambios relacionados con el deseo puede llegar a ser extremadamente difícil.

1.4.8 Aparición de la moralidad

Otro de los aspectos que se forman durante la adolescencia y que tendrán una gran importancia a lo largo de toda la vida del individuo es la moralidad. Los niños generalmente no pueden plantearse conceptos como el bien o el mal, sino que tienen una ética más centrada en el momento y relacionada con la satisfacción de sus propios deseos.

Por el contrario, los adolescentes comienzan a ser capaces de plantearse si aquello que hacen es positivo o negativo, además de empezar a pensar sobre su propio código moral y los valores que quieren que guíen sus vidas.

En muchos casos, además, la entrada en la adolescencia provoca que los individuos comiencen a cuestionarse los valores que les han transmitido sus padres y se planteen si estos son adecuados para ellos.

1.4.9 Cambios en la comunicación

La comunicación es otra de las áreas en las que más cambios se producen en la adolescencia. Durante los primeros años de vida las personas suelen tener relaciones estrechas únicamente con los miembros de la familia, pero con la entrada en la pubertad se tiende a buscar un contacto más íntimo con amigos, parejas y otros individuos de la misma edad.

Actualmente existen multitud de herramientas de comunicación que facilitan el contacto continuo con las personas más cercanas. El dominio de estas herramientas comienza a darse generalmente en la adolescencia, y puede traer consigo todo tipo de retos y peligros que los jóvenes tendrán que aprender a manejar.

Uno de los ejemplos más claros de esto es el uso de las redes sociales. Aunque estas herramientas pueden traer multitud de beneficios a la vida de las personas, también pueden presentar graves peligros que pongan en riesgo a los adolescentes, que se encuentran en una edad especialmente vulnerable.

(Puerta, 2020)

1.5 Cambios nutricionales en la adolescencia

Como hemos analizado durante esta etapa de la vida surgen muchos cambios y esto se debe a dos factores muy importantes los cuales son el crecimiento y desarrollo.

Según la Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y Nutrición define estos conceptos de la siguiente manera.

Crecimiento: Es el aumento gradual de tamaño del cuerpo y de sus órganos

Desarrollo: Es el aumento en las capacidades y funciones desempeñadas por el organismo incluido el cerebro.

Es gracias a estos dos conceptos que es muy importante tener una buena de ingesta de alimentos. Por lo que podemos decir que si un individuo crece bien es por que probablemente está sano y bien nutrido, si no crece. Bien, es probable que su alimentación no sea la adecuada.

El aumento de masa corporal magra, masa esquelética y grasa corporal que se observa durante la adolescencia produce una ingesta de nutrientes mayor que en otro momento de la vida, podemos decir que llega a su punto máximo. (FAO, 2010)

Veamos como los macronutrientes se ven modificados

1.5.1 Energía

La cantidad de actividad física, el índice metabólico basal y el aumento de las necesidades para apoyar el crecimiento y desarrollo de la pubertad influyen en las necesidades de energía de los adolescentes.

Se relaciona de manera estrecha con la cantidad de masa corporal magra de los individuos. Debido a que los adolescentes del sexo masculino experimentan mayores aumentos de talla, peso y masa corporal magra, sus requerimientos calóricos son mayores que en las mujeres. Para darnos una idea los hombres necesitaran de 2270 -3152 kcal diarias a un que dependerá de su actividad física, edad y talla. Mientras que las necesidades energéticas oscilan entre 2071 – 2368

kcal diarias y siempre dependerá del contexto es decir actividad física, edad y talla.

1.5.2 Proteínas

Dependerá de lo que su cuerpo necesite para mantener su masa corporal magra y lo que necesitará para su crecimiento pues este se verá alterado dependiendo de sus actividades diarias. Se recomienda de 0.85 g/kg de peso corporal por día.

Las necesidades de proteína son mayores en mujeres de 11-14 años y en varones de 15 - 18 años cuando el crecimiento se encuentra en el límite máximo.

1.5.3 Carbohidratos

Los carbohidratos son la principal fuente de energía proveniente de la dieta para el organismo. El consumo recomendado de carbohidratos para adolescentes es de 130 g al día o 45 a 65% de las necesidades energéticas diarias, estos deberán de provenir de alimentos de calidad no azúcares o comida chatarra. Que es lo que generalmente los adolescentes prefieren consumir.

1.5.4 Grasa

El cuerpo humano requiere grasa dietética y ácidos grasos esenciales para el crecimiento y desarrollo normales. La información sobre consumo de energía y macronutrientes en adolescentes sugiere que alrededor de 32% de las calorías totales consumidas se deriva de grasa generalmente no hay riesgos aquí siempre se cumple con este criterio en las dietas habituales de los adolescentes.

Existen otros micronutrientes que se necesitan durante el crecimiento y desarrollo de los adolescentes. Normalmente este grupo de edad consumen dietas inadecuadas en varias vitaminas y minerales, incluyendo folato; vitaminas A, B6, C y E; y hierro, zinc, magnesio, fósforo y calcio. La ingesta de fibra dietética también es baja las dietas que consumen muchos de ellos exceden las recomendaciones actuales para grasas totales y saturadas, colesterol, sodio y azúcares añadidos.

Algunos de estos cobran mayor importancia como el calcio, hierro y vitamina D

1.5.5 Calcio

El establecimiento de un consumo adecuado de calcio durante la adolescencia es crucial para el crecimiento y desarrollo físicos. El calcio representa el principal constituyente de la masa ósea. Debido a que alrededor de la mitad de la cifra máxima de masa ósea se acumula durante la adolescencia, el consumo de calcio es de gran importancia para el desarrollo de masa ósea densa y la reducción del riesgo de fracturas y osteoporosis a lo largo de la vida.

1.5.6 Hierro

El rápido índice de crecimiento lineal, el aumento del volumen sanguíneo y el comienzo de la menarquia durante la adolescencia incrementan las necesidades de hierro. Los consumos de hierro se calculan en 17.6 mg/día de los 12 a 19 años en varones, y en 12.9 mg/día de los 12 a 19 años de edad en mujeres.

1.5.7 Vitamina D

La vitamina D es liposoluble y representa una función esencial para facilitar la absorción intestinal del calcio y fósforo que se necesitan para mantener las concentraciones séricas apropiadas de estos minerales. La vitamina D puede sintetizarse dentro del cuerpo mediante la exposición de la piel a los rayos ultravioleta B de la luz del Sol. La vitamina D es esencial para la formación óptima de hueso.

Se observaron disminuciones en las concentraciones séricas de vitamina D en todos los grupos por edad y raza/origen étnico, pero fueron más pronunciados entre afro-estadounidenses. Las mujeres mostraron disminuciones mayores en concentraciones séricas de vitamina D que los varones. Esto es particularmente preocupante en el caso de mujeres adolescentes dada su baja ingesta de calcio y su mayor riesgo de osteoporosis en la adultez tardía.

Debe valorarse la idoneidad de las concentraciones de vitamina D en todos los adolescentes pertenecientes a grupos de alto riesgo, en especial aquellos que viven en climas septentrionales, tienen una limitada exposición a la luz solar, son intolerantes a la lactosa o tienen alergia a la leche, presentan discapacidades del

desarrollo que limiten sus actividades al aire libre o tengan una pigmentación cutánea oscura. (Brown, 2014)

Capitulo II Trastornos de la conducta alimentaria

2.1 Concepto y definición de TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por tener un comportamiento patológico mediante la ingesta alimentaria y la obsesión por el control de peso.

Un TCA es una enfermedad muy grave y muy compleja que afecta a millones de personas en el mundo, suelen ser más frecuentes en mujeres; generalmente inicia durante la adolescencia o en ocasiones se puede presentar desde la infancia.

Los TCA son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. (Baldares, 2013)

Se consideran trastornos de origen multifactorial, esto quiere decir que son originados por la interacción de diferentes causas ya sean de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural que provocan consecuencias hacia la salud tanto física como mental de la persona.

Un trastorno de la conducta alimentaria no es un problema con la comida, sino que es un problema que se refleja en la comida. La anorexia y la bulimia son los trastornos más conocidos, pero también existen otros los cuales más adelante se hablarán con detalle. (Aragón, 2024)

Estas son enfermedades graves, su manejo requiere de un equipo de profesionales especializados como médicos, nutriólogos y psicólogos, para que este trastorno no avance tanto y no lleguen a consecuencias más fuertes. (Martínez, 2020)

2.1.1 Trastornos no específicos

Son aquellos que no cumplen los criterios necesarios para poder ser diagnosticado como un TCA, este tipo de trastorno se aplica para aquellas situaciones clínicas en las cuales existen síntomas característicos de un trastorno alimentario que conviven con un malestar significativo en áreas importantes del funcionamiento de la persona, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de los alimentos, también este tipo de trastorno se puede aplicar cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Dentro de este grupo de trastornos, es muy común el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos y recurrentes de ingesta, pero sin conductas compensatorias.

Algunas de las situaciones clínicas más frecuentes que pueden explicar o identificar este tipo de trastorno alimentario no especificado son:

- Mujeres que cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa pero no han perdido la menstruación.
- Se cumplen todos los criterios para la anorexia, pero con peso dentro de los límites de la normalidad. Es muy frecuente en los estados iniciales del trastorno.
- Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, pero con una frecuencia de atracones y/o conductas compensatorias con frecuencia menor a 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida.
- Masticar y escupir, sin tragar, cantidades importantes de comida.
- Fobia a la gran mayoría de alimentos y/o conductas de vómito que, según refiere el paciente, justifique el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria, pero sin que exista un miedo intenso a aumentar de peso. (SETCA, 2014)

2.2 Historia de los TCA

En la historia de nuestra cultura se encuentran referencias a la alimentación y los desórdenes alimenticios desde los tiempos bíblicos. Desde la antigüedad, el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento de encuentro entre los individuos para compartir conocimientos y experiencias, dando lugar a las relaciones y la empatía (San Sebastián, 1999). En esa época, el sobrepeso era un signo de poder y salud, y el ayuno tenía un carácter religioso, pues era usado como penitencia.

Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como auto punición y rechazo a lo material, asimismo, como medio de conexión con lo espiritual y sagrado.

El sentido fenomenológico de la enfermedad era, en estos casos, el mismo que después manejó, de alguna manera, el psicoanálisis: la renuncia al cuerpo con carácter sexual y en consecuencia alejado del placer y la atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad.

En cuanto a la anorexia, la Medicina, propiamente dicha, inicia su atención hacia la Anorexia nerviosa con la obra "A Treatise of Consumptions", en texto del s.XVII de Richard Morton, en 1694 refiriéndose al caso de Miss Duke (Anguina, Fernández y Varo, 2000).

En 1858, el médico francés Louis-Victor Marcé escribió la obra Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias, caracterizada por el rechazo de los alimentos. Fue a este cuadro al que posteriormente, en 1864, W. Gull denominó apepsia histérica y, el mismo autor, lo denomina más tarde perversión del yo. Asimismo, es Charles Lasègue el que acaba acuñando el término anorexia histérica.

El cuadro descrito por ambos autores incluía como síntomas fundamentales del rechazo a la comida: la pérdida extrema de peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Se puede observar que el cuadro descrito es muy parecido a los criterios diagnósticos actuales, sin embargo, a lo largo del

tiempo, la interpretación etiopatogénica ha sido bien diferente. Psicología.com. 2019 VOL 23 Psicología.com – ISSN: 1137-8492 Tanto W. Gull como Lasségue atribuyeron dicha enfermedad a una alteración del sistema nervioso (citado en Rosa M. Molina Ruiz, 2014). No obstante, Lasségue prestaba especial interés en el origen sociocultural de sus pacientes ya que lo consideraba un factor influyente (Toro, 2008).

En 1870, Samuel Fenwick escribió un artículo nombrado como “On atrophy of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs” en el que ponía en relación a la AN con los factores socioculturales (Citado en Jáuregui, 2004 y Toro, 2008). Durante el siglo XX concurren distintos hitos en relación a la AN.

Por una parte, en 1914, Simmonds establece que la causa de la AN es una disfunción hipofisaria que denomina caquexia hipofisaria. Por otra parte, ya en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria, para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos.

Hacia los años treinta se reafirma su origen psicogénico por autores psicoanalistas que explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual (Silverman, 1995). Desde los años cincuenta se produce una revolución conceptual y metodológica sobre la AN, diversificándose las líneas terapéuticas con una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando factores psicosociobiológicos en la génesis del problema.

En el Simposio de Göttingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas sobre la AN (Meyer y Feldmann, 1965): – La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad. – El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria. – La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

Entre los autores recientes destacan Garfinkel y Garner (1982) que han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la AN como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el

resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psicosocial

Con respecto a la Bulimia nerviosa (BN), se debe decir que entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como cynorexia, canine appetite o hambre patológica, como modo de referirse a episodios de voracidad que dan lugar a la ingesta de comida excesiva. Las primeras referencias médicas datan de 1708 y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en el último periodo.

La Bulimia nerviosa es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, pero que ha emergido con mucha fuerza, lo que no implica que no sea una enfermedad nueva, sino como acepción clínica. Psicología.com. 2019 VOL 23
Psicologia.com – ISSN: 1137-8492

El síndrome de Bulimia nerviosa fue definido por Russell en 1979 y los primeros casos, desde el punto de vista clínico, aparecieron tras la Segunda Guerra Mundial, y el aumento de su incidencia dio lugar a su reconocimiento como síndrome separado de la AN en los años sesenta. Sin embargo, para Russell la Bulimia nerviosa no era más que una variante de la AN, ya que un gran porcentaje de los pacientes con BN tienen antecedentes de AN.

De hecho, la formulación del cuadro planteada por este autor fue reconocida por el DSM-III como categoría diagnóstica, aunque centrando los criterios en la presencia de episodios de ingesta voraz y las reacciones psíquicas inmediatas inducidas por tales conductas. Esta tercera versión del DSM (1980) y su revisión, DSMIII-R (1987), clasificaban estos trastornos dentro de los de inicio en la infancia y adolescencia, junto a otras anomalías de la alimentación en la primera infancia.

En la actualidad, los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) – denominación del DSM-IVTR – se entienden, efectivamente, como trastornos en los que la conducta alimentaria está alterada, pero, sobre todo, que lo está como

consecuencia de los dramáticos intentos que el paciente hace por controlar su peso y su cuerpo.

Esta entidad propia, junto con el hecho de que cada vez es más frecuente encontrarse con Anorexia y Bulimia nerviosa en la adolescencia tardía, motivó que la edición del DSM-IV (1994) los eliminase de la categoría de inicio en la infancia.

Por su parte, en el DSM-5 el apartado de los trastornos alimentarios ha pasado a denominarse Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, y, de este modo, la guía incluye las alteraciones del comer que tienen como consecuencia problemas en la consumición o absorción del alimento.

Se ha considerado que la Anorexia nerviosa, la Bulimia nerviosa y, sobre todo, la obesidad eran entidades separadas; sin embargo, cada vez se ve más lo incorrecto de esta presunción, ya que no es extraño que estas condiciones se alternen en la misma persona durante la vida y, como trastornos, tienen muchas características en común.

En lo que respecta al Trastorno por atracón (TA) se debe señalar que fue descrito en 1958 por Albert Stunkard, quien presentó el caso de un paciente obeso que padecía episodios de sobre ingesta con incapacidad para parar de comer (Caso Hyman Cohen). Tal y como señala Perpiña (2015), es un trastorno que se inserta en el marco de una importante alteración del control de impulsos, en concreto, el impulso de comer, aunque puede coexistir con otros, y la mayor parte de estos pacientes son, además, obesos.

La incidencia de este tipo de patología ha aumentado dramáticamente en las sociedades occidentales. Psicología.com. 2019 VOL 23 Psicología.com – ISSN: 1137-8492 Dichas patologías afectan principalmente a mujeres y todas las personas que las padecen sufren alteraciones en su imagen corporal.

Asimismo, se ha evidenciado un cambio en las sociedades industriales en lo relacionado con el ideal de belleza durante los últimos treinta años, en este

tiempo se ha ido imponiendo el ideal de la delgadez, pero con connotaciones que superan los significados puramente físicos y estéticos.

De este modo, la delgadez se ha convertido no solo en un signo de belleza sino también de éxito y de autocontrol. Este cambio social ha influido, de manera decisiva, en el importante incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios en este tipo de sociedades.

Sin embargo, las variables sociales no son suficientes para la explicación de un trastorno tan complejo y se hará necesario, el desarrollo de modelos multifactoriales para llegar a comprenderlo.

2.3 Factores asociados a los TCA

2.3.1 Depresión

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. La depresión afecta más a la mujer que al hombre. (Organización Mundial de la salud , 2023)

Síntomas de la depresión:

- Dificultades para concentrarse
- Un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima
- Falta de esperanza acerca del futuro
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Alteraciones del sueño
- Cambios en el apetito o en el peso
- Sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

2.3.3 Ambiente familiar

Son muchos los factores de riesgo encontrados dentro de una familia que facilitan el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria.

La percepción de la imagen corporal es un factor psicológico/ cognitivo que potencialmente conduce a prácticas alimentarias de riesgo. La familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y en la integración de la imagen corporal.

Por este motivo, es importante saber cómo transcurre la alimentación familiar y cómo ésta se relaciona con conceptos asociados al peso y la imagen corporal. La falta de imposición de límites o la rigidez hacen al individuo más vulnerable y, por ello, le predisponen a padecer un TCA.

Tras un estudio que realizaron con una muestra de 1479 niños y adolescentes encontraron que los comentarios de las familias sobre su peso afectaban en las ideas que los niños tenían sobre este (un 16% respecto a bajar de peso y un 11% en cuanto a subirlo).

Esta preocupación por la imagen se da con más frecuencia de madres a hijas ya que son más conscientes de las conductas alimentarias que los padres, los cuales se centran más en los hijos varones. La influencia familiar puede llegar a fomentar que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás, y las madres pueden mostrar su admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen régimen, lo que puede ser un factor de riesgo para las hijas.

No existe una "familia tipo", un patrón único que lleve a desarrollar los TCA, son muchos los factores intervinientes. De hecho, los TCA no ocurren más en los solemos conocer como "familias disfuncionales" o "desestructuradas"; en lo que se conoce con estos términos es posible que se den otro tipo de alteraciones con mayor frecuencia.

Sin embargo, resultan negativos actualmente algunos aspectos familiares que no implican tal desestructuración o disfuncionalidad sino más bien una nueva

concepción de ciertos aspectos vinculados a la alimentación y la imagen. Para reflexionar sobre ellos habría que partir de lo que hoy se entiende por "comer sano" y "cuidar la imagen". (Lobera, 2022)

2.3.4 Redes sociales

Las redes sociales son el espejo en el que se miran los adolescentes. Un espejo que proyecta ideales estéticos basados en una perfección irreal y cuyo uso puede generar fuerte impacto en su autoestima, autoconcepto e imagen corporal.

Las redes sociales ejercen un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, siendo en muchas ocasiones un factor precipitante de los mismos, fomentando en personas vulnerables la preocupación por el cuerpo y la alimentación.

En personas con TCA pueden dificultar la toma de conciencia de enfermedad, normalizando conductas poco saludables y manteniendo las creencias negativas acerca de uno mismo mediante la comparación constante con otras personas.

Como consecuencia muchos adolescentes usan las redes sociales como medio para lograr cierta aprobación, tanto dentro como fuera de su círculo cercano. Todo ello junto con el uso de filtros, la presión por la imagen corporal, la publicidad engañosa y la sobreinformación nutricional, conforman una serie de factores de riesgo predisponentes que pueden desencadenar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Cuando sufres un Trastorno de Conducta Alimentario, también desarrollas una hipersensibilidad a los estímulos externos (tus amigos, familiares, los contenidos que consumes etc....) y las redes sociales son un potenciador muy a tener en cuenta. Hemos de comprender que nuestros teléfonos móviles son una ventana infinita a información. Existen riesgos a tener en cuenta como la idealización del aspecto físico y no aceptar nuestros cuerpos porque no son como los de las influencers que admiramos.

Ser conscientes de que lo que vemos publicado en las redes no es la realidad, sino una pequeña parte de ella que una persona ha decidido exponer e incluso hacer de ello su trabajo. No hace falta demonizar las redes sociales, tenemos que ser capaces de convivir con ellas y darles un buen uso, ya que son un arma muy potente a nivel comunicativo, de aprendizaje y de información.

Por ello queremos destacar la importancia de detectar factores o situaciones de riesgo con el fin de intentar prevenir ciertas conductas perjudiciales para los adolescentes y cuidar la salud tanto física como mental. (Blanes, 2022)

2.4 Factores de riesgo para desarrollar un TCA

Los Factores de riesgo se puede considerar cualquier característica, circunstancia conductas, condiciones o estilos de vida de una persona o un grupo de personas que se asocia con el aumento de la probabilidad de desarrollar o padecer un tipo de enfermedad. Los factores de riesgo se pueden clasificar en modificables y en no modificables.

Los factores modificables son aquello que podemos eliminar o cambiar como el estilo de vida, hábitos, alimentación, actividad física, descanso, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcohol, estrés, etc.

Los factores no modificables son aquellos que no podemos cambiar de ninguna manera como puede ser la edad, el sexo, la genética, historial familiar.

Los factores de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) podría ser de manera individual, grupal y social para padecerlos y mantenerlos, puede iniciar desde la niñez, así como también en la adolescencia siendo la población con más riesgos a padecer un TCA.

Los factores individuales está la genética que aumenta la probabilidad de padecer un TCA más que el resto de la población considerando que tiene antecedentes heredofamiliares, aunque este no determina el desarrollo por el hecho que los TCA pueden ser de causa multifactorial.

Otro de los factores individuales son los rasgos psicológicos, ya que una personalidad que se exige mucho así mismo, el perfeccionamiento, con poca flexibilidad está relacionado con la aparición de un TCA.

La baja autoestima es otro factor de riesgo ya que la persona tiene poca aceptación de sí mismos y con muchas inseguridades que incrementa el desarrollo de un TCA. La adolescencia es la etapa donde se tiene mayor riesgo de padecer un TCA por los distintos cambios que presenta el adolescente, tanto psicológicos, emocionales, físicos y hormonales.

Ser de sexo femenino es otro factor de riesgo por la presión social, estándares, etc., ya que 9 de cada 10 personas son mujeres. La obesidad en la infancia es un factor de riesgo para padecer TCA en la adolescencia.

Los factores grupales se encuentra la familia que es muy sobreprotectora o bien familia des estructurada ya que si está no se encuentra estructurada y segura es un factor que conlleva a las personas a padecer TCA, pero como también las familias que son poco flexibles, controladores y muy exigentes también influyen a ofrecer un TCA.

La educación familiar es otro factor grupal, ya que si el núcleo familiar no incentiva a una buena autoestima es más fácil que las personas tengan inseguridades y no se acepten tal y como son, así como también familias que le dan importancia al aspecto físico y la obsesión por la delgadez.

Los factores sociales se encuentra el modelo de belleza imperante en donde la sociedad promueve estereotipos en donde le dan valor a la persona por su físico y por cómo se ven.

La presión social por la imagen ideal en donde los medios de comunicación, así como las redes sociales, revistas, programas, etc., promueven una imagen "ideal" sobre el físico, específicamente la delgadez, rechazando las personas que no cumplen con este estereotipo.

Los deportes en los que se exige un peso para poder competir siendo estrictos en la alimentación, así como también profesiones como el modelaje o la televisión

en donde exigen una imagen “ideal” para poder triunfar. Experiencias anteriores, así como en el caso de los niños que reciben burlas en relación a su aspecto físico es un desencadenante para padecer un TCA en la adolescencia ya que a temprana edad ya han sentido inseguridad por su físico y por último están las situaciones que generen estrés, ya que este incrementa el riesgo a desarrollar un TCA, así como también otro tipo de trastornos psiquiátricos son factores de riesgo.

La insatisfacción por el físico en donde no hay una aceptación de sí mismo, baja autoestima e inseguridades es de los principales factores de riesgo para desarrollar un TCA de cualquier tipo, ya que no se sienten suficientes teniendo una distorsión de su imagen o una imagen negativa, centrándose en el peso y su aspecto físico llegando a sentir estrés, depresión, ansiedad, irritabilidad, mal humor, que esto también puede causar dificultad para socializar con las demás personas, alejándose de todos.

La adolescencia es una etapa en la que la imagen corporal es importante y es aquí en donde algunas de estas conductas pueden surgir, sin embargo, existen algunos factores de riesgo para que se conviertan en un Trastorno de la Conducta Alimentaria, como son: las mujeres tienen el doble de posibilidad de padecer un trastorno de la alimentación, críticas familiares relacionadas al peso corporal, deportes en donde el peso es determinante.

Por lo anterior, es recomendable que la familia forme hábitos saludables desde la infancia y evite el uso de dietas restrictivas y frecuentes que fomenten conductas nocivas.

El estar en contacto con los adolescentes, escuchar cómo se refieren a su cuerpo y al de los demás y sobre todo estar conscientes de que el actuar a tiempo puede hacer la diferencia en un padecimiento de este tipo. (Bernal, 2020)

2.5 Tipos de trastorno de la conducta alimentaria

Aquellos niños o jóvenes que sufren trastornos de la conducta alimentaria pueden manifestarla a través de diversos síntomas como: conductas alteradas de la ingesta, restricciones de cantidad o tipo de alimento (más presente en la etapa infantil, escolar y adolescencia), otros comportamientos patológicos como atracones recurrentes de comida, conductas compensatorias como el efecto comida-vómito, ayuno de horas, ingesta de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, ejercicio excesivo y de forma compulsiva, etc.

También aparecen alteraciones cognitivas (especialmente en adolescentes) como la preocupación, rumiación, pensamientos obsesivos o insatisfacción, ideas sobrevaloradas relativas al peso, calorías de los alimentos e imagen corporal.

A nivel psicopatológico es normal que se tenga escasa conciencia del estado físico y mental. De este modo, las alteraciones en la conducta alimentaria no son percibidas por el paciente en su magnitud real por lo que no consideran necesario ningún tratamiento. (Cassinello, 2021)

Estos estados provocan cambios notorios en el aspecto físico y en la salud tanto mental como física del niño. Existen varios tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), cada uno con características distintivas, se hablará un poco de ellos, y en los siguientes capítulos se hablará más a detalle de ellos:

Anorexia nerviosa: Se caracteriza por la restricción de la ingesta alimentaria, lo que desemboca en una pérdida de peso importante. Sus características principales son:

- Tener un peso extremadamente bajo para la edad, el sexo y otros factores en comparación con la población general.
- Un miedo intenso ante el pensamiento de ganar de peso.
- Una imagen distorsionada del cuerpo, lo que incluye la negación del claro infrapeso.
- Comportamientos compensatorios persistentes para evitar ganar peso.

- Clara preocupación con respecto a la comida y el peso. (Samuel, s.f.)

Este trastorno este caracterizado por presentar conductas inadecuadas de compensación sobre el consumo de alimentos, lo que provoca vomito autoinducidos, ayuno, laxantes, diuréticos o aumento de actividad física.

Bulimia nerviosa: se caracteriza por episodios repetidos de ingesta de comida (atracones) seguidos de una serie de conductas dirigidas a eliminar el exceso de calorías consumidas. Unas de sus principales características son:

- Comer cantidades sustanciales de alimento en poco tiempo.
- Pérdida de control durante los atracones.
- Atracones seguidos de conductas compensatorias o de purga para prevenir la subida de peso. Esto incluye vómitos, consumo de diuréticos/laxantes, restricción alimentaria posterior y exceso de ejercicio.
- Miedo a ganar de peso, a pesar de encontrarse dentro de los límites considerados “normales”. (Samuel, s.f.)

Las personas que padecen bulimia tienen una percepción altera de su estado físico, pero aun así no renuncian a la comida. Las personas que padecen este tipo de TCA suelen tener baja autoestima, ansiedad y depresión.

Ortorexia: es una obsesión enfermiza por comer sano. Solo permiten comer alimentos que son procedentes de alimentos libres de cualquier componente artificial, esto conlleva a una supresión de nutrientes aportados por carnes, grasas y otros grupos de alimentos, los cuales no son repuestos al organismo. Sus principales características son:

- Intensa dedicación a la dieta.
- Estar más preocupado por la calidad del alimento que por el placer de consumirlo.
- Disminución de la calidad de vida conforme aumenta la pseudo calidad de la alimentación.

Vigorexia: es un trastorno que conlleva a la persona afectada a sentirse obsesionado por su estado físico, tiende a tener miedo por sentirse débil o poco musculoso, aun teniendo un cuerpo grande y musculado. Esta impresión

distorsionada del propio cuerpo pretenden corregirlo con excesivas horas en el gimnasio, al querer incrementar la masa muscular tienden a consumir sustancias que contienen hormonas esteroideas.

Este trastorno suele compartirse con la anorexia. La vigorexia tiene repercusiones negativas en las relaciones personales de los afectados.

Trastorno por atracón: se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos relacionados con la comida acompañados de actos que se podrían considerar como compulsivos y que se acompañan de preocupaciones sobre el peso, el físico y un estado de ánimo negativo. Las personas que los padecen suelen restringir mucho las comidas durante el día.

El problema es que esta restricción provoca que terminen perdiendo el control, habitualmente a última hora del día o por la noche, y terminen ingiriendo alimentos más calóricos en forma de atracones. Esto provoca que la persona experimente una sensación de pérdida de control al seguir comiendo a pesar de encontrarse desagradablemente llenas o no tener hambre. Finalmente, al sentir que ha perdido el control pueden aparecer sentimientos de vergüenza, culpa o depresivos que pueden motivar que tiendan a comer a solas.

Esta forma de alimentarse lleva a que la persona sufra cambios bruscos en el peso que alimentan el círculo vicioso. También puede ser la forma que encuentre la persona de lidiar con emociones negativas e incluso una forma de evitar enfrentarse a determinados aspectos que no le gustan de su realidad. (Cassinello, 2021)

Todos los TCA comparten una serie de características, como lo es la preocupación obsesiva por la comida y el peso, tienen una imagen corporal distorsionada y un impacto negativo en su salud mental y salud física.

Capítulo III. Trastornos específicos

3.1 Anorexia

3.1.1 Historia

Los primeros casos registrados de enfermos que pudieron padecer anorexia datan de la edad media, aunque en aquella época la prevalencia de ésta era mucho menor. La causa del menor número de casos en la edad media era porque en aquella época tener unos kilos de más era más valorado socialmente que estar muy delgado.

El sobrepeso indicaba que la persona tenía el suficiente dinero para estar bien alimentado y se asociaba la idea de tener un evidente sobrepeso con la de estar saludable.

En la edad media algunas religiosas se sometían a largos períodos en los que apenas comían puesto que ello era signo de purificación y santidad. Existen registros documentales de que la religiosa Catalina de Siena se pasaba temporadas en las que lo único que ingería era la hostia consagrada de la Eucaristía. Se ha podido comprobar posteriormente que estos períodos de ayuno voluntario en realidad se pueden considerar como anorexia.

Antecedentes de la anorexia en la edad Moderna

En los siglos XVII y XVIII se escribieron los primeros tratados acerca de la anorexia como una enfermedad. Allí se establecían que la anorexia era en realidad una enfermedad mental y que el ayuno extremo y prolongado podía producir daños cerebrales importantes, así como bajas pulsaciones (bradicardia).

En 1860 Luis Víctor Marcé publica el libro “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco y caracterizado principalmente por el rechazo alimentario» que es el primer tratado exclusivo de esta enfermedad.

Trece años más tarde Charles Lasegue define a esta enfermedad como “anorexia histérica” y en 1874 se establecen relaciones de la anorexia con la hiperactividad puesto que pese a las pocas calorías ingeridas los enfermos demuestran una alta actividad en su vida cotidiana.

Algunos médicos e investigadores de comienzos del Siglo XX determinaron que la causa de la anorexia y sus síntomas asociados eran causados por un mal funcionamiento de la hipófisis.

También te puede interesar conocer cuáles son los antecedentes de la gestión empresarial o cuáles son los antecedentes históricos de la familia.

Anorexia en México

En México actualmente la anorexia afecta casi mayoritariamente a mujeres de entre 13 y 26 años de edad siendo sus principales síntomas una completa obsesión por mantener su peso muy por debajo de los límites considerados normales y saludables.

El control del peso se hace prácticamente la única obsesión de los enfermos que descuidan otras partes de su vida y por ello son más proclives a sufrir depresión y un carácter irritable. Esperamos que hayáis aprendido sobre los antecedentes históricos de la anorexia.

(Recuero, 2014)

3.1.2 Concepto

La anorexia es un trastorno de alimentación que hace que las personas pesen menos de lo que se considera saludable para su edad y estatura, generalmente por una pérdida excesiva de peso.

Las personas con este trastorno pueden tener un miedo intenso a aumentar de peso, incluso cuando están con peso insuficiente. Es posible que hagan dietas o ejercicio en forma excesiva o que utilicen otros métodos para bajar de peso.

3.1.3 Causas

No se conocen las causas exactas de la anorexia. Muchos factores probablemente estén involucrados. Los genes y las hormonas pueden jugar un papel. Las actitudes sociales que promueven tipos de cuerpos muy delgados también pueden contribuir.

Los factores de riesgo para la anorexia incluyen:

- Estar más preocupado o prestarle más atención al peso y la figura del cuerpo
- Tener un trastorno de ansiedad en la niñez
- Tener una imagen negativa de sí mismo
- Tener problemas alimentarios durante la lactancia o la primera infancia
- Tener ciertas ideas culturales o sociales respecto de la salud y la belleza
- Tratar de ser perfeccionista o demasiado centrado en reglas

La anorexia a menudo comienza durante los años anteriores a la adolescencia o la adolescencia, o a principios de la edad adulta y es más común en mujeres, aunque también se puede ver en hombres.

3.1.4 Síntomas

Una persona con anorexia por lo general:

- Tiene un miedo intenso de aumentar de peso o engordar, incluso cuando su peso es insuficiente.
- Se niega a mantener su peso en lo que se considera normal para su edad y estatura (15% o más por debajo del peso normal).

- Tiene una imagen corporal que está muy distorsionada, está muy concentrada en el peso corporal o la figura y se niega a admitir el peligro de la pérdida de peso.

Las personas con anorexia pueden limitar mucho la cantidad de alimento que comen, o comen y luego se provocan el vómito. Otros comportamientos incluyen:

- Cortar el alimento en pedazos pequeños o cambiarlos de lugar en el plato en lugar de comérselos.
- Hacer ejercicio a toda hora, incluso cuando hay mal tiempo, están lastimadas o están muy ocupadas.
- Ir al baño inmediatamente después de las comidas.
- Negarse a comer con otras personas.
- Usar pastillas que las hagan orinar (diuréticos), tener deposiciones (enemas y laxantes) o que disminuyan su apetito (pastillas para adelgazar).

Otros síntomas de anorexia pueden incluir:

- Piel amarillenta o manchada que está reseca y cubierta con un fino vello
- Pensamiento confuso o lento, junto con mala memoria o capacidad de discernimiento
- Depresión
- Boca seca
- Sensibilidad extrema al frío (usar varias capas de ropa para permanecer caliente)
- Adelgazamiento de los huesos (osteoporosis)
- Atrofia muscular y pérdida de grasa corporal

3.1.5 Tratamiento general

El mayor desafío en el tratamiento de la anorexia nerviosa es ayudarle a la persona a reconocer que tiene una enfermedad. La mayoría de las personas que sufre este tipo de anorexia niega tener un trastorno alimentario y, con frecuencia, buscan tratamiento sólo cuando su afección es grave.

Los objetivos del tratamiento son primero restaurar el peso corporal normal y los hábitos alimentarios. Un aumento de peso de 1 a 3 libras (lb) o .5 a 1.5 kilogramos (kg) por semana se considera una meta segura.

Se han diseñado diferentes programas para tratar la anorexia. Estos pueden incluir cualquiera de las siguientes medidas:

- Aumento de la actividad social.
- Disminución de la cantidad de actividad física.
- Uso de horarios para comer.

Para comenzar, se puede recomendar una estadía corta en el hospital. Esto es seguido por un programa de tratamiento diario.

Se puede necesitar una hospitalización más prolongada si:

- La persona ha perdido mucho peso (estar por debajo del 70% de su peso corporal ideal para su edad y estatura). Para la desnutrición grave y potencialmente mortal, la persona puede requerir alimentación intravenosa o una sonda de alimentación.
- La pérdida de peso continúa incluso con el tratamiento.
- Se presentan complicaciones de salud, como problemas cardíacos, confusión o niveles bajos de potasio.
- La persona tiene una depresión grave o piensa cometer suicidio.

Los profesionales de la salud que por lo general participan en estos programas incluyen:

- Enfermeras profesionales
- Médicos
- Asistentes médicos profesionales
- Nutricionistas o dietistas
- Profesionales en salud mental

El tratamiento a menudo es muy arduo. Las personas afectadas y sus familias necesitan trabajar intensamente. Se pueden tratar muchas terapias hasta que el trastorno esté bajo control.

Las personas con anorexia pueden marginarse de los programas si tienen esperanzas poco realistas de "curarse" con la terapia sola.

Se utilizan diferentes tipos de psicoterapia para tratar a las personas con anorexia:

- La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.
- El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamientos de una persona con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a las personas más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.
- Si la persona es joven, la terapia puede incluir a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.
- Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

Las medicinas, como antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, pueden ayudar a algunas personas cuando se administran como parte de un programa de tratamiento completo. Estas medicinas pueden ayudar a tratar la depresión o la ansiedad. Aunque estos fármacos pueden ayudar, no se ha demostrado que algún medicamento disminuya el deseo de bajar de peso.

(Berger, 2022)

3.1.6 Tratamiento nutricional

En el manejo de la anorexia nerviosa es necesario que el paciente sea intervenido por un equipo de salud conformado por profesionales en psicología, medicina, enfermería, trabajo social, nutrición, y otros según sea el caso.

Además, se debe contar con el apoyo de la familia, siempre y cuando esta no encubra o soporte las prácticas inadecuadas del paciente, lo cual debe ser estudiado al inicio del tratamiento.

Respecto al manejo nutricional, se busca que los pacientes incorporen los alimentos en proporción y cantidades adecuadas, haciéndoles ver que su ingesta no provoca el efecto negativo que imaginan, y por lo tanto, recobrando una relación saludable con la comida.

Hay que tomar en cuenta que es un proceso largo, que puede durar hasta tres o cinco años, dependiendo de la severidad del caso, por lo que se debe tener mucha paciencia.

La buena nutrición en las personas que padecen de anorexia nerviosa va a favorecer no solo la recuperación de su peso y la mejora de su estado físico general, sino que también beneficia su salud mental, la cual se ve afectada de igual forma por la deficiencia de nutrientes, entre ellos el zinc, cuyo déficit se ha relacionado con la depresión.

La rehabilitación nutricional debe estar constituida por un plan de alimentación equilibrado, con las proporciones normales de proteínas, grasas y carbohidratos, así como de vitaminas y minerales. Al inicio del tratamiento puede que no sea

posible recomendar estas cantidades óptimas, sino que debe adecuarse hasta cierto punto a lo que consume actualmente el paciente, para de esta forma evitar angustia, estrés y el síndrome de realimentación (ver artículo Complicaciones durante el tratamiento nutricional en la Anorexia Nerviosa.)

Deben existir tres tiempos de comida principales: desayuno almuerzo y cena, así como dos meriendas, una en la mañana y otra en la tarde. De ser necesario, si no se alcanza el requerimiento de energía, es posible optar por batidos suplementarios de cualquier marca comercial o preparada en casa, que contenga azúcar, leche y/o aceite, vigilando siempre la tolerancia de la persona.

Con respecto a las comidas, se busca que los alimentos sean lo más rico nutricionalmente posible; si toman leche, procurar que esta sea entera o semidescremada, el huevo debe ser entero, incluir por lo menos una porción de carne de cualquier tipo, alimentos fuentes de carbohidratos complejos como la papa, arroz, pasta; y el consumo de azúcares y grasas se puede incluir sin problema.

El tiempo de reposo luego de las comidas es de 30 minutos, procurando que en este periodo el paciente realice otra actividad como leer o ver televisión, que lo distraiga de su angustia. Se recomienda que la persona esté acompañada por un miembro del equipo de salud o de un familiar, que lo apoye, reconforte y vigile su relación con la comida, así como la tolerancia a esta.

Con todo lo anterior, se busca que el paciente con anorexia nerviosa recobre la buena relación con la comida, sin pensar constantemente en términos de calorías y porciones, si no en lo que es mejor para su salud y que posteriormente logre tomar adecuadamente las decisiones para su auto cuidado.

(Cordero, 2018)

3.2 Bulimia

El término bulimia, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente "hambre de buey". La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma. En el siglo 18, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en Paris en 1830 y luego fue olvidada.

Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento "bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa". Actualmente el DSM IV propone una definición contemporánea de la bulimia nerviosa (SciELO)

La bulimia nerviosa es donde se tiene episodios de una sobrealimentación (atracones) en periodos cortos y después vomitar. como también usar laxantes o diuréticos (purgativa) para deshacerse del exceso de calorías evitando subir de peso, también puede ser acompañado de una excesiva actividad física o ayunos muy prolongados (no purgativa), provocando daños a la salud desencadenando otras enfermedades y poniendo en riesgo la vida, siendo estrategias poco saludables para bajar de peso.

3.2.1 Tipos de bulimia

La bulimia purgativa es aquella forma de este trastorno de la conducta alimentaria en la que se dan actitudes purgantes, cumpliendo así con la definición general que hemos visto y siendo, como es lógico, la manifestación más frecuente de la bulimia. Su principal característica es que los atracones de comida vienen

acompañados de una fase de purgación, es decir, comportamientos para deshacerse de las calorías ingeridas.

Y aunque a veces la purgación se basa en el consumo de diuréticos o laxantes, lo más habitual es que consista en la inducción del vómito. Así pues, vomitar es la actitud purgativa más común, siendo una medida desesperada para revertir los efectos del atracón y suprimir la culpabilidad por haber comido tanto de golpe.

Esta bulimia purgativa es especialmente destructiva para la salud tanto emocional como física de la persona, pues vomitar con tanta frecuencia puede ocasionar daños gastrointestinales graves, reflujo gastroesofágico, deshidratación crónica, rotura de capilares sanguíneos, trastornos metabólicos, erosión de dientes, etc. Estos efectos pueden ser duraderos y continuar incluso después de que los actos purgativos asociados a la bulimia hayan terminado

3.2.2 Bulimia no purgativa

La bulimia no purgativa es aquella manifestación del trastorno en el no se dan conductas de purgación. En lugar de las purgas a través de la inducción del vómito, los atracones de comida propios de esta patología vienen acompañados de la práctica de excesivo ejercicio físico o de días de ayuno para compensar esta ingesta calórica excesiva.

En otras palabras, el atracón no viene seguido de una purga a través del vómito, sino de conductas compensatorias tales como el deporte o el ayuno. Las personas con este tipo de bulimia son conscientes de que la purgación no impide que las calorías se asimilen una vez ha comenzado la digestión, por lo que, para compensar esto, practican muchas horas de ejercicio cardiovascular o pasan largos periodos (incluso días) en ayunas o con una ingesta alimenticia muy restringida.

Bulimia asociada al peso variable

La bulimia asociada al peso variable hace referencia a aquella manifestación de la enfermedad en la que, habiendo o no actos purgativos, el paciente va subiendo y bajando de peso constantemente. Así, la persona bulímica experimenta

cambios de peso exagerados, creyendo que, cuando quiera, podrá volver a su peso normal.

Rara vez las personas con esta forma de bulimia son conscientes de su problema, por lo que es más difícil que soliciten ayuda profesional. Y es que creen que, aunque se sientan mal tanto física como emocionalmente, su verdadera identidad es la del “yo con poco peso”.

Y como sube de peso con facilidad, cree que podrá volver a tener la grasa y masa muscular óptima cuando quiera.

Bulimia asociada a la obesidad

La bulimia asociada a la obesidad hace referencia a aquella manifestación de la enfermedad en la que, habiendo o no actos purgativos, el paciente presenta sobrepeso u obesidad. El problema radica, aunque intervienen muchos factores, en el malestar emocional que siente por su peso y apariencia física, algo que desencadena las conductas peligrosas con la comida. (Prieto, s.f.)

Existen fases de la bulimia como pueden ser

Atracón: La persona consume grandes cantidades de comida en cortos periodos de tiempo, lo que provoca un aumento de peso y culpa por el impulso el cual no pudo controlar. Esto ocurre la mayoría de las veces en secreto.

Rituales compensatorios: Los rituales compensatorios son actividades que se realizan posteriormente para equilibrar los atracones. Pueden incluir cualquier combinación de vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos; Ayuno o ejercicio excesivo,

Vigilancia extrema: Es el proceso de controlar el peso y la forma del cuerpo. Esto puede significar que la persona puede pesarse varias veces al día o mirarse al espejo durante horas,

Negación: Es cuando la persona niega que se está haciendo daño, aunque su comportamiento lo haga a escondidas y con culpa. (Neuropraxis, 2023)

Entre los **síntomas propios** de la bulimia nerviosa, cabe destacar la excesiva preocupación por la forma del cuerpo y la ganancia de peso, manifestada en forma de temor por ganar unos kilos de más.

Las personas que padecen este trastorno sufren de episodios en los que tienen prácticamente ningún control sobre lo que comen. Durante un breve período de tiempo consumen altas cantidades de comida, es decir, realizan un atracón. Una vez finalizado el atracón, la persona se siente muy mal y centra sus fuerzas en compensar la alta cantidad de calorías que ha consumido.

Estas conductas compensatorias pueden implicar vomitar, realizar excesivo ejercicio físico o, también, se puede hacer de una forma más pasiva, consumiendo laxantes, diuréticos, infusiones, suplementos dietéticos o enemas, sin haber necesidad médica para ello. También pueden realizar ayunos largos y evitar el consumo de ciertos alimentos, considerados como 'prohibidos' o 'no merecidos' Debido a todos estos síntomas aquí comentados, se pueden dar complicaciones en la salud, tanto física como mental, de la persona.

Dentro de la esfera de las emociones, la persona puede sufrir una muy baja autoestima, sobre todo después de haber manifestado un atracón, al sentir que es incapaz de controlarse. Además, esto puede implicar problemas a nivel relacional, tanto con la familia como con los amigos, teniendo miedo de comer con ellos o de mostrarse en público mientras ingiere comida.

Los vómitos pueden causar el desgaste del esmalte, caries y otros problemas bucodentales, además de problemas tanto en el esófago como en los dedos utilizados para auto provocarse estos vómitos. También se dan problemas digestivos, como distensiones abdominales y estreñimiento. El consumo de ciertos tipos de laxantes puede degenerar en abuso de sustancias y adicción.

Puede darse deshidratación y desnutrición, resultando en insuficiencia renal y problemas cardíacos. También puede haber amenorrea, es decir, la pérdida del

ciclo menstrual, aunque no es algo que ocurra a todas las mujeres bulímicas (Rubio, s.f.)

3.2.2 Consecuencias

La Bulimia tiene una serie de consecuencias sobre la salud como puede ser la deshidratación ya que con los vómitos y/o uso de laxantes se llega a perder líquidos que también provoca un desequilibrio en los electrolitos que a su vez este provoca debilidad muscular y problemas cardiovasculares, estreñimiento crónico por el uso de laxantes, el dolor abdominal que es provocado por la fuerza a la hora de vomitar como también los ojos rojos y marcas en la piel, debilidad y mareos, heridas en la boca por el ácido estomacal que viene con el vómito como también este provoca reflujo, úlceras o rotura del estómago, daños en el esófago, en mujeres se presenta menstruaciones irregulares, daños en las piezas dentales, pérdida de cabello, problemas en las uñas y piel, problemas en el sueño como puede ser el insomnio. El daño emocional también es también es una de las consecuencias para las personas, estos pueden ser el hambre emocional que es confundir el malestar psicológico con un hambre real por la comida teniendo los episodios de atracón.

El sentimiento de siempre estar delgados es otra de las consecuencias ya que después del atracón se viene las restricciones afectando su estado de ánimo y sentimiento de culpa y por último la tristeza, la depresión, vergüenza y pensamiento suicidas son de las consecuencias comunes.

La bulimia también puede afectar la capacidad de una persona para trabajar o estudiar. Las personas con este trastorno alimentario pueden sufrir de fatiga, falta de concentración y dificultades para mantenerse enfocados en sus tareas. Esto puede afectar su rendimiento académico o laboral y tener consecuencias negativas en su carrera.

Finalmente, la bulimia también puede tener un impacto negativo en las relaciones interpersonales. Las personas con este trastorno alimentario pueden tener dificultades para socializar y conectarse con los demás, lo que puede llevar a la soledad y aislamiento social. También pueden tener problemas para mantener

relaciones amorosas saludables debido a la baja autoestima y la falta de confianza.

En conclusión, la bulimia puede tener consecuencias sociales graves que van más allá de los problemas físicos. Es importante buscar tratamiento y apoyo para este trastorno alimentario para evitar que estas consecuencias afecten la vida de las personas y las personas que los rodean. (consecuencias sociales de la bulimia , s.f.)

En este trastorno no se tiene una causa exacta pero este puede ser multicausal ya que se puede dar por una baja autoestima por su poca aceptación, traumas psicológicos, ansiedad, depresión, dismorfia corporal, que conducen a tomar esta decisión sin poder controlar sus impulsos, prácticas deportivas donde se exige un peso determinado como también puede llegar a influir los factores socioculturales que se impone con los cuerpos, sus estándares de belleza y prejuicios por la obesidad incluso, anuncios en la tele o revistas imponen muestran una imagen de cómo debería ser los cuerpos y esto repercute en la autoestima de las personas, siendo los adolescentes y mayormente en las mujeres presentar este tipo de trastornos alimentarios con el 90% de los padecimientos, mientras que los hombres con el 10% de los padecimientos, esto quiere decir que 9 de cada 10 personas son mujeres

Se puede iniciar en la niñez, pero se caracteriza con más frecuencia entre los 12 a 18 años de edad, ya que en esta etapa van presentando cambios sociales, psicológicos y físicos por el crecimiento de los senos, caderas, altura, etc., que se pueden interpretar como gordura creando así inseguridades en los adolescentes teniendo comportamientos depresivos que esta puede desencadenar otro tipo de trastornos como la psicosis en el que el sistema nervioso central (SNC) se atrofia y evita el desarrollo psicosocial a falta de la alimentación, estrés, frustración y con la necesidad de sentir tranquilidad pueden caer en el consumo de las drogas para evadir sus problemas generando dependencia de ellas y aumentando el riesgo en la salud con su personalidad

impulsiva sintiendo muchas emociones juntas teniendo comportamientos agresivos y que se exigen así mismos por el miedo constante de aumentar de peso teniendo inestabilidad y una mala relación con su cuerpo y la comida

El tratamiento de la bulimia nerviosa debe ser personalizado y adaptado a las necesidades individuales de cada paciente. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es considerada la terapia de elección para la bulimia nerviosa, ya que ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de los síntomas y en la prevención de recaídas. Además, la TCC puede ser combinada con otros tratamientos, como la terapia farmacológica, para mejorar los resultados. (Ballesteros, 23)

El tratamiento más eficaz contra la bulimia es una combinación de terapia psicológica, fármacos antidepresivos y educación nutricional, para modificar tus hábitos de alimentación, estableciendo una dieta saludable con el apoyo de tus familiares. (ABC, s.f.)

3.2.3 Tratamiento médico-nutricional de la bulimia

En la evaluación inicial de un paciente con bulimia, es necesario identificar complicaciones médicas derivadas de las purgas como la debilidad muscular, arritmias cardíacas, deshidratación y desequilibrio electrolítico. Así como problemas gastrointestinales que afectan a estómago o esófago.

De igual manera, puede haber condiciones que contribuyan a las purgas, como el reflujo gastroesofágico.

Un importante objetivo en el tratamiento es **normalizar el patrón alimentario y la anulación del ciclo atracón/purga**. Se emplea una rutina de tres alimentos con uno a tres bocadillos al día para romper el patrón de alimentación alterada. (Peña, 2020)

Es importante incorporar alimentos ricos en serotonina y triptófano para mejorar la **actividad neuronal y reducir la depresión**. En estos casos la **serotonina** (neurotransmisor cerebral) se encuentra reducida.

Esta dieta debe ser controlada por una nutricionista que ayudará al paciente a adquirir buenos **hábitos alimentarios** que le permitan evitar la **compulsión** por

los alimentos, especialmente en situaciones de **distrés** (estrés malo) o de **angustia**. (Cancela, s.f.)

El cambio de alimentación debe ser más un cambio cualitativo que cuantitativo. En la dieta de la persona bulímica se deben aportar grasas y también hidratos de carbono, proteínas y minerales procedentes de fuentes naturales y saludables.

Se deben suprimir los alimentos azucarados, que normalmente producen una ansiedad muy grande en el enfermo y la saciedad que le proporcionan es poco duradera (pasteles, repostería, etc.). Sustituir estos alimentos por otros también energéticos, pero más digeribles y con una asimilación más prolongada es lo más conveniente

Entre estos deberíamos mencionar:

Es importante que el paciente coma despacio, masticando bien para que se aprovechen mejor las propiedades de los alimentos. Igualmente resulta más conveniente realizar varias comidas no demasiado abundantes al día.

No beber estimulantes ni alcohol: Se debe prescindir de bebidas que contengan cafeína o del consumo del alcohol, pues ambos resultan excitantes de un sistema nervioso de por sí ya muy desequilibrado. (Botanica-online, 2020)

Capítulo IV. Trastornos no específicos

4.1 Ortorexia

4.1.1 Definición

La palabra ortorexia nerviosa proviene del griego orthos (recto, correcto) y orexis (apetito) y se define como el comportamiento obsesivo por una alimentación adecuada y saludable (Bratman, 2000) Aunque es un término reciente y poco estudiado, empieza a ser valorado como trastorno del comportamiento alimenticio (TCA) por los profesionales, debido a la gravedad potencial y las características que parece que comparte con otros TCA (Coelho et al., 2016) Este comportamiento debe ser considerado crónico ya que provoca un impacto negativo en la calidad de vida del que lo padece (Donini et al., 2004)

La ortorexia nerviosa se caracteriza por la obsesión por una alimentación que el paciente considera saludable, y que limita la variedad de alimentos que ingiere, con argumentos en relación con la calidad de los mismos y no tanto con la cantidad. Estos pacientes buscan alimentos que consideran “puros”, por lo que producen una distorsión de una dieta saludable. Basan su elección en un criterio subjetivo que puede provenir de una recomendación dietética, pero que puede responder también a otros hábitos que se consideran perjudiciales desde un punto de vista nutricional (como por ejemplo la dieta macrobiótica estricta) (Barthels, 2015)

4.1.2 Fases de la ortorexia

Se ha dividido la ortorexia en dos fases.

En la primera las personas presentan moderada preocupación por adoptar hábitos más saludables, mejorar la alimentación y hacer ejercicio, y por último adelgazar.

En una segunda fase se observa una preocupación excesiva con los tipos de alimentos que ingieren y la imagen corporal (Ramacciotti et al., 2012) Habitualmente, con la reducción del peso hay un aumento de la actividad física y la obsesión por los alimentos “saludables” empieza a ocupar más parte del tiempo del individuo. (Martín, 2021)

4.1.3 ¿Quiénes la padecen?

El perfeccionismo y la obsesión son dos rasgos de la personalidad que contribuyen al desarrollo de la ortorexia. De hecho, el que padece esta condición dedica gran parte de su día a planear, comprar y preparar sus platos de comida.

“La personalidad obsesiva compulsiva es mencionada frecuentemente como un factor de riesgo. En mi experiencia, el perfil del paciente que tiene este problema suele padecer también otros trastornos de conducta alimentaria similares, como anorexia nerviosa”

Los que padecen de ortorexia solo logran estabilizar su autoestima y emocionalidad a través del control de la alimentación. “En este tipo de pacientes hay una combinación de una sensibilidad al estrés muy alta con una autoimagen muy dependiente del juicio externo. (Silva, 2017)

4.1.4 Causas y síntomas de la ortorexia

La ortorexia generalmente se origina en la búsqueda de una alimentación más saludable, pero existen otras motivaciones que pueden dar lugar a este trastorno, como:

- Deseo de adelgazar.
- Búsqueda de una sensación de protección a través de la dieta.
- Obsesión por tener un control absoluto sobre la alimentación.
- Intento de mejorar la autoestima.
- Búsqueda de una identidad a través de las elecciones alimenticias.
- Necesidad de explorar aspectos espirituales a través de la alimentación.

4.1.5 Los principales indicadores de la ortorexia

Pueden manifestarse de las siguientes maneras:

OBSESIÓN EXTREMA POR LA ALIMENTACIÓN: La persona experimenta una ansiedad intensa debido a preocupaciones habituales sobre su dieta diaria. También siente una gran preocupación por no poder mantener el control, lo que incrementa su ansiedad.

OBLIGACIÓN DE SEGUIR UNA DIETA RESTRICTIVA Y EQUILIBRADA: Quienes sufren de ortorexia evitan muchos alimentos que consideran poco saludables, lo que resulta en una dieta muy restrictiva y desequilibrada que acaba no siendo saludable.

PERSISTENCIA DE RITUALES ALIMENTICIOS: Estas personas a menudo establecen rutinas relacionadas con la preparación de alimentos que carecen de utilidad práctica, pero consumen tiempo y pueden perjudicar el valor nutricional de la comida.

SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD: Cuando alguien con ortorexia viola sus propias restricciones alimenticias, suele experimentar una intensa culpa. Esto puede llevar a un autocastigo, como limitar aún más su dieta o hacer ejercicio en exceso.

MANIFESTACIÓN DE MIEDOS IRRACIONALES: Quienes padecen ortorexia a menudo desarrollan miedos irracionales relacionados con las consecuencias de su alimentación.

PÉRDIDA DE INTERÉS: Cuando alguien se ve atrapado por la ortorexia, su variedad de intereses se reduce significativamente. Cada día se convierte únicamente en una oportunidad para comer "saludablemente", por lo que acaban descuidando otras actividades y motivaciones.

4.1.6 Consecuencias más graves de la ortorexia

- Ansiedad
- Estrés
- Deficiencias nutricionales
- Deterioro del sistema inmunológico
- Complicaciones renales y cardiovasculares
- Pérdida de peso
- Problemas cognitivos
- Disminución de la densidad mineral ósea y riesgo de osteoporosis
- Infertilidad
- Autoestima baja. (Europea, 2023)

4.1.7 Propuestas de test y criterios diagnósticos

En su libro Bratman describe un test de diez preguntas, con respuesta si/no para valorar el riesgo de ON. Este no pretendía ser un test diagnóstico, sino de screening. Cada respuesta afirmativa es un punto. Algunos autores sugieren que, si el total es mayor de 4, hay riesgo elevado de presentar ON, pero es orientativo. Este test se creó de forma informal sin pretender que fuera un instrumento de evaluación científico y no ha sido validada en un grupo de referencia. A pesar de

esto, es un test que se sigue utilizando para estudios de prevalencia en grupos poblacionales pequeños o específicos (Dittfeld, 2017)

1. ¿Pasa más de tres horas diarias pensando en su dieta?
2. ¿Planea sus comidas con varios días de anticipación?
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
4. ¿Ha disminuido la calidad de vida a medida que aumenta la calidad de la dieta?
5. ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo en este tiempo?
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos “sanos”?
8. ¿Su dieta se vuelve un problema a la hora de comer afuera o con otra gente?
9. ¿Se siente culpable cuando rompe su régimen?
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana? Bratman Orthorexia Test (BOT) (Martín, 2021)

4.1.8 Prevención y tratamiento

Hasta el momento no se han realizado estudios en cuanto a tratamiento efectivos para la ON. Sin embargo, existen recomendaciones para el abordaje de estos casos. Es importante la presencia de un equipo multidisciplinar para acompañar a los pacientes con ON, que cuente con médicos, psicoterapeutas y nutricionistas, que valoren la situación inicial del paciente y elaboren un plan de acción adecuado a cada caso. Siempre corrigiendo inicialmente las alteraciones cognitivas que puedan presentar por el estado carencial. La combinación de medicación, psicoeducación y psicoterapia puede ser adecuada para pacientes ambulatorios. En caso de que presenten complicaciones más graves deberán ser ingresados hasta estabilizar el estado nutricional (Cartwright, 2004).

Se ha admitido que los inhibidores de la recaptación de la serotonina son eficaces para la ON, parece lógico dada la evidencia de eficacia frente a la anorexia y el TOC (Mathieu, 2005) En algunos casos se han utilizado antipsicóticos como la olanzapina para disminuir los pensamientos obsesivos respecto a las propiedades de los alimentos (Morozze, 2014) En cualquier caso debemos tener en cuenta que estos pacientes en muchos casos serán muy resistentes a tomar medicación, ya que no los consideran “productos naturales”.La psicoterapia basada en el establecimiento de un vínculo estable y seguro será el primer paso para poder abordar con estos pacientes la posibilidad de introducir medicación si se considera necesario.

En cuanto a la psicoterapia las intervenciones deben ser individualizadas, dependiendo de la estructura de personalidad, los síntomas que presente el paciente y teniendo en cuenta que será importante enfocarse no sólo en lo que comen sino también en el ritual que lo acompaña. Las terapias grupales en estos casos, con pacientes en diferentes fases de evolución, creo que es también un abordaje adecuado. El grupo es una herramienta potente para manejar las distorsiones cognitivas respecto a la comida y la salud. (Martín, 2021)

4.2 Vigorexia

4.3 Trastorno por atracón

Sugerencias y o propuestas

Conclusiones

Bibliografía

- ABC, C. m. (s.f.). *Qué es Bulimia nerviosa?* Obtenido de <https://centromedicoabc.com/padecimientos/bulimia-nerviosa/#:~:text=El%20tratamiento%20m%C3%A1s%20eficaz%20contra%20la%20bulimia%20es,dieta%20saludable%20con%20el%20apoyo%20de%20tus%20familiares.>
- Aragón, A. T. (2024). *Asociación TCA Aragón* . Obtenido de ¿Qué es un TCA?: <https://www.tca-aragon.org/que-es-un-tca/>
- Baldares, M. J. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Ballesteros, J. (22 de Diciembre de 23). *Bulimia nerviosa: síntomas, causas y tratamiento en Nutrición*. Obtenido de <https://congresobiomedicina.es/nutricion/bulimia-nerviosa-sintomas-causas-tratamiento-nutricion/>
- Bernal, K. (4 de Junio de 2020). *Conductas de riesgo en un TCA*. Obtenido de <https://triacentro.com/conductas-de-riesgo-tca/>
- Blanes, Á. (4 de Mayo de 2022). *Clinica CTA* . Obtenido de Los Trastornos Alimentarios y las redes sociales: <https://www.clinicacta.com/trastornos-alimentarios-y-redes-sociales/>
- Botanica-online. (4 de Junio de 2020). *Dieta para la bulimia* . Obtenido de <https://www.botanical-online.com/dietas/bulimia-alimentacion-alimentos-buenos>
- Brown, J. E. (2014). *Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida*. México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Cancela, M. d. (s.f.). *tratamiento dietetico para la bulimia* . Obtenido de <http://www.innatia.com/s/c-enfermedad-de-la-bulimia/a-tratamiento-dietetico-para-la-bulimia-5686.html>
- Cardona, D. G. (30 de Diciembre de 2021). *Salud blogs Mapfre*. Obtenido de Cambios físicos en la adolescencia y pubertad: <http://www.salud.mapfre.es7salud-familiar/ninos/crecimiento-y-desarrollo-nino/cambios-fisicos-pubertad-y-adolescencia/>
- Cassinello, M. (26 de Abril de 2021). *Manuel Cassinello Clínica*. Obtenido de Trastornos de la conducta alimentaria: <https://manuelcassinello.com/blog/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>
- consecuencias sociales de la bulimia* . (s.f.). Obtenido de https://consecuenciasplus.org/consecuencias-sociales-de-la-bulimia/#problemas_en_las_relaciones_interpersonales
- Europea, U. (6 de Noviembre de 2023). *¿Qué es la ortorexia? Causas y efectos*. Obtenido de Universidad Europea : <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-ortorexia/>
- FAO, S. d. (2010). *Guía Metodológica para la Enseñanza de la Alimentación y Nutrición* . Obtenido de Nutrición y Salud: <https://www.fao.org/3/am283s/am283s00.pdf>

- Judith E. Brown. (2014). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México, D.F.: McGRAW-HILL Education.
- Laura, D. L. (30 de Diciembre de 2021). *Sequoia centro pediátrico de crecimiento*. Obtenido de Cambios físicos en la adolescencia: <https://centrosequoia.com.mx/cambios-en-la-adolescencia/desarrollo-y-cambios-fisicos-en-la-adolescencia/>
- Lobera, I. J. (28 de Marzo de 2022). *SciELO*. Obtenido de Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria : https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001000011#:~:text=Se%20ha%20demostrado%20que%20las,baja%20cohesi%C3%B3n%20y%20adaptabilidad%2016.
- M. Güemes Hidalgo, M. J. Ceñal González Fierro, M. I. Hidalgo Vicario. (2017). *Desarrollo durante la adolescencia*. Obtenido de Aspectos psicosociales durante la adolescencia : <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Martín, B. A. (2 de Septiembre de 2021). *La ortorexia nerviosa ¿otro nuevo trastorno?* Obtenido de Sociedad Española de Medicina Psicomática y Psicoterapia : https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/La_ortorexia_nerviosa._Otro_nuevo_trastorno_B.Ayllon.pdf
- Martínez, L. J. (2020). *Educación para la salud*. Obtenido de Trastornos de la conducta alimentaria: https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/trastornos_alimenticios.pdf
- Neuropraxis. (25 de abril de 2023). *¿que es bulimia?: causas y consecuencias*. Obtenido de <https://neopraxis.mx/bulimia-causas/>
- Organización Mundial de la salud . (31 de Marzo de 2023). Obtenido de Depresión: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwte-vBhBFiWAAQsv_xd8VibEhiONhQxF7FaA1g52uzPkrM3ZLTEA4BkPasD7eA_fKlUsmBoCYUcQAVD_BwE
- Peña, B. (16 de Diciembre de 2020). *Bulimia: características, síntomas y tratamiento*. Obtenido de <https://muysalud.com/enfermedades/bulimia-caracteristicas-sintomas-y-tratamiento/>
- Prieto, P. B. (s.f.). *Los 4 tipos de Bulimia (causas, síntomas y tratamiento)*. Obtenido de <https://medicoplus.com/psicologia/tipos-bulimia>
- Puerta, A. R. (14 de Mayo de 2020). *LifederLifederCiencia, Educación, Cultura y Estilo de Vida*. Obtenido de 8 cambios sociales en la adolescencia: <https://www.lifeder.com/cambios-sociales-adolescencia/>
- Rubio, N. M. (s.f.). *Bulimia nerviosa: qué es, síntomas, causas y tratamiento*. Obtenido de <https://medicoplus.com/psiquiatria/bulimia-nerviosa>

- Salud, O. M. (17 de Noviembre de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud Mental del adolescente : https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw7-SvBhB6EiwAwYdCAfwIzINoTwlvZ0zgXYfl0neZYle6a1PCWY2fyq7OKU2TfliDMZ33ERoCfHIQAxD_BwE
- Salud, O. M. (31 de Marzo de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Depresión: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw7-SvBhB6EiwAwYdCATJghH67xTXuKy5Kmxs4q8IXTGYUhLgHM8Jsj4n9coe4YCy3sBZ8fxoC2kAQAxD_BwE
- Salud, S. d. (31 de Octubre de 2015). *Gobierno de México*. Obtenido de ¿Qué es la ansiedad?: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
- Samuel. (s.f.). *Vivo labs*. Obtenido de Tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA): <https://vivolabs.es/tipos-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-tca/>
- SciELO. (s.f.). *Bulimia nerviosa*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500007
- SETCA. (2014). *Servicio Especializado en Trastorno de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de Trastornos alimentarios no especificados (TANE): <https://www.setcabarcelona.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2/que-tratamos/trastornos-alimentarios-no-especificados/>
- Silva, J. (28 de Junio de 2017). *Ortorexia: la obesión por la comida saludable* . Obtenido de Clinica Alemana: <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2017/ortorexia-la-obsesion-por-la-comida-saludable>

Anexos