

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN Y
ALIMENTOS**

TESIS PROFESIONAL

**PREVENCIÓN DE LA BULIMIA EN
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA
PREPARATORIA NUM. 1 DEL ESTADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN NUTRIOLOGÍA

PRESENTA

**NELLY DANIELA DE LA ROSA VELÁZQUEZ
JOSMAR ORTÍZ DE LA ROSA**

DIRECTOR DE TESIS

MTRA. KARINA JEANETTE TOALÁ BEZARES

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

MAYO 2024



AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud, paciencia, inteligencia y paz que sobrepasa todo entendimiento y por tu amor que permanece para siempre, por darme las fuerzas necesarias para enfrentar cada adversidad que se me presentaba durante mi carrera, pero lo he logrado.

A mis abuelos, Gracias por apoyarme y alentarme desde que tengo uso de razón, los consejos más sabios que me han dado son lo mejor para mí y que los llevaré por siempre en el corazón, gracias por el amor incondicional que un abuelo le da a un nieto, soy afortunada de tenerlos y son mi todo por siempre, sé que nunca me dejarán sola.

A Gerardo Vázquez, Gracias por el amor que me das, por cruzarte en mi camino, por apoyarme en todas mis decisiones, tus consejos sabios, a pesar de tan poco tiempo te agradezco infinitamente cada una de ellas.

A Mis amigos, Gracias por brindarme una grandiosa amistad, consejos de vida y universidad, por cada una de ellas que serán valiosas para toda la vida, por apoyarnos mutuamente en 4 años y medio de carrera, y remarcar la palabra lealtad hacia mí como la única niña del grupo.

Agradezco con respeto y admiración a la L.C.C Karina Jeanette Toalá Bezares mi directora de tesis por brindarme su valioso tiempo y compartir con nosotros su experiencia como una gran profesional, por la manera más paciente de brindar su apoyo a lo largo de nuestra investigación.

"Quisiera expresar unas sinceras pero significativas palabras agradeciendo a todas las personas que han contribuido al desarrollo y culminación de este trabajo de investigación."

A Dios expreso mi profundo agradecimiento, fuente de toda sabiduría y entendimiento, por guiar mis pasos y otorgarme la fortaleza y el conocimiento necesario para completar este trabajo de investigación y mi carrera universitaria. Su gracia y misericordia han sido mi sustento en los momentos de desafío y duda. Agradezco sinceramente por la claridad mental y la perseverancia que me ha concedido durante este proceso.

A mis padres, muchas gracias por confiar en mi y darme la paciencia y el amor que todo hijo desea tener, los amo con todas mis fuerzas. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mí mismo por alentarme a nunca rendirme y por brindarme todo el apoyo emocional y financiero necesario para alcanzar esta meta. Los amo profundamente y les estaré eternamente agradecido.

A mi tía Quiero dedicar unas palabras de profundo agradecimiento a mi querida tía la Maestra Elizabeth de la Rosa Suarez por su generosidad, amor y apoyo incondicional durante mi tiempo en la universidad. Vivir contigo ha sido una experiencia invaluable que ha enriquecido mi vida de innumerables maneras. Tu hogar se convirtió en mi refugio, y tu presencia siempre ha sido reconfortante y alentadora. Agradezco tus palabras de aliento en los momentos difíciles, tus consejos sabios y tu constante ánimo para perseguir mis metas académicas. Tu bondad y sacrificio han dejado una marca indeleble en mi corazón. Gracias

por ser más que una tía, por ser mi amiga y confidente. Este logro también es tuyo, y lo celebro contigo con profunda gratitud."

Con respeto y admiración a la L.C.C Karina Jeanette Toalá Bezares mi directora de tesis por su orientación experta, paciencia y apoyo constante a lo largo de este proceso. Agradezco sinceramente su compromiso constante, sus valiosas sugerencias y su disposición para brindar el tiempo y conocimiento. Este logro no habría sido posible sin su mentoría, y siempre estaré agradecido por la oportunidad de haber trabajado bajo su dirección.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
 DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR



Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 14 de mayo de 2024

C. Nelly Daniela de la Rosa Velázquez

Pasante del Programa Educativo de: Nutriología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Prevención de la bulimia en adolescentes de la escuela preparatoria núm. 1 del

Estado

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

Revisores

Mtro. Juan Marcos León González

Mtra. Fátima Higuera Domínguez

Mtra. Karina Jeanette Toalá Bezares

ATENTAMENTE



COORDINACIÓN
DE TITULACIÓN

Firmas



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
 DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR



Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 14 de mayo de 2024

C. Josmar Ortiz de la Rosa

Pasante del Programa Educativo de: Nutriología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:
Prevención de la bulimia en adolescentes de la escuela preparatoria núm. 1 del

Estado

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Juan Marcos León González

Mtra. Fátima Higuera Domínguez

Mtra. Karina Jeanette Toalá Bezares



COORDINACIÓN
DE TITULACIÓN

Firmas

Ccp.Expediente

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	iii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos	6
MARCO TEÓRICO	7
Factores etiológicos del TCA.....	11
Etiopatogenia.....	12
Subtipos de Bulimia.....	14
Consecuencias.....	14
Por el vómito.	14
Por abuso de laxantes.	14
Por abuso de diuréticos.	15
Déficit de nutrientes, electrolitos, vitaminas y minerales en los tca.....	15
Complicaciones a nivel general.....	16
Complicaciones médicas	16
Piel.....	17
Cabeza, oídos, nariz y garganta.....	17
Cardiovascular.	17
Complicaciones esofágicas.	18
Inercia colónica.	19
Endócrino.	20
Sintomatología.....	20
Diagnóstico	21
Diagnóstico Diferencial.....	21
Exploración Física y pruebas analíticas.....	22
Factores que influyen en la aparición del TCA.....	22
Imagen corporal.....	22

Autoestima.....	23
Factores Socioculturales.....	23
Exigencias Profesionales.....	24
Entorno de Amistades y Relaciones entre Iguales.....	24
Relaciones Afectivas.....	25
Modas.....	26
Medios de Comunicación.....	26
¿Qué factores incrementan el riesgo de aparición de los trastornos de alimentación?	28
Influencia Del Uso De Instagram Sobre La Conducta Alimentaria y Trastornos Emocionales	28
Desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.....	28
Prevención.....	29
Comportamiento alimentario en pacientes con tca.....	30
Tratamiento.....	31
Hospitales de día para el tratamiento de los tca.....	33
Tratamiento Dietético Nutricional en Bulimia Nerviosa.....	33
Valoración clínica y nutricional	36
Historia clínica.....	36
Historia dirigida al estado nutricional	37
METODOLOGÍA	42
PRESENTACION, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO	47
CONCLUSIÓN	53
PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	55
GLOSARIO.....	56
ANEXOS.....	58
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS	59
ANEXO 2. TALLER	61
ANEXO 3. PLANEACION DE CLASES	66
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS	70
ACTIVIDAD: TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS.....	72
ACTIVIDAD: EXPOSICIÓN DE ALUMNOS REFERENTE A LO QUE ES UN TCA, BULIMIA, HABITOS ALIMENTICIOS, FACTOR SOCIAL, FACTOR FAMILIAR Y CONSECUENCIAS.	73
ACTIVIDAD: DINAMICA SOBRE LA IMAGEN CORPORAL.....	74
ACTIVIDAD: MITOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).75	
ACTIVIDAD: IMAGEN DE PUBLICIDAD CON CRITICA.....	76

ACTIVIDAD: DISEÑO DE PUBLICIDAD SOBRE DIFERENTES TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (RUMIACION, PICA, VIGOREXIA, ORTOREXIA Y MANOREXIA)	77
ACTIVIDAD: ANALIZAMOS LO QUE COMEMOS	78
ACTIVIDAD: GUÍA ALIMENTARIA	79
REFERENCIAS DOCUMENTALES	80

INDICE DE TABLA

Tabla 1. Dimension de alimentacion.....	48
Tabla 2. Imagen corporal	49
Tabla 3. Ejercicio	51

INTRODUCCIÓN

La bulimia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino, y es más frecuente que la anorexia nerviosa, el diagnóstico a veces es difícil por la ocultación de los síntomas y si bien es una enfermedad que se inicia en la adolescencia, puede pasar desapercibida y solo ser descubierta después de muchos años, a veces después de una década de sintomatología, sus principales características consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos métodos pueden ser vómitos auto provocados, abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos (Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2011).

La mayor prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las mujeres ha sido atribuida principalmente a factores sociales, sobre todo a la presión que se ejerce desde la publicidad y la moda para que el cuerpo femenino sea esbelto y a la vez, bien torneado (Gayou y Ribeiro, 2014).

Y es que de acuerdo a datos oficiales en los últimos 20 años trastornos alimentarios como la bulimia han aumentado 300 por ciento en México (Cámara de diputados, 2019). De ahí, ante estas cifras, la relevancia de atender a través de diversos sectores la problemática, por lo que el objetivo de la presente investigación es diseñar un programa de orientación nutricia para la prevención de la bulimia en jóvenes de la Escuela Preparatoria Núm.1 del Estado Turno Matutino de Tuxtla Gutiérrez.

La realización del estudio entonces, beneficia a un grupo de jóvenes conformado por una muestra de 150 adolescentes de dicha institución educativa, a través de la transmisión de información adecuada y precisa, para poder prevenir y entender la magnitud que se vive con uno de estos trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia, donde se ha observado su presencia en un alto porcentaje en mujeres, no solo en la actualidad, si no también años atrás; por tanto, esta enfermedad al no tener un diagnóstico rápido, su atención no puede ser inmediata complicando así la salud de la persona, pero sí se puede prevenir a la población de jóvenes, a través de la orientación y educación oportuna en materia nutricional, logrando así la detección de los alumnos que estén en riesgo, y a mediano plazo la intervención por medio de pláticas y talleres y a largo plazo, evitar los riesgos de

bulimia o los trastornos alimentarios, mediante el desarrollo de la prevención en los jóvenes en el cuidado de su salud.

Para la obtención de los resultados se lleva a cabo una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, mediante la aplicación de cuestionario de escala Likert, orientación nutricional a padres de familia y alumnos por medio de talleres.

Los resultados más sobresalientes arrojan que una minoría de la población estudiada, es decir, una cuarta parte, registra factores de riesgo de sufrir TCA, con mayor presencia en el sexo femenino. Así mismo, destacan con mayor énfasis como factores influyentes de riesgo, la relación que los adolescentes tienen con la comida y la preocupación constante de dieta que sigue; de igual manera destacan los factores relacionados con la imagen corporal y el ejercicio físico, elementos que provocan vulnerabilidad en la población adolescente a opiniones de terceros sobre su figura, por lo que es necesario reforzar medio de pláticas y talleres en las instituciones educativas temas sobre hábitos alimenticios saludables, estilos de vida y TCA. Temas que deben ser abordados desde diversas áreas como la nutricional, psicológica y académica; aportando así conocimientos previos de estos trastornos de la conducta alimentaria principalmente la bulimia nerviosa a la sociedad y que no quede como un tabú, como se ha espectáculo desde muchos años atrás y no seguir con una prevalencia alta si no poder hacer un cambio en los porcentajes actuales.

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes en su afán por tener el cuerpo ideal establecido por la sociedad, se podrían valer de medios para lograrlo, por ejemplo: negarse a comer, provocarse vómito, ayunar entre otros; lo que podría llevarlos a desarrollar trastornos de alimentación, en su intento por lograr un cuerpo esbelto y percibir que es una tarea difícil de lograr podrían experimentar sentimientos de tristeza, vacío, melancolía entre otros que finalmente llevaría a una depresión. La bulimia se presenta con la ingestión episódica descontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos, generalmente comida con poco valor nutritivo, en periodos cortos de tiempos en 2 horas en donde posteriormente siente culpabilidad del pobre control (Landaverde y Valladares,2006).

En materia de números, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a nivel mundial se ha duplicado en los últimos 18 años y ha pasado de 3.4% de la población entre 2000 y 2018, según The American Journal of Clinical Nutrition (Asociación TCA Aragón 2020). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que lo últimos 50 años se ha producido un incremento en el numero de casos de bulimia en adolescentes y jóvenes, planteando cifras que oscilan el 0.9 a 4.1% (Borda,Celemin,Palacio y Majul,2015).

Por otro lado, Bernal Camarena (2019) destacó que en México hay 22 mil casos anuales de trastornos alimenticios, principalmente en jóvenes de entre 13 y 18 años de edad. Destacan la anorexia nerviosa, la bulimia y comer compulsivamente, que afectan más a las mujeres que a los varones, en proporción de nueve a uno. Hasta 10 por ciento de las mexicanas tiene algún grado de trastorno en su conducta alimentaria y el uno por ciento tendrá afectaciones severas.

Mientras en Chiapas se calcula que las mujeres son más propensas a tener TCA según los datos de la Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) con 2.50 porciento en tanto que los hombres los datos estadísticos marca que 1.66 porciento en el año 2019, en los años pasados marca que las mujeres van adelante en las estadísticas.

El impacto de la bulimia de los adolescentes se ve reflejado en que suele pasar desapercibida durante mucho tiempo, porque la persona enferma trata de ocultar por todos los medios a su alcance.

Puede desarrollar complicaciones médicas como alteraciones digestivas, alteraciones metabólicas y cardíacas llegando a la muerte.

De acuerdo a la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (2010) en los jóvenes de preparatoria se han detectado conductas de riesgo que pueden derivar el TCA, una de las causas importantes sería por moda, por verse bien estéticamente, dejar de comer y realizar ejercicio excesivamente. Además, una de las influencias de los alimentos en la psicología de las personas cada vez tiene más importancia, por lo que una buena nutrición debe ser para toda la vida, mínimo tres veces al día e idealmente cinco veces al día, tratando de mantener un equilibrio.

Es por eso que en la siguiente investigación se aborda específicamente uno de los trastornos de la conducta alimentaria que es la bulimia, a través de la detección de la población en riesgo de la muestra de estudio seleccionada con la finalidad de prevenir las consecuencias de este trastorno alimentario mediante información oportuna y educación nutricional adecuada enfocada al adolescente con actividades específicas para ellos, cumpliendo con la responsabilidad social profesional del nutriólogo, contribuyendo así al bienestar de la población vulnerable mediante la prevención y orientación oportuna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta (10 hasta 19 años.) Representa una etapa singular del desarrollo humano e importante para sentar las bases de la buena salud. A pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable, gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar (OMS, 2015).

Los adolescentes y jóvenes juegan un papel importante en la sociedad, forman un 30 por ciento de la población en Latinoamérica y el Caribe. Son considerados un subconjunto saludable, y por lo tanto no se les ha dado la debida importancia a sus necesidades de salud. No obstante, los malos hábitos adquiridos a temprana edad se han convertido en una problemática seria en la salud de la edad adulta (OPS, 2011). Por otro lado, los malos hábitos alimenticios pueden afectar el rendimiento escolar debido a la combinación de problemas nutricionales y de salud mental. Los estudiantes con trastornos alimentarios a menudo tienen problemas con la concentración, la memoria y el procesamiento de la información.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), entre el año 2019 y 2021 en México se registraron 22 mil casos de TCA, afectando principalmente a mujeres adolescentes. Mientras en Chiapas en el 2017 la bulimia y la anorexia nerviosa tuvieron una prevalencia de 1.47 por ciento con 0.84 por ciento detectando en hombres y un 2.07 por ciento en mujeres (INEGI, 2017). De esta manera el estudio, busca impactar positivamente en los alumnos de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado, por medio de herramientas de evaluación para identificar casos en riesgos de padecer un TCA, así mismo por medio de Orientación nutricia cambiar la percepción de estos trastornos con buenos hábitos alimenticios.

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar un programa de orientación nutricia dirigido a los alumnos de la Escuela Preparatoria Núm.1 del Estado Turno Matutino de Tuxtla Gutiérrez, para prevenir los casos de TCA.

Objetivos Específicos

Identifica los factores de riesgo de alimentación, imagen corporal y ejercicio para desarrollar TCA en los estudiantes, a través de la aplicación de cuestionarios E.A.T-40.

Promover hábitos de vida saludable en los jóvenes de la Escuela Preparatoria Núm.1 del Estado turno matutino, por medio de impartición de talleres.

Crear conciencia a los padres de familia de estudiantes de la Escuela Preparatoria Núm.1 del Estado turno matutino, por medio de pláticas.

MARCO TEÓRICO

La bulimia ha sido definida como la ingesta excesiva en un tiempo menor al que cualquier persona ingeriera la misma cantidad, seguida de sentimientos de culpa que preceden a periodos prolongados de ayuno y de otras conductas compensatorias, todo ello con finalidad de perder peso. La Asociación Estadounidense de Psicología (APA 2004) señala que estos comportamientos deben ocurrir por lo menos dos veces por semana durante los últimos 3 meses, y al mismo tiempo clasifica a dicho trastorno como purgativo y no purgativo. Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”.

Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”. La Bulimia Nerviosa fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). Sin embargo, las descripciones más tempranas se remontan a 3 casos de Bulimia Nerviosa descritas por Otto Dörr-Zegers, psiquiatra chileno, en 1972, y luego la sistemática descripción de Hilda Bruch, en 1973 (López y Treasure, 2011).

La bulimia y la anorexia tiene sus orígenes en la antigua Grecia, de ahí que la atención del problema no radica en que sea nuevo, lo preocupante de esta enfermedad hoy día es que se inicia a edades muy tempranas particularmente en la adolescencia como parte de la crisis del desarrollo, como parte del proceso del individuo de descubrirse, pero también porque entre las causas que generan esta enfermedad se encuentran algunas de índole social, lo cual nos hace parte del problema. El término anorexia nervosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nervioso expresa su origen psicológico. Lo común a todas estas observaciones es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de “hiperfagia” seguidos por purgas u otras conductas compensatorias. La Bulimia Nerviosa, es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos etáreos, después de trastornos alimentarios no especificados. Su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2 por ciento en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser

entre 15,7 y 18,1 años. Los actuales criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y las propuestas para el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) para Bulimia (López y Treasure ,2011).

A diferencia de quienes sufren de Anorexia Nerviosa, las adolescentes que presentan Bulimia Nerviosa frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con Anorexia Nerviosa, además la mayoría de las pacientes con Bulimia Nerviosa está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, especialmente, a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros (López y Treasure ,2011).

Los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) enfatizan la presencia regular y recurrente de episodios de sobre ingesta (atracones) acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso que potencialmente produciría el atracón (López y Treasure ,2011). La propuesta diagnóstica para el DSM-V, reduce la frecuencia necesaria de atracones y purgas como criterio diagnóstico. Esta diferencia tendría como efecto que una importante proporción de casos de los que hoy estarían definidos como TCA “no especificados” sean diagnosticados en el futuro como “Bulimia Nerviosa” (López y Treasure ,2011).

La alimentación ha dejado de ser sólo una respuesta ante una necesidad biológica, también responde a factores de índole económico, cultural y psicológico (Álvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998), es decir, implica un intercambio del ser humano con su ambiente, una forma de vinculación social y una manera de expresar o manejar nuestras emociones.

La promoción del ideal de delgadez y la estigmatización de la obesidad son quizá dos de los factores que han influido para que algunas personas modifiquen su conducta alimentaria realizando dietas restrictivas, ayunos y consumiendo productos para reducir o controlar su peso corporal, aun cuando no presenten una problemática real con su peso (por ejemplo, obesidad).

Los jóvenes que padecen esta enfermedad encuentran problemas para definir su identidad y para poder describir, conocer e identificar sus emociones. Barriguete (2010), señala que “algunos jóvenes no asumen estos cambios debido a que implican una manera de ser vistos y de ver. El cuerpo escuálido de los anoréxicos, que no evoca formas ni movimientos, va relacionado con el deseo de no manifestar lo que sienten. Los y las jóvenes se autocastigan dejando de comer y dejando de expresar sus sentimientos, que no es otra cosa que dejar de ser ellas mismas (Salcedo,2012).

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno (Organización Mundial de la Salud,2019). A pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar. Durante esta fase, los adolescentes establecen pautas de comportamiento – por ejemplo, relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual – que pueden proteger su salud y la de otras personas a su alrededor, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro.

Para crecer y desarrollarse sanamente, los adolescentes necesitan información, en particular una educación integral acerca de la sexualidad que sea apropiada para la edad; oportunidades para adoptar aptitudes para la vida; servicios de salud aceptables, equitativos, apropiados y eficaces; y la creación de entornos seguros y propicios, también necesitan oportunidades para participar positivamente en la concepción y la ejecución de intervenciones para mejorar y mantener su salud, la ampliación de esas oportunidades es fundamental para responder a las necesidades y derechos específicos de los adolescentes (Organización Mundial de la Salud,2019).

Esta enfermedad está asociada a la presión familiar y social sobre lo que se piensa que es el triunfar. Datos relevantes son que las hijas de padres universitarios tenían el doble de riesgo de sufrir un desorden alimentario y el riesgo era 6 veces mayor en chicas cuyas abuelas habían recibido educación universitaria. Hay una asociación entre el riesgo de padecer anorexia o bulimia y las familias de mayor éxito académico. El vínculo es la tendencia al triunfo y al perfeccionismo asociado con la idea del rol socialmente ideal (Gonzalez,2010).

Desde la perspectiva social reproducimos en nosotros mismos y en la cultura que transmitimos la actitud de repudiar a los gordos. La moda y los medios de comunicación por si mismos no son el problema, pero si propician el trastorno en la medida en que no sanean el contenido de lo que transmiten y favorecen el “delirio del perfeccionamiento colectivo” y el “se ve bonito” sin importar el costo social e individual al grado tal de destruir a un ser humano. El problema es tan grave que su impacto ha ido haciendo mella en el sexo masculino desatando anorexias y bulimias clásicas hasta la oleada de la vigorexia, con tal de convertirse en parte del éxito.

Tanto la bulimia como la anorexia han sido consideradas “nerviosas” ya que son el resultado de un malestar mental (Jáuregui, 2006); sin embargo, también se clasifican como el resultado de una conducta moderna, en la cual los estándares de delgadez son una norma a cubrir, convirtiéndose en sinónimos del éxito, la aceptación y el logro. Con respecto a los motivos personales del por qué las personas sufren de trastornos alimenticios, algunos autores consultados ofrecen su punto de vista con respecto a estas posibles variables influyentes (Acosta, Peña y Pertuz, 2011).

Según la “Guía de Trastornos Alimenticios” editada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004), existen varias causas por las que las personas, principalmente mujeres jóvenes pueden llegar a sufrir de bulimia y anorexia. Estas causas son los siguientes: Baja autoestima por su apariencia ocasionada por sus modelos mentales del tener “buen cuerpo”, es decir, la imagen corporal adecuada. O bien por creencias y problemas personales, ya sean sexuales o psicológicos, sentirse en descontrol de sí mismas, creer en la perfección, autocastigarse al no cumplir

con el prototipo de belleza deseado, crear un sentimiento de vacío o de inadaptabilidad debido a la poca interacción con otras personas por el conflicto interno presente en estas personas.

Factores etiológicos del TCA

La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y, especialmente, educativos. Se cree que la etiología de la Bulimia Nerviosa, al igual que la Anorexia Nerviosa, es multifactorial, con una combinación de predisposición genética, influencias ambientales y rasgos psicológicos que influyen. En la Bulimia Nerviosa, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad.

Es por eso, que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros. Socialmente, los pacientes con Bulimia Nerviosa tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Así mismo, muchos están deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar, como sucede en los pacientes con Anorexia Nerviosa, pero las familias de los primeros suelen ser menos cercanas y más conflictivas que las de estos últimos.

El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que otorga a los cuerpos delgados y juveniles, especialmente en las mujeres, contribuye probablemente al desarrollo y prevalencia de estos trastornos. En los países industrializados modernos el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y riqueza. No es de extrañar que una mayoría de chicas adolescentes quieran ser más delgadas. Nunca en la historia la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora. Y el mensaje que les llega a las adolescentes es que sólo siendo delgadas serán atractivas, espirituales y competitivas con las demás (Morales, 2015).

Para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez. El adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y el engordar del fracaso. La delgadez extrema, la belleza es esencial para que una

mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad (Morales, 2015). Los medios de comunicación nos recuerdan que una persona atractiva debe parecerse a una determinada imagen idealizada. Las revistas femeninas o para adolescentes muestran una intensa presión publicitaria en favor del adelgazamiento. Fomentan la pérdida de peso para buscar el atractivo físico, con una motivación estética. Exhiben modelos femeninos más lineales, con menos curvas.

Y es aún más probable que suceda así si los padres y madres, y otras figuras de referencia, no les ayudan a adaptarse a estos cambios puberales, a entender y apreciar el desarrollo normal de su cuerpo, su sexualidad. Las dietas restrictivas, el control del peso, la preocupación por la figura, el anhelo de delgadez, el miedo a engordar, son prácticas y actitudes normativas en la población general, son valores y comportamientos profundamente enraizados en nuestra cultura.

Una persona en este medio de culto al cuerpo, tendrá más riesgo de desarrollar alguna forma de patología alimentaria teniendo además estos factores:

- Algunos rasgos de personalidad que la hacen más sensible a esta presión social.
- Una situación de estrés personal en el estudio, el trabajo o el entorno afectivo.
- Una historia personal de trauma sexual infantil, abuso físico (en especial en la bulimia).
- Un ambiente familiar más conflictivo.

Etiopatogenia

No existe actualmente consenso universal sobre las causas implicadas en la etiopatogénesis de los TCA. Se cree que la combinación de aspectos genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, sociales y ambientales podría contribuir al desarrollo de los mismos. Algunos antecedentes comunes son la preocupación excesiva por el peso, la obsesión por un cuerpo delgado, el distrés sociofamiliar,

el antecedente de realización de una dieta y el de abuso sexual en la infancia (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez, Matía y Loria, 2020).

A nivel neurobiológico en los que, mediante resonancia magnética, se demuestran alteraciones estructurales y funcionales en los pacientes con Bulimia Nerviosa. En este sentido, se cree que un funcionamiento anormal en los circuitos córtico-límbicos implicados en el apetito podría contribuir al desarrollo de Bulimia Nerviosa, pues esta alteración funcional determinaría una percepción alterada de las sensaciones de hambre y saciedad. Asimismo, en pacientes con Bulimia Nerviosa se han observado cambios estructurales a nivel de las áreas frontal y temporoparietal. Sin embargo, no está aclarado si dichos cambios preceden a la enfermedad o se producen como consecuencia de la misma (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez, Matía y Loria, 2020).

Desde una perspectiva sociocultural, la idealización de la delgadez en las mujeres representa la principal causa o factor de riesgo identificado. Y un buen ejemplo de la relevancia de este aspecto social vendría representado por el hecho de que no se han identificado casos de Bulimia Nerviosa en comunidades que no se hayan expuesto a influencias occidentales. Por otro lado, la incidencia de Bulimia Nerviosa y sus síntomas han ido aumentando en aquellos países no occidentales conforme a la exposición de estos a la cultura occidental.

La respuesta individual ante dicha presión cultural/mediática, probablemente mediada por factores biológicos, genéticos o sociales, será la que determine que se desarrolle o no la enfermedad. Los rasgos de personalidad han sido incluidos en los modelos etiológicos de los TCA. Entre ellos, destaca el perfeccionismo, la impulsividad, neurosis o la propensión a experimentar vivencias desagradables (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez, Matía y Loria, 2020).

Subtipos de Bulimia

Según el DSM-IV-TR, (*Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*), se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxante, diurética o enemas en exceso.

Tipo No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni abusa de los laxantes, ni usa diuréticos o enemas en exceso (Halmi, 2005).

Consecuencias

Las consecuencias orgánicas de la bulimia son:

Por el vómito.

Complicaciones dentales es frecuente encontrar alteraciones dentales en personas bulímicas, ya que el ácido contenido en la regurgitación causa erosión de forma permanente. La erosión puede aparecer a partir de los 6 meses de vómitos autoprovocados, empeorando con el tiempo pudiendo llegar a dejar expuesta la dentina, produciendo hipersensibilidad. Esta erosión afecta particularmente a los dientes posteriores y en la superficie palatina de los dientes frontales (Moncayo, 2016).

Por abuso de laxantes.

Dolores abdominales, cólicos, intestino perezoso, estreñimiento, malabsorción de grasas, proteínas y calcio.

Por abuso de diuréticos.

Hipopotasemia, disminución de los reflejos, deshidratación y sed.

Déficit de nutrientes, electrolitos, vitaminas y minerales en los tca

Mediante un examen físico, se pueden detectar signos relacionados con los trastornos:

- Deficiencia de riboflavina y otras vitaminas hidrosolubles: presencia de lesiones húmedas y escoriaciones con fisuras de los ángulos de la boca o presencia de sebo naso labial.
- Deficiencia de vitamina C: mediante la presencia inflamación y sangrado de la encía.
- Deficiencia de vitamina A o retinol: representado por placas delimitadas y superficiales de color blanco grisáceo en la córnea (manchas de Bitot).
- Deficiencia de vitamina E y K: aparecen puntos redondos y pequeños de color púrpura o marrón debido al sangrado debajo de la piel.
- Deficiencia de folatos: observando uñas anormalmente delgadas, pueden verse planas o incluso cóncavas.
- Deficiencia de vitamina B1 o tiamina: relacionada con síntomas de depresión.
- Deficiencia de vitamina D y Calcio: la anorexia nerviosa se asocia con pérdida de músculo masa ósea e hipocalcemia.
- Alteraciones electrolíticas: el vómito puede causar hipocalemia como consecuencia de vómitos frecuentes (conductas purgativas).
- Deficiencia de ácidos grasos: Afección que provoca zonas ásperas en la piel y pequeñas protuberancias similares al acné (“Suplemento Alimenticios y Trastornos de la Conducta Alimenticia”,2022).

Complicaciones a nivel general

Bradycardia (baja frecuencia cardiaca), hipotermia (con mayor sensibilidad al frío), tensión arterial baja, disminución de la frecuencia respiratoria.

Pérdida de líquidos, minerales e iones como el potasio, provocando: deshidratación, fallo renal, debilidad muscular y arritmias cardíacas.

Alteraciones bioquímicas: leucopenia, colesterol elevado, glucosa baja. Niveles disminuidos de Zinc, albúmina, transferrina e hipercarotinemia (Gómez, 2012).

Trastornos psicológicos y sociales asociados a los trastornos de larga evolución:

Alteraciones del sueño, cambios de humor, con frecuencia, depresión, a largo plazo, riesgo de suicidio, ansiedad, nerviosismo, hiperactividad, dificultades de concentración, aislamiento social, problemas familiares y de pareja y falta de control de impulsos: promiscuidad, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones (Gómez, 2012).

Complicaciones médicas

La Bulimia Nerviosa se asocia con una tasa significativamente mayor de mortalidad, aunque muchos de los pacientes son jóvenes. Gran parte de esta elevada mortalidad es atribuible a las complicaciones médicas asociadas, que son el resultado directo del modo y frecuencia de los comportamientos de purga. Así, por ejemplo, si alguien usa laxantes 3 veces por día o vomita 1 vez por día, puede estar sin complicaciones médicas, pero muchos pacientes practican sus comportamientos de purga muchas veces al día, lo que provoca múltiples complicaciones (Nitsch, Gibson y Mehler, 2021).

Aparte de las alteraciones electrolíticas derivadas de la purga, otras complicaciones médicas dependen del modo particular de purga. Por otra parte, se ha comprobado que la BN aumenta el riesgo de cualquier enfermedad cardiovascular, incluyendo la cardiopatía isquémica y la muerte en

mujeres. Estas mismas complicaciones también pueden observarse en pacientes con anorexia nerviosa que experimentan atracón-purga, en contraste con aquellos con anorexia nerviosa que solo restringen la ingesta calórica, sin recurrir a las purgas.

Piel.

EL signo de Russell, fue definido por primera vez en la Bulimia Nerviosa por el Dr. Gerald Russell, en 1979 y se refiere al desarrollo de callos en la cara dorsal de la mano dominante. Es patognomónico de los vómitos auto inducidos y se debe a la irritación traumática de la mano por los dientes, por la inserción repetida de la mano en la boca para provocar el vómito; este signo no aparece en los pacientes que pueden vomitar espontáneamente o que utilizan utensilios para inducir el vómito (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Cabeza, oídos, nariz y garganta.

La purga por vómito aumenta el riesgo de hemorragias subconjuntivales por arcadas fuertes, que también pueden causar epistaxis recurrente. De hecho, los episodios recurrentes de epistaxis que permanecen inexplicables deberían despertar la sospecha de BN encubierta. La faringitis suele observarse en aquellos que vomitan con frecuencia, debido al contacto del tejido faríngeo con el ácido del estómago. También pueden desarrollarse ronquera, tos y disfagia. Las molestias de la faringe y la laringe se pueden mejorar con el cese de los vómitos y el uso de medicamentos para suprimir la producción de ácido, como los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Cardiovascular.

Las complicaciones cardíacas específicas de la purga incluyen las alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos y el abuso de diuréticos o laxantes (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Esas alteraciones también van acompañadas de arritmias cardíacas graves y prolongación del intervalo QT, en especial, como resultado de la hipopotasemia y los trastornos de ácido-base. La

ingestión excesiva de ipecacuana, que contiene el alcaloide cardiotoxicoemetina, utilizado para inducir los vómitos, puede provocar diversas alteraciones de la conducción y miocardiopatía, potencialmente irreversible. El abuso de cafeína o medicamentos estimulantes, utilizados para tratar el déficit de atención/trastorno de hiperactividad, puede causar palpitaciones, taquicardia sinusal o arritmias, como taquicardia supraventricular. Del mismo modo, las píldoras de dieta, cuyo uso ha aumentado en esta población, se asocian con arritmias.

Gastrointestinal.

Se ha observado una alteración del funcionamiento gástrico en estos pacientes. Existiría una disminución de la relajación post prandial, lo que indicaría que el estómago es menos reactivo a pesar de no presentar alteración en el vaciamiento. Producto de lo anterior existe el riesgo de presentar una dilatación gástrica aguda como una complicación grave que puede llegar incluso a la perforación (Gabler, Olguín y Rodriguez,2017).

El uso crónico de laxantes como método de purga a la larga genera serios problemas a nivel intestinal. Los más utilizados son los que aumentan el tránsito por lo que en general la absorción de nutrientes no se ve afectada. El consumo inicial es de bajas cantidades de laxantes que al generar refractariedad en la respuesta, escala de manera gradual a grandes dosis. Los efectos más comunes a nivel intestinal son: constipación, melanosis coli (pigmentación oscura de la mucosa colónica), colon catártico, atrofia de la musculatura lisa, aumento de la grasa submucosa, fibrosis e hipertrofia de la capa muscular de la mucosa

Complicaciones esofágicas.

Los vómitos excesivos exponen al esófago al ácido gástrico y al daño del esfínter esofágico inferior, aumentando la propensión a la enfermedad por reflujo gastroesofágico y otras complicaciones esofágicas, incluido el esófago de Barrett y el adenocarcinoma de esófago. Sin embargo, no está claro si se trata verdaderamente de una asociación entre la purga por vómitos autoinducidos y la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Los vómitos persistentes pueden producir una pérdida de tono del esfínter gastroesofágico generando síntomas compatibles con reflujo gastroesofágico. La severidad de estos síntomas abarca

desde la pirosis, que puede estar presente hasta en un 68.8% de los casos, hasta la hematemesis producto de un síndrome de Mallory Weiss o bien por una esofagitis hemorrágica secundaria al reflujo ácido. El esófago de Barrett es otra complicación observada en estos casos. Esta entidad caracterizada por el reemplazo del epitelio escamoso por epitelio columnar en el tercio inferior del esófago aumenta el riesgo de cáncer de 30 a 125 veces. Por lo anterior se recomienda realizar en estos pacientes una endoscopia de manera rutinaria (Gabler, Olgún y Rodríguez,2017).

Inercia colónica.

Los individuos que usan una cantidad excesiva de laxantes estimulantes, y su abuso crónico, pueden tener riesgo de "colon catártico", una condición por la cual, el colon se vuelve un tubo inerte, incapaz de hacer progresar las heces. Se cree que esto se debe al daño directo del plexo nervioso mientérico (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Sin embargo, en la actualidad, se duda que esta condición realmente se desarrolla en las personas con trastornos alimentarios y uso de laxantes estimulantes. Independientemente, en general, los laxantes estimulantes deben ser usados solo a corto plazo, para evitar esta complicación potencial, y deben ser suspendidos en quienes se desarrolla esta condición. En cambio, para manejar el estreñimiento, se pueden prescribir laxantes osmóticos, de manera medida, pues no estimulan directamente la peristalsis.

La *Melanosis coli* es una decoloración negra del colon sin importancia clínica conocida, se informa a menudo durante la colonoscopia en aquellos que abusan de laxantes estimulantes.

El *prolapso rectal* también puede desarrollarse en aquellos que abusan de laxantes estimulantes, pero es inespecífico para este modo de purga, ya que también puede desarrollarse únicamente como consecuencia de la desnutrición y la debilidad de los músculos del suelo pélvico (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Endócrino.

Una complicación endócrina posible de la Bulimia Nerviosa es el ciclo menstrual irregular, en comparación con la amenorrea observada con frecuencia, tanto en la restricción como en los subtipos de anorexia nerviosa por atracón-purga. Aunque los pacientes con BN no parecen tener un riesgo significativamente aumentado de desmineralización ósea, como sucede en los pacientes que restringen las calóricas.

En las personas con antecedentes de anorexia nerviosa con atracón-purga es conveniente hacer una densitometría ósea mediante absorciometría de rayos X con energía dual. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 pueden manipular sus glucemias como un modo de purgar las calorías, una condición previamente denominada trastorno alimentario-diabetes mellitus tipo 1 (antes conocido como diabulimia). Estos pacientes tienen riesgo de hiperglucemia marcada, cetoacidosis y complicaciones microvasculares prematuras, como retinopatía y neuropatía (Nitsch, Gibson y Mehler,2021).

Sintomatología

Preocupación constante acerca de la comida, temas de conversación giran alrededor de la comida: peso, dieta, calorías (Rodríguez,1999).

Se traga la comida en forma compulsiva, se come a escondidas, miedo a engordar, evitan, situaciones donde se pueda ver socialmente incitado a comer, vómitos auto provocados, consumo de medicamentos adelgazantes, Regímenes rigurosos respecto a la comida, Abuso de edulcorantes, depresión, Sentimientos de culpa, odio hacia sí mismo, tristeza, severa autocrítica, necesidad de aprobación social, la autoestima gira en función al aumento o reducción de peso corporal (Rodríguez,1999).

Muchas veces las personas no se dan cuenta de lo que sufren los familiares o personas cercanas o simplemente no se le da la importancia debida, lo que ocasiona que estas causas individuales aumenten. Poniendo la situación en otro sentido, las personas afectadas no exponen su sentir por

miedo a ser descubiertos, esto les lleva a una depresión interna que se enlaza con otros problemas personales.

Diagnóstico

A pesar de que la negación y el secretismo complican el diagnóstico de la bulimia, hay varios elementos básicos para identificar esta enfermedad:

Frecuentes episodios de ingesta abusiva de alimentos. En este caso, el paciente suele comer cada dos horas una cantidad de comida superior a la que cualquier persona normal desearía (Fuertes, Pérez y Hernández,2010).

Un sentimiento de falta de control durante este episodio o, en su defecto, la sensación de que no puede evitar la necesidad de comer.

Además de la comida desmesurada, existe un comportamiento compensatorio inapropiado para evitar el aumento de peso. Esta conducta se traduce en el vómito auto inducido, en el abuso de laxantes, diuréticos y enemas o en el exceso de ejercicio físico. Se pueden encontrar una serie de factores a tener en cuenta a la hora de trabajar la prevención de trastornos como la anorexia o la bulimia en los jóvenes. Estos factores serían todos aquellos que, de una u otra manera, predisponen, precipitan o mantienen estas patologías, y que los hemos agrupado en el siguiente apartado (Fuertes, Pérez y Hernández,2010).

Diagnóstico Diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa se les diagnostica Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de Bulimia Nerviosa. Los médicos deben confirmar que los pacientes no tengan enfermedades neurológicas o médicas, como convulsiones de tipo epiléptico, tumores del sistema nervioso central, síndrome de Klüver-Bucy o síndrome de Kleine-Levin donde se ha observado una conducta alimentaria alterada.

El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (“Bermúdez, Chacón y Rojas, 2021).

Exploración Física y pruebas analíticas

En general, en la Bulimia Nerviosa se conserva intacta la función del tiroides, pero los pacientes pueden mostrar una falta de supresión en la prueba de supresión con dexametasona. Es probable que los pacientes que recurren regularmente a las purgas muestren deshidratación y desequilibrios electrolíticos tales como hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipoclorémia y alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes) y hiperamilasemia. En el examen físico es muy característico la callosidad en el dorso de a mano conocido como signo de Russell, además el ácido del vómito puede dañar el esmalte dental, un hallazgo habitual en estos pacientes (“Bermúdez, Chacón y Rojas, 2021).

Factores que influyen en la aparición del TCA

Carretero (2005) coincide con la Fundación Imagen (2008) sobre ciertos factores socioculturales relacionados con la aparición de algunos de los TCA, lo cual supone un factor necesario e indispensable aunque no suficiente para la presentación de estos trastornos, por lo que, debido a estos factores cambian por definición de una cultura a otra, es importante considerar los elementos que se construyen sobre todo en la etapa de la pubertad y adolescencia, asociados a la imagen corporal y la autoestima, lo que ha sido definidos de la siguiente manera:

Imagen corporal.

En 1950, Schilder definió la imagen corporal como “el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”, se dio la representación del cuerpo, formada por informaciones acumuladas a lo largo del tiempo procedentes de distintos sentidos e incluida por experiencias a

fines. Es el cuerpo que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo (Toro, 2004).

Autoestima.

Se puede definir el auto concepto, como la auto valía, como la imagen de aceptación que tiene cada individuo del mismo, y que se ha ido conformando durante su infancia y adolescencia, a través tanto de las experiencias personales como de los mensajes recibidos o los referentes más cercanos, padres y educadores principalmente

El comportamiento es influenciado por la imagen corporal.

Factores Socioculturales.

En cuanto a los factores de riesgo socio-culturales asociados al desarrollo de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa se distinguen: un ideal de un cuerpo extremadamente delgado en el ámbito de la moda en la sociedad occidental (Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless, 1999), conflictos ligados al rol de género, ya que el género femenino es más vulnerable a desarrollar un TCA (French, Story, Remafedi & Resnick, 1996) e incluso la raza: las personas blancas son más propensas a tener ideas distorsionadas respecto a la consideración de lo atractivo y presentan mayor riesgo (Demarest y Allen, 2000), entre otros. Además, la industria de consumo alimentario estimula el deseo de comer, promocionando el hedonismo, pero por otro lado, la industria de las dietas incentiva la frustración de ese deseo, generando intensa ambivalencia y confusión en los adolescentes (Montilla, 2009).

La correcta diferenciación entre ellos permite una mejor comprensión de las posibles causas. El macro contexto social viene determinado por elementos que en líneas generales se confunden entre sí y que especificamos como: las exigencias sociales, las relaciones de amistad y sexuales, la publicidad, la información y la moda. Estos elementos son necesarios para adaptarse al patrón de conducta presente en la sociedad y por tanto son susceptibles de generar determinadas actitudes y comportamientos (Elsevier, 2010).

Exigencias Profesionales.

Las exigencias profesionales influyen en el deseo de estar delgados y pueden ser un desencadenante de la falta de autoestima. La presencia exterior es importante y en algunos anuncios de trabajo, se explicita («se exige buena presencia»). El cuerpo delgado es símbolo de triunfo y la ecuación «mujer delgada igual a mujer triunfadora» es aceptada por algunos como verdad incontestable. En sentido contrario, la obesidad es un símbolo de dejadez, negligencia y ociosidad, de poco espíritu de lucha o superación y de despreocupación (Fuertes, Pérez y Hernández , 2010).

Estas equivalencias se trasladan hipotéticamente al ámbito laboral, aunque la correlación no es real, puesto que la eficiencia profesional y el volumen corporal no tienen por qué estar relacionados. Otro aspecto que vincula los TCA y las exigencias sociales es la incorporación de la mujer al mundo laboral. Cabe destacar a este respecto que la ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida ha facilitado que muchos adolescentes que empezaban sus escauceos con la dieta escaparan al control familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave.

Entorno de Amistades y Relaciones entre Iguales.

En la adolescencia, junto al desarrollo físico y sexual, se produce un alejamiento de la dependencia familiar y, en contrapartida, cobran peso e importancia las relaciones extra familiares, que se van forjando marcadas por la inestabilidad y las fluctuaciones. Los jóvenes ya no se identifican tanto con la familia como con el grupo de iguales, necesitando su aprobación. Se dejan llevar por los gustos, deseos y maneras de actuar y vestir del grupo de amigos. Los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes y la imagen física es un elemento clave de comparación (Fuertes, Pérez y Hernández, 2010).

Los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes y la imagen física es un elemento clave de comparación. En un adolescente con baja autoestima puede detonar la decisión

de hacer dieta, puerta de entrada a los TCA. Una vez que el trastorno está enquistado, y sobre todo en el caso de la anorexia, es característica la modificación de la actitud de los enfermos en cuanto a las relaciones con los demás. Aparecen dificultades para establecer relaciones superficiales y la vitalidad en el trato con los amigos disminuye con el avance de la enfermedad. Se reducen los contactos con los que no pertenecen a la familia, muchas veces mediante la evitación.

La misma autora propone que los familiares de las personas que desarrollan Bulimia Nerviosa manifestaban una preocupación excesiva por su propia figura corporal y peso. Stice, Agras y Hammer (1999) han señalado que estas preocupaciones de los padres impulsan el modelamiento de estas conductas a sus hijos, también promovido por la sociedad. A su vez, se ha encontrado que los padres suelen ser más críticos respecto a la apariencia física de sus hijas, lo que incrementa la necesidad de estas de intentar cambiar su aspecto físico (Strong y Houn, 1998).

Relaciones Afectivas.

Dentro del contexto de los amigos y de las relaciones con el grupo de pertenencia, las relaciones con las personas del otro sexo desempeñan un importante papel en la adolescencia. Estas relaciones vienen marcadas, en primer lugar, por el deseo de agradar. En esta línea, existe en nuestra sociedad una confusión grande entre el ideal de belleza masculino y el femenino. Para la mujer, ser bella es estar delgada sin escatimar en la disminución del peso.

En muchas personas afectadas de TCA la necesidad de parecer deseable al otro sexo se halla en el germen de la enfermedad. Posteriormente, la condición patológica hace olvidar ese propósito inicial y el paciente, en la mayoría de los casos, ya no piensa en gustar a nadie sino en cumplir su propia voluntad, que es estar delgada (Fuertes, Pérez y Hernández, 2010).

El ideal de mujer para el hombre pasa más por un cuerpo proporcionado. La armonía es quizá más importante desde el punto de vista masculino que la delgadez. En muchas personas afectadas de TCA la necesidad de parecer deseable al otro sexo se halla en el germen de la enfermedad.

Posteriormente, la condición patológica hace olvidar ese propósito inicial y el paciente, en la mayoría de los casos, ya no piensa en gustar a nadie sino en cumplir su propia voluntad, que es estar delgada.

Modas.

La moda, como usos y tendencias que se suceden por temporadas, forman parte de nuestro contexto sociocultural. La moda generalmente entendida determina muchos de nuestros comportamientos: dicta dónde hay que reunirse, qué conviene beber o comer, qué aspecto debe tener nuestra casa, a qué destinos podemos viajar, qué corte de pelo debemos pedir a nuestro peluquero o cómo hay que vestir. La moda extiende sus patrones cortando todo aquello que sobra. La ropa parece estar diseñada y modelada para cuerpos delgados (Carrillo, 2005).

Medios de Comunicación.

Un buen reflejo de esta transformación se encuentra en el cambio espectacular de los patrones de belleza femenina y masculina de los anuncios y las revistas de moda. Hombres y mujeres se ven desbordados por mensajes publicitarios que generan una inseguridad desmedida ante la posibilidad de que el cuerpo adquiriera una forma y/o un peso por encima de los cánones impuestos.

En la era de la comunicación, los medios nos hacen cómplices, queramos o no, de informaciones de todo tipo. La intimidad como concepto difiere notablemente en la actualidad de la que vivían nuestros antepasados hace sólo unas pocas décadas, cuando la actividad diaria no se veía permanentemente trufada por la penetración de mensajes de correo electrónico, SMS, RSS, televisiones, radios, etc.

En el ámbito de los TCA, se achaca a los medios ser generadores y motores socialmente aceptados de insatisfacción personal. El constante bombardeo de mensajes que proyectan acaba penetrando, aunque sea por goteo, en muchos cerebros, con el consiguiente riesgo para la salud mental y somática. Hasta el momento sólo parece haber argumentos negativos a propósito de la mala

influencia de los medios de comunicación en el ámbito general y en población enferma de TCA (Fuertes, Pérez y Hernández, 2010).

En las sociedades contemporáneas de consumo, el cuerpo representa al individuo, por lo que la imagen ha de reflejar los signos de belleza, disfrute y éxito social. La socialización de género es especialmente preocupante en el caso de las adolescentes, porque los cambios físicos asociados a la pubertad afectan en gran medida a su autoestima, al sentir más presión sobre la imagen corporal, las relaciones sociales y en el colegio (Lozano, Borrallo y Guerra, 2022).

En la actualidad, nos encontramos ante una sociedad en la que el uso de la tecnología está a la orden del día y donde cada vez son más las jóvenes que se inician en las RRSS, por consiguiente, es importante valorar la influencia de estas y de los medios de comunicación en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. El uso de internet y RRSS aporta nuevas oportunidades de socialización y otros beneficios, pero contribuye, a su vez, a la auto asignación de modelos de cuerpo ideales y a la publicidad hipersexualizada.

Numerosos estudios han asociado el uso de RRSS con niveles significativamente elevados de ejercicio estricto, saltarse comidas, baja autoestima y mayor insatisfacción corporal, factores que pueden derivar en un trastorno alimentario. La presión de los medios de comunicación es evidente, especialmente en RRSS cada vez más frecuentadas por adolescentes, bombardeando a los usuarios con publicidad sobre dietas, cuerpos perfectos o consejos de influencers que siguen los estándares presentes en la moda y promueven cánones de belleza excesivamente asociados al estereotipo de la delgadez (Lozano, Borrallo y Guerra, 2022).

También existen páginas web pro-anorexia que promueven la Anorexia Nerviosa fomentando la inanición y la alimentación desordenada. Sus creadores suelen ser chicas que alientan estas conductas como un estilo de vida y no como un trastorno mental. Además, ofrecen una comunidad interactiva mediante foros en los que se comparten experiencias y consejos sobre planes dietéticos y

de ejercicio para conseguir una pérdida extrema de peso, mensajes de inspiración y apoyo emocional mutuo. Por todo lo descrito, se planteó como objetivo revisar la influencia de las RRSS en las adolescentes en relación con la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, conocer sus características, identificar las más utilizadas, describir los aspectos positivos y negativos e identificar las estrategias utilizadas para atraer a las adolescentes.

¿Qué factores incrementan el riesgo de aparición de los trastornos de alimentación?

La autoestima es una de las variables que guarda más relación con estos trastornos, considerándose como un factor previo, predisponente, y como síntoma posterior de los mismos. Por ejemplo, las personas pueden desarrollar una baja autoestima ante los sentimientos de malestar e insatisfacción con el propio aspecto físico (Ayensa y Ramos, 2009; Mento y col. 2021). De forma específica en la adolescencia, variables como la genética, los cambios corporales en la pubertad, el sobrepeso, la obesidad, las dietas restrictivas, la depresión y la baja autoestima, la vulnerabilidad de los/as adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada y la insatisfacción con la imagen corporal, pueden elevar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Portela de Santana y col., 2012).

Influencia Del Uso De Instagram Sobre La Conducta Alimentaria y Trastornos Emocionales

Desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

El uso de Instagram se ha relacionado con el posible desarrollo de algún TCA, siendo una plataforma donde las presiones socioculturales a favor de la delgadez y la internalización del ideal de belleza se ven reflejadas, dando lugar a la posible comparación social entre usuarios (Saunders y Eaton, 2018). Además, el seguimiento de cuentas enfocadas en salud y fitness se asoció con la internalización de este ideal de delgadez, la vigilancia corporal y el fomento de la conducta de querer perder peso, mientras que el seguimiento de cuentas de apariencia neutral no se asoció con ningún resultado de imagen corporal (Cohen et al., 2017).

De la misma forma, el fenómeno fitspiration trae cada vez mayor frustración a las mujeres, inalcanzable para la mayoría de ellas, ya que promociona más la apariencia física más que los beneficios para la salud de la dieta y el ejercicio. En el estudio realizado por Holland & Tiggemann (2017) se observó que las mujeres que publican fotos sobre fitspiration obtuvieron una puntuación significativamente más alta en tendencia a la delgadez, bulimia, querer ganar musculatura, y realizar ejercicio compulsivo. El 17,5% de estas mujeres estaban en riesgo para el diagnóstico de un TCA.

Muchas veces estos ideales y conductas son transmitidos por los *influencers*, los cuales se ganan la confianza y la amistad de sus seguidores creando contenidos visuales donde identifican y definen la dieta y el ejercicio como factores para controlar la perfección del cuerpo, mostrando su apariencia física como la clave de la felicidad. Al mismo tiempo, los menores se identifican con los papeles e ideales demostrados por estos, creando una relación de dependencia entre los influencers y sus seguidores (Pilgrim y Bohnet-Joschko, 2019).

Por otro lado, se ha observado que el tiempo de uso es un factor importante en el posible desarrollo de algún TCA, siendo Turner y Lefevre (2017) los que estudiaron este hecho y obtuvieron que un mayor uso de Instagram se asociaba con una ascendente tendencia hacia la ortorexia nerviosa, definida como la obsesión por comer alimentos saludables.

Prevención

La prevención de los TCA se ha vuelto un tema prioritario, tanto por la gravedad que estos trastornos pueden adquirir si se cronifican, como por los gastos de recursos sanitarios y sociales que conllevan. No en vano representan, en cuanto a prevalencia de casos, la tercera enfermedad crónica entre la población femenina en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas.

La alta prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, la edad temprana de aparición, así como la posible aceptación de la sintomatología por los pares sugiere la importancia de la prevención mediante campañas informativas dirigidas a los adolescentes sobre la

aceptación de su propia imagen corporal, los peligros de los vómitos, la utilización de laxantes y diuréticos. Sin embargo, su efectividad no ha podido demostrarse y sigue siendo motivo de controversia si el diagnóstico y tratamiento tempranos o bien las campañas de prevención modifican el curso de la enfermedad.

En un trabajo realizado por Davis (2004), el autor sostiene que los trastornos de la conducta alimentaria son en su totalidad una patología principalmente del sexo femenino y que esto se debe a que las mujeres fueron educadas con la creencia cultural de que el éxito y la felicidad se obtienen con una figura delgada. Según este autor, es este mensaje cultural el que se debe prevenir en la política pública, en las intervenciones psicoterapéuticas y en la conducta del día a día.

Comportamiento alimentario en pacientes con tca

Es bien conocido que los pacientes con Anorexia Nerviosa, en comparación con población sana, tienden a comer significativamente menos calorías mediante la restricción de la ingesta y evitando alimentos densos en calorías. La ingesta de fibra es mayor y no hay consenso en el consumo de cantidad de proteínas e hidratos de carbono. También se ha observado que tienen comportamientos inusuales en la alimentación ya que, suelen comer lento e irregular, elegir comida vegetariana y un estrecho rango de alimentos.

Estas pautas pueden causar un déficit en la ingesta de nutrientes esenciales. Además, pueden persistir durante la recuperación y afectar al resultado del tratamiento. Los pacientes con Trastorno de Atracón, tanto en los atracones como en el resto de comidas, consumen una gran cantidad de calorías. Ingieren mayor cantidad de comida y con mayor contenido graso que los pacientes con Bulimia Nerviosa.

Tratamiento

Al ser la bulimia una enfermedad con varias formas de presentación clínica, con múltiples complicaciones y comorbilidades asociadas, el tratamiento debe tener en cuenta aspectos biológicos y psicosociales. El pediatra puede desempeñar un papel crucial en el diagnóstico y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Silber y D'Angelo (2004) recomiendan un enfoque clínico sistemático que incluye:

- 1) Establecer el grado de gravedad con que se presenta la patología.
- 2) Evaluar y tratar los déficits nutricionales hallados.
- 3) Establecer diagnósticos diferenciales.
- 4) Decidir si es necesaria o no la internación.
- 5) Explicar con lenguaje comprensible al paciente y su familia en qué consiste la enfermedad y su tratamiento.
- 6) Educar al paciente y su familia sobre cómo adoptar hábitos saludables.
- 7) Coordinar un equipo multidisciplinario de tratamiento.

Es importante también reducir la acidez gástrica con bloqueantes H₂ para disminuir el riesgo de esofagitis y derivar a un odontólogo para asegurar la vigilancia y tratamiento odontológico.

El tratamiento de la Bulimia Nerviosa ha sido mucho más extensamente abordado en estudios científicos que en el caso de la Anorexia Nerviosa. De acuerdo a la evidencia, el tratamiento más efectivo para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el mínimo. El uso de manuales de autoayuda para las fases iniciales de tratamiento también ha sido apoyado por los estudios en el área.

El tratamiento psicoterapéutico es importante para lograr la recuperación. El enfoque cognitivo-conductual es el más evaluado y aceptado para el tratamiento de la bulimia (SilberyD'Angelo, 2004). La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la terapia cognitivo-conductual. La terapia basada en la familia no ha tenido resultados tan promisorios en Bulimia Nerviosa como para el tratamiento de Anorexia Nerviosa. Existen dos estudios que han medido la eficacia de este tipo de terapia en comparación con otros tratamientos. Uno de ellos sugiere que la terapia cognitivo-conductual tendría ciertas ventajas en relación a la terapia basada en la familia en la reducción de los costos y rapidez de respuesta. El segundo estudio sugiere que la terapia basada en la familia presenta mejores resultados que la terapia interpersonal (“Trastornos De La Conducta Alimentaria En Adolescentes”,2011).

La combinación de psicoterapia con antidepresivos puede ser el tratamiento más eficaz para superar este trastorno (“Actualización en Trastornos de Conductas Alimentarias, 2021).

Psicoterapia: La TCC se considera el tratamiento de elección, además de tener mejor respuesta que en los pacientes con Anorexia Nerviosa. La TCC implementa una serie de intervenciones cognitivas y conductuales para:

- 1) interrumpir el ciclo conductual auto mantenido de atracones y realización de dietas,
- 2) modificar los pensamientos disfuncionales del individuo: creencias en torno a la comida, el peso, la imagen corporal y el auto concepto general.

•Tratamiento farmacológico: Se ha demostrado que los antidepresivos son útiles para tratar la Bulimia Nerviosa.

Estos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina. En adolescentes con Bulimia Nerviosa, un estudio clínico demostró que la fluoxetina en dosis usadas en adultos (60 mg/día) añadida a la psicoterapia de apoyo, disminuyó significativamente los atracones y purgas, sin embargo, la evidencia es aún limitada (Bermúdez, Chacón y Rojas 2021).

Hospitales de día para el tratamiento de los tca.

Como herramienta, los HD de día para TCA se han vuelto casi imprescindibles en el tratamiento en este tipo de pacientes. Desde sus primeras descripciones (Piran-Toronto/1989 y Gelingholl-Munich/1998) la progresión de su instauración por todo el mundo está resultando exponencial.

De modo muy general, se podría decir que el prototipo de pacientes que podría acceder a este nivel asistencial sería aquél que precisara un abordaje intensivo ante un reciente diagnóstico o ante un fracaso del tratamiento ambulatorio previo, como alternativa a una hospitalización completa o como paso previo a la misma. También, dentro del “care continuum” se puede ofrecer como continuidad del tratamiento tras una estancia hospitalaria, antes de pasar al paciente a la consulta ambulatoria. Dado que el ingreso debe ser siempre voluntario, se requiere un elevado grado de motivación por el paciente y por sus familias, así como una mínima capacidad del paciente para desenvolverse en actividades grupales. Es decir, pacientes suficientemente graves, pero en cierto modo estables dentro de su gravedad médica y psicopatológica para que se pueda trabajar con ellos con suficientes garantías.

Tratamiento Dietético Nutricional en Bulimia Nerviosa

La mayoría de las personas que tienen Bulimia Nerviosa no complicada, no requieren tratamiento hospitalario. Cuando requieren hospitalización, se trata de una admisión para corregir el estado de deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico, conductas suicidas, y, alteraciones psiquiátricas que justifican hospitalización. La terapia cognitiva conductual de Fairburn, es una de las más utilizadas para el tratamiento de la Bulimia nerviosa. Este tratamiento va bien en la mayoría de los casos, sin embargo, debe ser adaptado a la necesidad es de cada paciente de forma individualizada. Además, éste debe acompañarse de la ayuda de un dietista-nutricionista, quien trata de enseñar al paciente a desarrollar un plan controlado y organizado de consumo de alimentos y alimentación (Avellán, Comesaña, Sánchez y Sousa, 2015).

Según la American APA (2015) la actuación nutricional resulta útil y necesario como coadyuvante de otras modalidades terapéuticas ya que minimiza la restricción de alimentos, incrementa la variedad de la comida y fomenta el ejercicio moderado. Entre los objetivos del tratamiento Dietético-Nutricional está disminuir la frecuencia de los atracones, las conductas de purga y las restricciones alimentarias. Así como conseguir que el paciente consuma de forma adecuada, variada y equilibrada, todos los grupos de alimentos y en todas las formas de cocinado.

Además, la normalización y mantenimiento de IMC >18.5 kg/m² y de la masa grasa corporal dentro de valores normales. La educación nutricional es una parte fundamental del tratamiento, ya que contribuirá a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, elimine fobias y recupere un patrón de alimentación normal, favoreciendo de este modo su correcta recuperación nutricional. alimentación (Avellán, Comesaña, Sánchez y Sousa, 2015).

Las recomendaciones nutricionales están orientadas a enseñar al paciente lo que es una dieta equilibrada y adecuada, con una adecuada organización, variedad de alimentos y enseñándoles las cantidades adecuadas. Éstas se deben explicar al paciente durante la primera visita.

1. Se ha de estructurar la alimentación, organizando las ingestas principales y sus horarios. Incorporar un hábito regular de ingesta con 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2-3 tomas intermedias (media mañana y merienda) para evitar largos ayunos que propicien atracones.

2. Se recomienda informar al paciente sobre conceptos como «peso adecuado», «nutrientes», «alimento», «dieta equilibrada», efectos negativos de las conductas compensatorias, raciones, beneficios de eliminar el “picoteo”, etc.

3. Desaconsejar dietas restrictivas, y el uso de productos dietéticos, porque favorecen la ingesta compulsiva.

4. Controlar ritmo de la ingesta (disminuir ritmo).

5. Incluir la mayor variedad de alimentos, dando preferencia a los de mayor poder saciante, reforzando la ingesta de fibra y evitando comidas pobres en grasa.

6. Corregir deficiencias nutricionales.

7. Aconsejar disminuir la frecuencia y cuantía de los atracones para reducir el aporte calórico global.

8. No acudir al baño tras las comidas (1 hora y media).

9. Incluir todos los grupos de alimentos y técnicas alimentarias. Eliminar FoodCraving.

10. Incorporar progresivamente los alimentos considerados «peligrosos» por el paciente de forma que no se provoquen el vómito posterior.

11. Realizar las comidas en el entorno familiar habitual acompañadas de familiares y/o amigos, respetando los gustos y hábitos familiares.

12. Informar al paciente de las posibles molestias digestivas que en principio podría padecer como, distensión abdominal y sensación de plenitud.

13. Intentar que el paciente no elabore las comidas.

14. Evitar pesarse con mucha frecuencia. Se debe informar al paciente que pesarse con regularidad sólo hace que piense más en la comida, en dietas y cómo bajar de peso. De hecho, muchos profesionales recomiendan quitar la báscula de casa alimentación (Avellán, Comesaña, Sánchez y Sousa, 2015).

Se le indica también la estructura de los almuerzos y cenas, los cuales deben constar de un primer plato, segundo plato, un trozo de pan, postre y acompañarlos habitualmente de agua. Además de recomendar la práctica de ejercicio físico regular. Para evitar el atracón existen una serie de medidas de control de estímulos que ayudan al paciente, tales como, no realizar otra actividad (ver la TV, usar el móvil, leer, etc.) durante las comidas; comer siempre en el mismo lugar de la casa; limitar cantidad de los alimentos mientras come; limitar la exposición a comidas “peligrosas” al inicio del tratamiento; planificar la compra y la lista de la compra después de hacer alguna comida; salir a la calle sin dinero.

Todos estos cambios, se deberán realizar por etapas, introduciendo los alimentos y pautas lentamente. Las técnicas conductuales, como las comidas planificadas y auto registros, también contribuyen al control inicial de los síntomas y a la interrupción de atracones y purgas. Así, el

paciente deberá completar un registro dietético semanal, donde especifique las comidas realizadas a lo largo del día, alimentos, cualquier irregularidad alimentaria, así como especificar si se ha llevado a cabo algún método compensatorio. Estos registros se deben revisar semanalmente por los profesionales, especialmente el Dietista Nutricionista, indicándole al paciente los fallos y cómo mejorarlos. Así se consigue realizar un seguimiento de su alimentación (Avellán, Comesaña, Sánchez y Sousa, 2015).

Valoración clínica y nutricional

Realizar un diagnóstico de Bulimia Nerviosa no es tarea fácil, ya que el paciente suele practicar a escondidas el cuadro y puede presentar un peso normal, o incluso sobrepeso u obesidad, siendo más difícil de detectar, y el primer contacto con el profesional sanitario es más tardío que en el caso de la Anorexia Nerviosa. Con frecuencia otros especialistas médicos son los primeros receptores de estos pacientes a los que acuden por presentar diferentes cuadros somáticos inespecíficos, siendo común un relato de debilidad, torpeza, cansancio, menstruación irregular, dolor y distensión abdominal, junto a estreñimiento. Ante ello, pueden ser etiquetados de dolencias inespecíficas, fundamentalmente digestivas, sin concretar el diagnóstico de TCA (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez Matía y Lorea, 2020).

Historia clínica

En primer lugar, se debe comprobar que realmente el paciente presenta un TCA tipo Bulimia Nerviosa o Trastorno por Atracón y diferenciarlo de otros TCA. Tras ganar la confianza del paciente, y si este colabora, se puede realizar el diagnóstico siguiendo los criterios DSM-5, resultando complejo su diferenciación en ocasiones en cuadros borderline o en Anorexia Nerviosa que evolucionan hacia un polo compulsivo-purgativo. La historia debe comprender un apartado evolutivo respecto a su TCA, otro nutricional y, finalmente, uno de organicidad de síntomas (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez Matía y Lorea, 2020).

Historia dirigida al estado nutricional

Tras comprobar que presentan criterios DSM-5 respecto al cuadro de atracón y purga, la historia nutricional debe indagar, conociendo que la presencia de sobrepeso durante la adolescencia es más frecuente en sujetos con Bulimia Nerviosa respecto a Anorexia Nerviosa, en las fluctuaciones del peso previo y posterior a la presencia de Bulimia Nerviosa. Se debe conocer qué tipo de alimentos toman o buscan con preferencia en los episodios de atracones, si estos son frescos, cocinados o crudos, la temperatura de los mismos, el horario, la duración, analizar la presencia o no de despertares nocturnos, y si el atracón es seguido de una comida horaria regular o de evitación de la misma (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez Matía y Lorea, 2020).

También qué tipo de bebida acompaña al atracón, la coexistencia o no de ingesta excesiva de alcohol u otro abuso de sustancias, así como otros datos que permitan cuantificar tanto la energía ingerida en 24 horas (con frecuencia varios miles de Kcal) como la calidad en nutrientes de los alimentos. Como el acto purgativo no elimina en su totalidad las calorías ingeridas durante el atracón, la posibilidad de que el paciente con Bulimia Nerviosa desarrolle un aumento de la grasa corporal y obesidad, sobre todo en el caso del Trastorno por Atracón, no es desdeñable.

¿Por qué es difícil identificar un tca?

Porque los trastornos alimentarios son una enfermedad que podríamos denominar como “invisible” y, al contrario de otras patologías, es ocultada por quien la padece, para ser sobrellevada en la intimidad. Esto hace que sea muy difícil de identificar las señales. Además, el paciente no solo omite estar viviendo con este problema, sino que lo oculta y muy bien (“La Necesidad de Prevenir y Abordar de Forma Temprana los Trastornos de la Alimentación”,2021).

Aun así, es posible identificar algunas señales de alerta, cuando una persona:

- Ha sufrido una pérdida de peso violenta.
- Tiene como tema de conversación recurrente la alimentación y el control de peso.

- Se pesa de manera reiterada.
- Es demasiado cuidadosa con las porciones de alimentos (o es selectiva).

Impacto de la pandemia del SARS-CoV-2 en los pacientes con trastornos de conductas alimentarias

Debido a la pandemia del SARS CoV-2, los pacientes con trastorno de conducta alimentaria hicieron una transición rápida de consultas presenciales a telesalud. Graell et al. (2020), describen en su estudio retrospectivo realizado en Madrid-España, que el 41,9% de niños y adolescentes presentaron un aumento de la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria durante el confinamiento.

Los pacientes con bulimia parecen ser más vulnerables al impacto del confinamiento, con exacerbación de sintomatología y recaídas, así como experimentar discusiones en la familia. Las personas con antecedentes de abuso infantil y estilos de apego inseguro tuvieron más probabilidad de presentar síntomas de Trastorno de estrés post traumático (PTSD). La situación de la COVID-19 presenta un conjunto de circunstancias particularmente desafiantes para el adolescente con un trastorno de conducta alimentaria (Huete, 2022).

La telesalud puede ofrecer habilidades atractivas para conectarse con los pacientes y sus familias. La “coronaphobia” ha influido en la disposición de los pacientes a asistir a las consultas médicas y ha incrementado los síntomas de ansiedad por lo que las redes sociales juegan un papel importante. La tecnología es fundamental para continuar brindando atención continua a los pacientes con TCA y sus familiares en el contexto de COVID-19.

Bulimia: Diagnóstico químico

El análisis del diagnóstico bioquímico de eventuales complicaciones de la bulimia nerviosa, provocadas por los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos. Cuando solo existen episodios

compulsivos de sobrealimentación, vamos a encontrar un cuadro bioquímico recortado, centrado de anomalías del metabolismo hidrocarbonado. Es un hecho ya demostrado que los pacientes afectados de bulimia presentan una secreción alterada de colescistoquinina ya que es una hormona que forma parte del mecanismo fisiológico generado de la saciedad.

Educación Nutricional En Bulimia Nerviosa

En los pacientes con Bulimia Nerviosa, el comportamiento alimentario está categorizado por episodios de atracón y purga. Su comportamiento suele ser impredecible y caótico, sin embargo, suelen seleccionar alimentos altamente energéticos y palatables en comparación a lo que suele observarse en la Anorexia Nerviosa. Esta selección suele realizarse fundamentalmente durante los episodios de atracón, donde la elección se centra en alimentos ricos en grasa y en carbohidratos. Este comportamiento se alterna con otros como el de saltarse comidas, la evitación de ciertos alimentos y la restricción calórica. También suelen realizar un número menor de comidas al día, comer más deprisa y realizar una mayor restricción alimentaria cuando se los compara con pacientes con Trastorno por Atracón o con el grupo control (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez, Matías y Loria, 2020).

La alteración en la percepción del hambre-saciedad es común en estos pacientes. Así, se han descrito menores escalas de saciedad a los 5 o 45 minutos post ingesta en relación a los controles. Por ello, la cantidad de alimento consumida no guardaría relación con la sensación de saciedad percibida por estos pacientes. Finalmente, respecto al estado nutricional de los pacientes con Bulimia Nerviosa, se ha reportado que no difiere de los sujetos controles, aunque, en otros casos, se ha observado un ligero sobrepeso. Teniendo en cuenta las características tanto del comportamiento alimentario como del estado nutricional de estos pacientes.

El primer paso será conseguir una razonable organización de las comidas de forma individualizada. Al principio será suficiente con marcar tiempos y horarios, evitando en todo caso

periodos largos de ayuno. Llevar un auto registro alimentario puede resultar de gran utilidad como forma de autocontrol, registrando la sensación de hambre-apetito en cada ingesta. Por un lado, puede inducir al orden y a la reflexión y, por otro, permitirá evaluar la progresión del paciente en sus comportamientos alimentarios durante su seguimiento (Gómez, Palma, Mijan, Rodríguez, Matías y Loria, 2020).

Esto le permite al paciente identificar las diferencias entre ambas sensaciones que, a menudo, le resultan indistinguibles, y reconocer mejor los factores que desencadenan una ingesta normal o el atracón. En una etapa posterior se trabajará sobre la calidad de los alimentos, siempre con cambios pequeños y graduales, priorizando la incorporación de los alimentos más saludables.

La etapa final será la cuantitativa, que, tras haber conseguido un orden y una selección correcta de los alimentos, permitirá que cubran correctamente las necesidades nutricionales para alcanzar el equilibrio nutricional buscado. Cada paciente necesita una pauta terapéutica diferente y avanza a una velocidad independiente del resto, de modo que todos los cambios que proponga el DN deben ser progresivos y adaptados al diagnóstico de cada uno. Cuando se pretenden modificar comportamientos es importante saber usar técnicas de consejo, mostrarse comprensivo y entender el “estado cognitivo” en el que se encuentran los pacientes. Hay que tener en cuenta que si hacemos EN en niños podemos evitar la aparición de conductas erróneas que puedan desembocar en un TCA, ayudando a prevenir estos trastornos. Los programas de la infancia muestran una mejora en sus hábitos alimentarios, o por lo menos, en sus conocimientos sobre alimentación (Martínez, 2015).

Durante las épocas de gran desorden alimentario es conveniente recomendar suspender la compra y el consumo de aquellos alimentos que propician el descontrol por parte del paciente, para luego reincorporarlos en una etapa de mayor estabilidad, en cantidades controladas (un helado, un bollo, dos onzas de chocolate) y en presencia de compañía. Se les puede recomendar, por ejemplo, una merienda especial en familia o una comida fuera de casa.

Es necesario orientar a las familias para que contribuyan a evitar la compra de esos alimentos, recalcando que la situación será transitoria y ayudará al paciente a controlar mejor en un momento de "caos alimentario". La preocupación por la alimentación familiar adquiere matices importantes al considerar que la familia es el primer grupo donde el individuo aprende a comer, siendo la base para la formación de los hábitos alimentarios, que se ven influidos por la persona que prepara el alimento, la disponibilidad de alimento, preferencias, usos y costumbres que rodean la conducta alimentaria, sobretodo en los primeros años (Ruiz, Vazquez, Mancilla, Viladrich y Halley,2013).

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

Enfoque de estudio.

El enfoque de esta investigación fue de tipo cuantitativo con el fin de obtener resultados y de igual manera analizarlos para obtener una muestra clara de la intervención efectuada, ya que este enfoque de investigación permite cuantificar la recopilación de datos, comprender frecuencias, correlaciones, entender relaciones de causa efecto y probar teorías e hipótesis mediante análisis estadístico.

Tipo de estudio

El estudio fue de diseño tipo descriptivo, observacional y longitudinal, para poder identificar cuáles son los factores que los adolescentes tienen para estar en riesgo de padecer trastornos alimentarios, puesto que este tipo de investigación se encarga de puntualizar las características o fenómeno de la población que se está estudiando. El alcance de la investigación descriptiva es delinear la situación que se presente, tratando de especificar y detallar cada una de ellas, por lo cual se recoge la información de manera conjunta y se muestra con precisión la dimensión que se tenga de la población en específico, siendo capaces de visualizar y definir la situación a intervenir. Mientras que el alcance observacional permite la observación directa de los fenómenos en su entorno natural, a través del cual se pudieron identificar comportamientos de los participantes en su día a día, recopilando así datos sobre su actuar en diferentes situaciones y los elementos que afectaban e impactaban en sus acciones. Así mismo es de tipo longitudinal ya que se estudió una población a lo largo de un periodo de tiempo, dándole seguimiento a los participantes, lo que permitió recolectar información estadística pre y post intervención, estudiando así el fenómeno a lo largo de un periodo establecido.

Población

La población objetivo estuvo conformada por estudiantes jóvenes de 15 a 18 años de edad de preparatoria en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Muestra

Para el siguiente estudio se consideraron a 150 alumnos hombres y mujeres de 4° semestre de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico de conveniencia, en función a la disponibilidad de la muestra seleccionada.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión.

Adolescentes en general de 15 a 18 años de ambos sexos que cursaban el 4° semestre en la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, que aceptaron participar en el estudio (no excluyendo a personas con discapacidades o alguna enfermedad).

Criterios de exclusión.

Personas menores de 15 años y mayores de 18 años que cursaban semestres distintos a los establecidos en los criterios de inclusión en la escuela antes mencionada.

Adolescentes que no aceptaron participar en la investigación.

Criterios de eliminación.

Adolescentes que por diversas razones se ausentaron de clases durante el desarrollo de la investigación, así como aquellos que contestaron erróneamente el cuestionario.

Criterios de ética.

Consentimiento informado de manera verbal, confidencialidad y protección de la identidad e información de las personas participantes de la investigación, cuyo resultado son de uso exclusivo para el presente estudio.

Variables

Variables independientes: Dieta y factores emocionales

Variables dependientes: Los trastornos de la conducta alimentaria.

Variables intervinientes: Orientación nutricional

Variables cualitativas: Sexo, red social, hábitos alimenticios e ingresos económicos.

Variables cuantitativas: Peso y edad.

Instrumentos de medición o recolección

Para la realización del estudio se acudió a la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado y se solicitó autorización para realizar el estudio. De igual manera se eligió al grupo de adolescentes a estudiar, para quienes se diseñó una encuesta específica que permitiera obtener la información para el alcance de los objetivos de la investigación y que a continuación se describe:

Cuestionario.

El cuestionario estuvo conformado por 40 preguntas, seleccionando 6 opciones para responder los reactivos, la primera opción es: nunca, la segunda casi nunca, la tercera, algunas veces, la tercera bastantes veces, casi siempre y la última siempre. Para obtener los resultados se aplicó el cuestionario

E.A.T.-40, el cual estuvo dividido en ítems, dirigido en seis dimensiones: Bulimia, Peso, Alimentación, Ejercicio, Presión social y Factor Psicobiológico. Cabe resaltar, que cada una de las 40 preguntas está adaptada a cada dimensión, realizando un conteo estadístico de fiabilidad con el Alfa de Cronbach, en cual arrojó una puntuación mayor de 0.6, excepto la última dimensión correspondiente al factor psicobiológico, cuya puntuación fue menor; por lo que se descartó un ítems en el género masculino y no hay fiabilidad en dos preguntas. Es así, como la presentación de los resultados se divide en dos etapas, la primera es correspondiente a los datos obtenidos durante la Pre-intervención, para posteriormente dar a conocer los datos obtenidos post intervención, tras la orientación nutricional. De igual manera los resultados fueron agrupados en tres áreas básicas Bulimia, Imagen corporal y ejercicio (Anexo 1).

Taller de orientación nutricia.

Se conformó con 9 actividades tomando en participación a los alumnos de la antes mencionada preparatoria, desarrollando múltiples aprendizajes esperando sobre el tema a intervenir (Anexo 2).

Análisis estadístico.

La información obtenida durante la investigación fue concentrada en una base de datos y analizada por medio de software SPSS versión 19 y los resultados se expresan en tablas. Se creó en la aplicación de SPSS tablas personalizadas para obtener los resultados llevando a cabo una base de datos al inicio con el fin de llevar un control.

Al crear las tablas utilizamos 3 dimensiones que es la alimentación, el peso y el ejercicio enfocándonos en la edad y el sexo.

Para sacar las tablas se hizo en la aplicación dando la opción de analizar que se encuentra en la parte superior, creando tablas personalizadas y la aplicación nos muestra un apartado donde crea las tablas colocando las dimensiones en columnas y filas, en el cual para hacer las tablas se toma

como opción la dimensión de alimentación, la edad y el sexo y automáticamente la aplicación nos arroja el porcentaje y el total de personas que contestaron el cuestionario dándonos así el porcentaje de ello, así sucesivamente tomando en cuenta que nuestra tabla nos dé un porcentaje de 100%, se hicieron 6 tablas en total ya que se realizó una pre y post aplicación de cuestionario con nuestra población estudiada en la que nos guiamos para saber si hubo cambios en nuestro estudio en los datos que nos arrojó el SPSS.

PRESENTACION, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

En el siguiente apartado se muestran los resultados y análisis de la intervención que se realizó a 122 alumnos, entre 15 a 19 años, de ambos sexos, de 4° semestre de la Escuela Preparatoria Núm.1 del Estado Turno Matutino, ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; para detectar a los alumnos en riesgo de padecer el trastorno de la conducta alimentaria conocido como bulimia. Es así como a la par se dan a conocer los resultados pre y post intervención de orientación nutricional, tras la aplicación de cuestionario a la muestra seleccionada. Estos resultados plasman los diversos actores estudiados en el tema del desarrollo de la bulimia en adolescentes

Pre-intervencion, con respecto a la dimensión de alimentación, se registró una prevalencia en el género masculino en la edad correspondiente a los 15 años, seguido por la población femenina en una población de 17 años, siendo la población masculina de 19 años estudiada la que registró el menor porcentaje (Tabla 1).

Tabla 1

Factor relacionado con la alimentación.

Edad	Factor	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Total Personas	Porcentajes	Total Personas	Porcentajes
15	Alimentación	0	0	1	2.0
16	Alimentación	58	79.5	30	61.2
17	Alimentación	12	16.4	16	32.7
18	Alimentación	3	4.1	1	2.0
19	Alimentación	0	0	1	2.0

Fuente: Autoría propia

Post-Intervención, Comparando los porcentajes anteriores con los actuales hay una diferencia en donde en el sexo femenino aumenta su porcentaje en las edades de 17 a 18 años, de igual manera en el sexo masculino en las edades de 16 a 19 años por lo tanto hay un incremento de personas que se siguen preocupando por su alimentación (Tabla 4).

Tabla 4

Factor relacionado con la alimentación

Edad	Factor	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Total personas	Porcentajes	Total Personas	Porcentajes
16	Alimentación	57	79.2	26	65.0
17	Alimentación	12	16.7	13	32.5
18	Alimentación	3	4.2	0	0
19	Alimentación	0	0	1	2.5

Fuente: Autoría propia

Pre-intervención Los resultados comparados con el estudio de Riofrio (2015), realizado en la Institución Beatriz Cueva de Ayora de la ciudad de Loja, Ecuador y donde se estudió una muestra de 300 estudiantes, marca que hay un porcentaje muy bajo que se preocupa por la comida, por lo tanto, hay una diferencia muy alta en género femenino del estudio en esta dimensión de alimentación, obteniendo una comparación con la de los hombres.

Al hablar sobre la preocupación al ganar grasa, se observó un predominio de caso en alumnas mujeres de 16 años, mientras que el menor porcentaje se registró en la población de hombres de entre 15, 18 y 19 años (Tabla 2).

Tabla 2

Factor relacionado con la Imagen corporal.

Edad	Factor	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Total Personas	Porcentajes	Total Personas	Porcentajes
15	Peso	0	0	1	2.0
16	Peso	58	79.5	30	61.2
17	Peso	12	16.4	16	32.7
18	Peso	3	4.1	1	2.0
19	Peso	0	0	1	2.0

Fuente: Autoría propia

Post-Intervención al comparar los resultados con la pre y post aplicación hay una disminución en el sexo femenino en la edad de 16 a 18 años que se han dejado de preocupar por la apariencia física, de lo contrario en el sexo masculino hubo un aumento en la edad de 16 a 19 años y hubo una reducción en la edad de 17 años en la que los jóvenes se han preocupado por la imagen corporal (Tabla 5).

Tabla 5

Factor relacionado con la imagen corporal

		Sexo			
		Femenino		Masculino	
	Factor	Total		Total	
		Personas	Porcentajes	Personas	Porcentajes
	Edad				
16	Peso	57	79.2	26	65.0
17	Peso	12	16.7	13	32.5
18	Peso	3	4.2	0	0
19	Peso	0	0	1	2.5

Fuente: Autoría propia

Pre-intervención Al comparar los resultados del presente estudio que se realizó en adolescentes de la I.S.T.E de la ciudad de Loja (Riofrio,2015), se observa un porcentaje bajo del 31 % comparando los datos arrojados con una media alta, marcando así una diferencia con los datos obtenidos en esta investigación donde se superó el 79.5% en la población femenina, quienes regularmente mostraron preocupación por su imagen corporal y autoestima.

En el caso de la obsesión de quema de calorías durante el ejercicio, se distingue una mayoría en el sexo femenino del rango de edad de 16 años, mientras que en el sexo masculino es la minoría con la diferencia de la edad que es de 18 años, esto indica que las mujeres se preocupan más por el conteo de calorías ingeridas (Tabla 3).

Tabla 3

Factor relacionado con el Ejercicio.

Edad	Factor	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Total Personas	Porcentajes	Total personas	Porcentaje
15	Ejercicio	0	0	1	2.0
16	Ejercicio	58	79.5	30	61.2
17	Ejercicio	12	16.4	16	32.7
18	Ejercicio	3	4.1	1	2.0
19	Ejercicio	0	0	1	2.0

Fuente: Autoría propia

Post-intervencion Por lo tanto, en la última tabla de dimensión del ejercicio se logró obtener que en el sexo femenino en la edad de 16 y 18 años hubo un porcentaje menor que en el del inicio de 78.6 % y 4.0 %, por otro lado, los masculinos tienen un 64.8 % que es un porcentaje menor que el de la primera aplicación, aumentando en la edad de 17 años la preocupación del conteo de calorías y del ejercicio excesivo reduciéndose a la edad de 19 años y manteniéndose (Tabla 6).

Edad	Factor	Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Total Personas	Porcentajes	Total Personas	Porcentajes
16	Ejercicio	57	79.2	26	65.0
17	Ejercicio	12	16.7	13	32.5
18	Ejercicio	3	4.2	0	0
19	Ejercicio	0	0	1	2.5

Fuente: Autoría propia

Al realizar el comparativo de este estudio con el del estudio I.S.T.E de la ciudad Loja (Riofrio, 2015) se puede observar una diferencia amplia, ya que mientras en el estudio realizado por Riofrio

el porcentaje sobresaliente llegó al 52 %, en la dimensión de ejercicio como factor de riesgo para sufrir un TCA, en el presente estudio se alcanzó el 79.5%.

CONCLUSIÓN

Durante la investigación realizada con los alumnos del 4° semestre de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con un rango de edad de 15 a 18 años de ambos sexos, mediante un cuestionario que se aplicó en dicho semestre, se detectó en cada factor de riesgo que, en su mayoría el género femenino muestra que es más propensos a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

A través del estudio se determinó que la población estudiada se muestra afectada en su mayoría en mujeres, ya que se ven reflejados con mayor énfasis en porcentajes los factores sociales como: la importancia de la imagen corporal y la realización de ejercicio, de igual manera destaca el factor fisiológico con signos típicos de la bulimia nerviosa como el vómito, uso de laxantes y atracones, causantes de trastornos de la conducta alimentaria, elementos que obtuvieron altos porcentajes en la aplicación del cuestionario de prácticas usuales en pacientes con TCA.

En definitiva, los objetivos fueron alcanzados, puesto como se mencionó anteriormente se lograron identificar los factores de riesgo para poder desarrollar un TCA, de igual manera promoviendo buenos hábitos alimenticios en la que se mencionó el tema como las guías alimentarias de diferentes países, realizando un taller en la que los alumnos crearon a su perspectiva una guía alimentaria, logrando así avanzar con pequeños pero significativos pasos a la prevención de la presencia de TCA, con la impartición de información y conocimiento con respecto al tema, despertando así el interés de cada uno de los alumnos de las diferentes culturas alimentarias y de cómo se deben de consumir adecuadamente los alimentos para obtener así un buen hábito alimenticio. Sin embargo, es necesario enfatizar que para lograr mayores resultados en la prevención y detección de estos trastornos se requiere de una orientación y educación constante, impartida por un grupo multidisciplinario de especialistas tales como psicólogos, médicos y nutriólogos.

Por otro lado, las pláticas hacia los padres de familia el objetivo no fue alcanzado por motivos de poca accesibilidad con el director de la Escuela Preparatoria Num.1 del Estado y no dar espacio por actividades ajenas fuera de las actividades planeadas.

El trabajo del nutriólogo en los trastornos de la conducta alimentaria no se limita a proporcionar pautas dietéticas, sino que implica una colaboración multidisciplinaria con psicólogos y terapeutas. Juntos se trabaja para ayudar a los pacientes a reconectar con una relación saludable con la comida y con ellos mismos. El nutriólogo no solo brinda orientación sobre la nutrición adecuada, sino que también desempeña un papel crucial al abordar las relaciones disfuncionales con la comida.

PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Al término de la presente investigación se plantean las siguientes recomendaciones.

Al jefe de Departamento de Orientación Educativa:

- Realizar pláticas constantes a los alumnos, maestros orientadores, administrativos y padres de familia cada semestre, reforzando así el conocimiento adecuado sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
- Fomentar más actividades sobre el TCA e incorporar a los alumnos en eventos diversos como feria de la salud, exposiciones sobre temas de la misma que participe la escuela.

A los padres de familia:

- Fomentar la comunicación y convivencia familiar, reforzando la seguridad como el autoconcepto y autoestima entre los miembros de la familia.
- Monitorear con mayor frecuencia las actividades que sus hijos realizan en sus diferentes arras de la vida cotidiana (amistades, el uso de tecnologías, escuelas, entre otros).
- Monitorear la alimentación que llevan a cabo diariamente sus hijos, garantizando el consumo de todos los grupos de alimentos que complementan el plato del buen comer.

A los alumnos:

- Acudir a un personal de salud psicológico para intervención inmediata y llevar tratamiento adecuado para un trastorno de la alimentación, acompañado de orientación nutricional.

GLOSARIO

ATRACONES: acción y efecto de atracar (comer y beber con exceso) (Diccionario de la Lengua Española,2022).

BULIMIA: perturbación del apetito que implica un hambre excesiva e insaciable y una consumición exagerada de alimentos (Diccionario de las Ciencias de la Educación,1995, p.203).

DENSITOMETRÍA: aplicación de la densitometría para determinar el contenido de calcio en los huesos (Diccionario Real Academia Española,2023).

DEPRESIÓN: síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos (Diccionario de la Real Academia Española,2023).

EMESIS: vómito (acción de vomitar) (Asociación de academias de la lengua española, 2022).

ENEMAS: inyección de una masa líquida en la cavidad rectal, a través del orificio del ano con fines laxantes terapéuticos o diagnósticos. p.387

ESOFAGITIS: inflamación del esófago (Diccionario Enciclopédico,2009, p. 409).

ETIOPATOGENIA: estudio de las causas y las condiciones en que surge y se desarrolla una enfermedad en un organismo (Diccionario del español de México, 2023).

HEDONISMO: doctrina que proclama el placer como fin supremo de la vida (Diccionario de la Lengua Española,2001).

HIDROELECTROLÍTICO: Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta. (Instituto Mexicano del Seguro Social,2023).

HIPERFAGIA: ingestión frecuente de alimentos en cantidades excesivas (Academia Nacional de Medicina de Colombia,2013).

HIPERTROFIA: crecimiento anormal del tejido de un órgano (Diccionario Enciclopédico,2009, p.523)

HIPOCALEMIA: insuficiencia del nivel de potasio en la sangre (Diccionario Enciclopedico,2009 p.523).

HIPOCLOREMIA: nivel de cloro en la sangre inferior al normal (Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra,2010).

HIPOPOTASEMIA: deficiencia o falta de potasio (Diccionario del español de México, 2023).

INANICIÓN: proceso causado por la falta de alimentación durante un largo periodo de tiempo (Enciclopedia de la salud familiar,1992, p.668).

LAXANTES: medicamento que sirve para facilitar la evacuación del vientre (Diccionario de la Real Academia Española,2023).

LEUCOPENIA: disminución del número de glóbulos blancos en la sangre (Diccionario Enciclopedico,2009 p.608).

SACIEDAD: estado de satisfecho o de harto (Diccionario Enciclopedico,2009 p,902).

VIGOREXIA: trastorno del comportamiento que se caracteriza por la obsesión de conseguir un cuerpo musculoso (Diccionario Enciclopedico,2009, p,1037).

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
Y ARTES DE CHIAPAS



E.A.T.-40

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Puntuación:

Marca con una **X** tu respuesta.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuo no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						

15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incomómodo/a después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Fuente: Garner, D.M. y Garnafike, P.E, 1979.

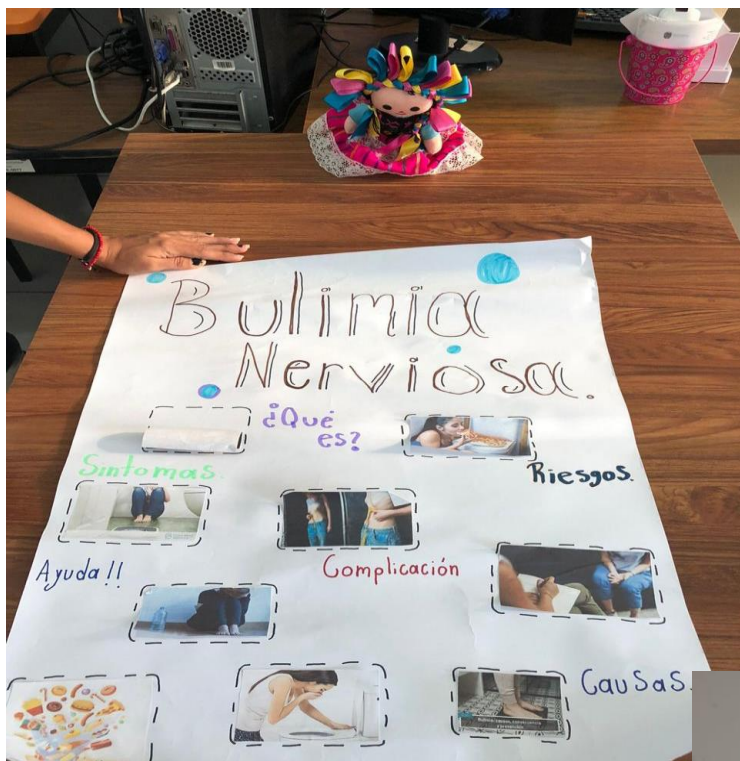
ANEXO 2. TALLER

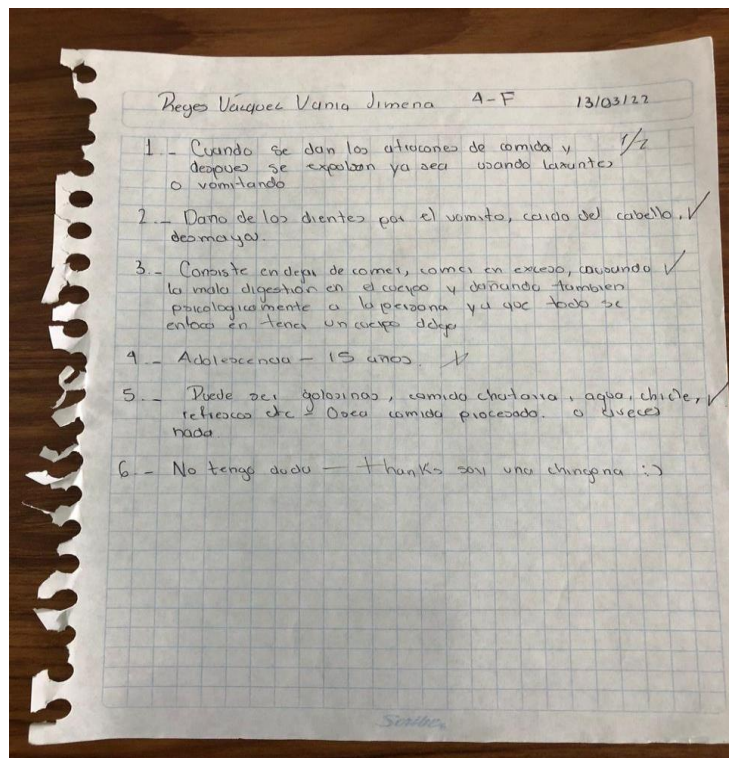
Tema: Qué es un TCA, bulimia, hábitos alimenticios, factor social, factor familiar y consecuencias.

Actividad: Exposición

Fecha: 22,23 y 24 de febrero

Tiempo: 50 minutos

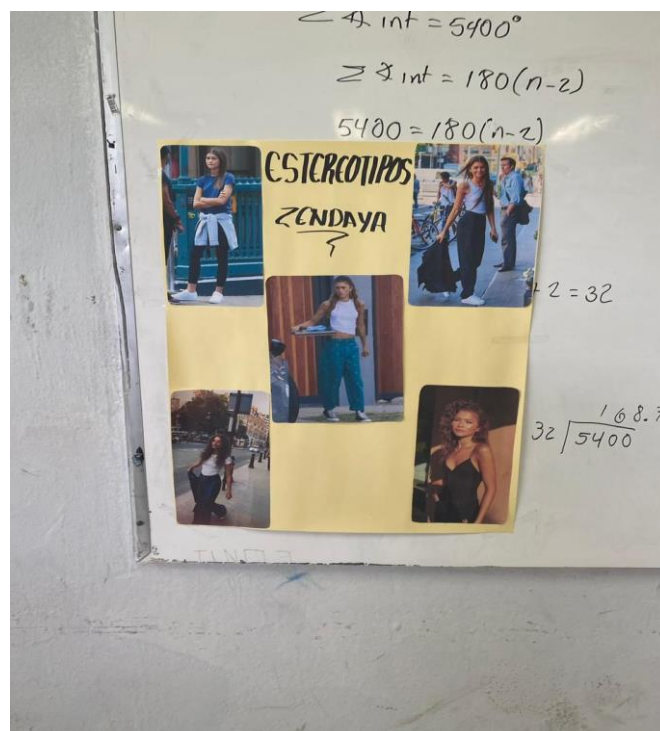
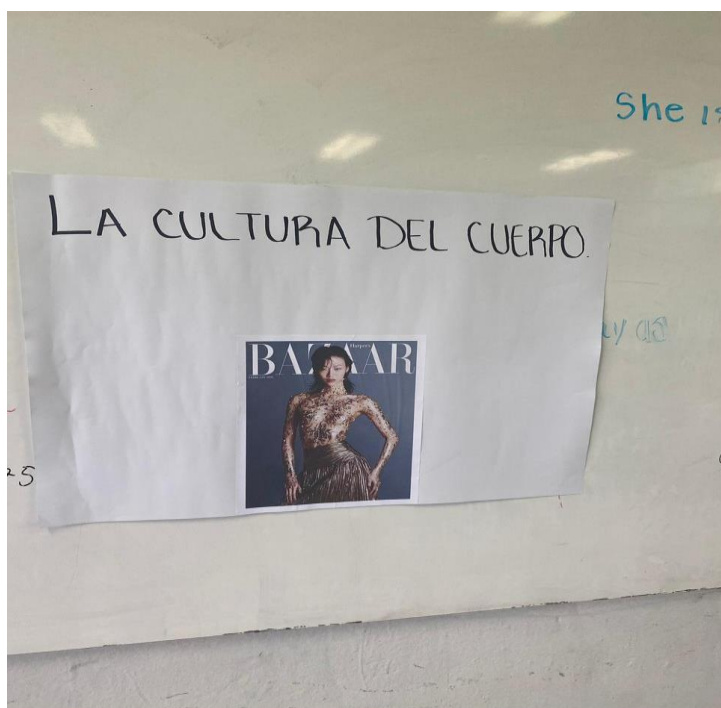




Tema: Dinámica sobre la imagen corporal.
 Actividad: Debates y exposición frente al grupo
 Fecha: 19,20,21 de abril
 Tiempo: 50 minutos



Tema: Imagen de publicidad con crítica
 Actividad: Exposición con carteles frente al grupo
 Fecha: 29 de mayo al 02 de junio
 Tiempo: 50 minutos

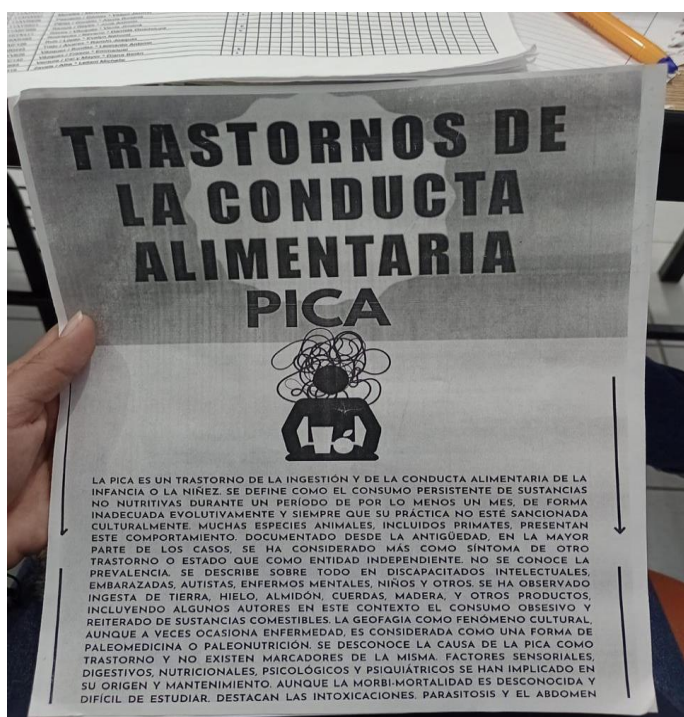
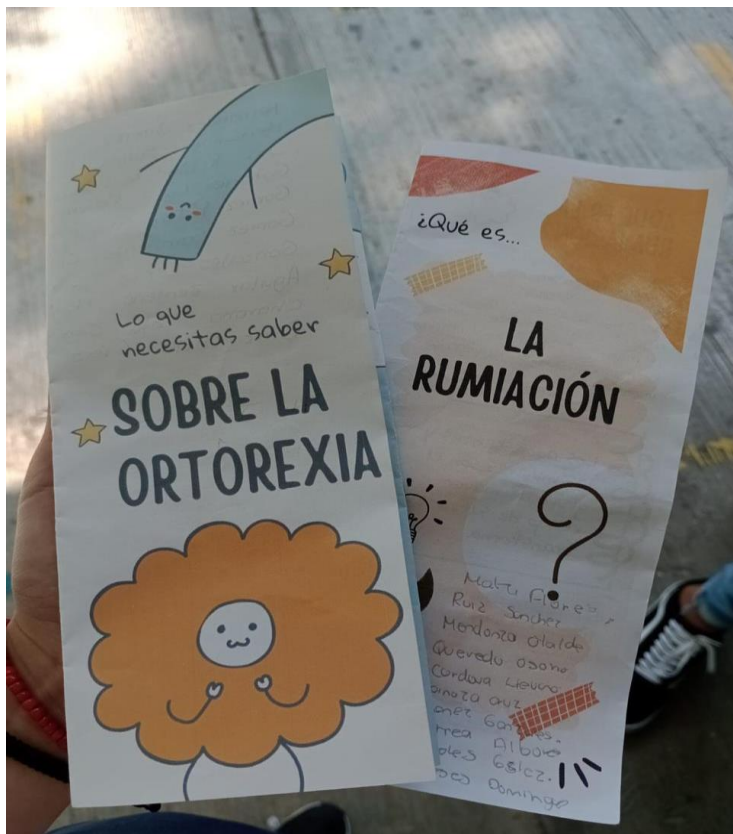
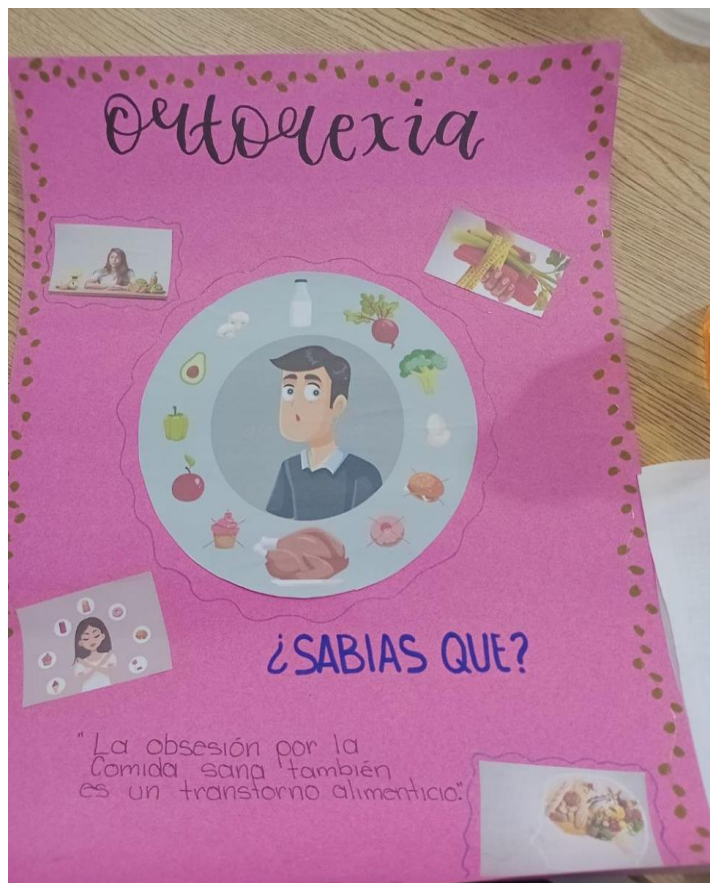


Tema: Diseño de publicidad de los diferentes TCA

Actividad: Hacer disimulación para prevención del TCA en carteles, folletos y trípticos

Fecha: 16, 19 y 20 de junio

Tiempo: 50 minutos

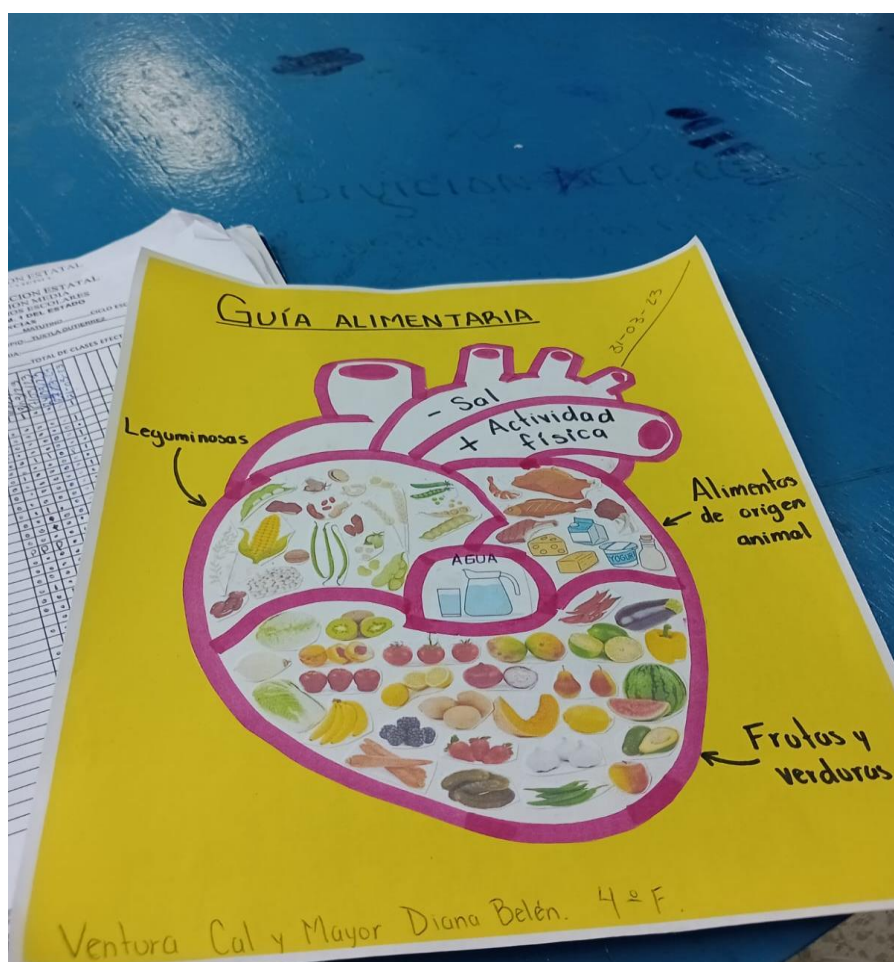


Tema: Guía alimentaria

Actividad: Diseñar una guía alimentaria con los diferentes grupos de alimentos

Fecha: 2 al 06 de octubre

Tiempo: 50 minutos



ANEXO 3. PLANEACION DE CLASES

UNICACH FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN				
FECHA	TEMA	TIEMPO	ACTIVIDAD	MATERIALES
9, 10 y 13 de febrero.	Elaboración de test de actitudes alimentarias (EAT-40)	4ºI y J 7-7:50 am 4ºH 7:50-8:40am 4ºF- 12:30-1:20 pm	Los alumnos realizaran el respectivo test conforme a su perspectiva de sus actitudes alimentarias.	Fotocopias
15, 16 Y 17 de febrero	Presentación de tema de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	4ºH y I 7:00-10:50. 4ºF y J 7:00-7:50 10:50-11:40.	Introducción frente a grupo	Plumones, lapiceros y libreta.
22, 23 y 24 de Febrero.	Exposición de alumnos referente a lo que es un TCA, Bulimia, Hábitos alimenticios, Factor social, factor familiar y consecuencias.	4ºH y J 7:00-10:50 4ºI 7:00-7:50 4ºF 10:50-11:40	Los temas son sorteados para elaboración de carteles compartir información sobre el tema.	Papel bond, papel crepe, plumones, hojas de colores.
19,20,21 de abril	Dinámica sobre la imagen corporal	4ºH 7:00-7:50 4ºI 10:00-10:50 4ºJ 7:00-7:50 4ºF 10:50-11:40	Exposición y debate en salón de clases.	Cartulina, imágenes y plumones.
15-19 de mayo	Mitos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	4ºF,H,I y J 7:00-13:20	Debate en hora de clases sobre los diferentes mitos que existen e identificar.	Cuaderno y lapicero e internet.
29-02 de junio	Actividad sobre Imagen de publicidad con crítica	4ºF,H,I y J 7:00-13:20	Los alumnos deben de identificar y criticar los anuncios publicitarios relacionado con el TCA.	Imágenes, tijeras, plumones y lápiz.
16,19 y 20 de Junio	Diseño de publicidad sobre diferentes trastornos de la conducta alimentaria (Rumiación, Pica, Vigorexia, Ortorexia y Manorexia)	4ºF,J y H 7:00-11:40	Se reparten los temas por equipos para su exposición haciendo una disimulación para su prevención de los diferentes trastornos en clases .	Papel opalina, hojas tamaño carta papel bond, imágenes y tijeras.
26-30 de junio	Analizamos lo que comemos	4ºF,J,I y H 7:00-13:20	Identificar los diferentes alimentos que se consumen en el salón de clase buenos y malos.	Imágenes, plumones y cinta adhesiva
10-14 de julio	Tabulación de datos de la primera aplicación de cuestionario E.A.T-40	4ºF,J,I y H 7:00-13:20	Tabulación de los datos que se obtuvo por medio de la aplicación del cuestionario a los 4 grupos.	Laptop
28 de agosto a 8 de septiembre	Segunda aplicación del cuestionario	4ºF,J,I y H 7:00-13:20	Aplicar cuestionario por segunda ocasión a los alumnos .	Laptop o celular e internet
2-6 de octubre	Guía Alimentaria	4ºF,J,I y H 7:00-13:20	Los alumnos deben de inventar una guía alimentaria con los diferentes grupos de alimentos.	Lápiz, borrador, colores, hojas blancas y plumones.

Fuente: Autoría Propia,2023.

Anexo 4. Prevención de la Bulimia en Adolescentes de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado.

INTRODUCCIÓN

El programa fue aplicado a adolescentes de 15 a 18 años de ambos sexos que cursaban el 4to semestre en la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a partir del 01 de febrero del 2023 al 31 de enero de 2024 y surge porque la Bulimia no es un problema nuevo en la sociedad ya que se reinicia en edades muy tempranas particularmente en la adolescencia, y que de acuerdo a datos oficiales en los últimos 20 años trastornos alimentarios como la bulimia han aumentado 300 por ciento.

Por ello el propósito del presente trabajo fue desarrollar un programa a base de la prevención de la bulimia en Adolescentes de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado, para poder ampliar la información adecuada a los jóvenes durante el periodo de tiempo que se estableció en la institución que se trabajó y así poder ampliar más los temas con información verídica de la misma.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (2010) en los jóvenes de preparatoria se han detectado conductas de riesgo que pueden derivar el TCA, una de las causas importantes sería por moda, por verse bien estéticamente, dejar de comer y realizar ejercicio excesivamente. La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a nivel mundial se ha duplicado en los últimos 18 años y ha pasado de 3.4% de la población entre 2000 y 2018, según The American Journal of Clinical Nutrition (Asociación TCA Aragón 2020). Por otro lado, Bernal Camarena (2019) destacó que en México hay 22 mil casos anuales de trastornos alimenticios, principalmente en jóvenes de entre 13 y 18 años de edad. Destacan la anorexia nerviosa, la bulimia y comer compulsivamente, que afectan más a las mujeres que a los varones.

Mientras en Chiapas se calcula que las mujeres son más propensas a tener TCA según los datos de la Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019).

OBJETIVO

Diseñar un programa de orientación nutricia dirigido a los alumnos de la Escuela Preparatoria Núm. 1 del Estado Turno Matutino de Tuxtla Gutiérrez, para prevenir los casos de TCA.

METODOLOGIA

El enfoque de esta investigación fue de tipo cuantitativo con el fin de obtener resultados y de igual manera analizarlos para obtener una muestra clara de la intervención efectuada, el estudio fue de diseño tipo descriptivo, observacional y longitudinal, para poder identificar cuáles son los factores que los adolescentes tienen para estar en riesgo de padecer trastornos alimentarios, puesto que este tipo de investigación se encarga de puntualizar las características o fenómeno de la población que se está estudiando.

Recursos

RECURSOS HUMANOS

El investigador que realizará e intervendrá directamente en la elaboración y desarrollo de la presente investigación corresponde a un elemento, el cual forma parte de la Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Dicho investigador integra la primera línea de investigación, siendo:

- Nelly Daniela De La Rosa Velázquez
- Josmar Ortiz De La Rosa

Así contribuye quien participa como director de la investigación y como asesor colaborador la L.C.C Karina Jeanette Toalá Bezares.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICION Y ALIMENTOS

PLANEACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES A USAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
Test de actitudes alimentarias	Identificar a través del test la relación que tienen los alumnos con la comida.	Fotocopias y lapicero	Los alumnos realizaran el respectivo test conforme a su perspectiva de sus actitudes alimentarias.
Exposición de alumnos referente a lo que es un TCA, Bulimia, Hábitos alimenticios, Factor social, Factor familiar y consecuencias.	Dar a conocer el tema, presentando las ideas de los temas establecidos, ofreciendo una fácil comprensión.	Papel bond, papel crepe, plumones y hojas de colores	Los temas son sorteados para elaboración de carteles y compartir la información sobre el tema que les corresponde.
Dinámica sobre la imagen corporal	Promover la autoaceptación y la confianza en uno mismo y reflexionar de manera positiva y compasiva.	Cartulina, imágenes o recortes y plumones	Se expone mediante el grupo y se hace un debate entre todos los participantes.
Mitos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	Educar a los participantes para que reconozcan y desafíen los prejuicios y la falta de comprensión que rodean al TCA.	Cuaderno, lapicero e internet	Debate en hora de clases sobre los diferentes mitos que existe e identificarlos.
Imagen de publicidad con critica	Aprender aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal y proporcionar un modelo estético corporal mas adecuado frente al culto a la delgadez.	Imágenes, tijeras, plumones y lápiz	Los alumnos deben de identificar y criticar los anuncios publicitarios relacionado con el TCA.
Diseño de publicidad sobre diferentes trastornos de la conducta alimentaria (Rumiación, pica, vigorexia, ortorexia y manorexia)	Sensibilizar y educar a los participantes sobre una variedad de trastornos mediante la creación de material publicitarios.	Papel opalina, hojas tamaño carta, papel bond, imágenes y tijeras	Se reparten los temas por equipos para su exposición haciendo una simulación para su prevención de los diferentes trastornos en clases.
Analizamos lo que comemos	Fomentar la conciencia y reflexión sobre los hábitos alimenticios individuales brindando	Imágenes, plumones y cinta adhesiva	Identificar los diferentes alimentos que se consumen en el

	a los participantes la oportunidad de examinar críticamente sus elecciones alimenticias.		salón de clases buenos y malos.
Guía alimentaria	Ensenar como se divide y importancia de los diferentes grupos de alimentos.	Lápiz, borrador, colores, hojas blancas y plumones	Los alumnos deben de inventar una guía alimentaria con los diferentes grupos de alimentos.

ACTIVIDAD: TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS

INSTRUCCIONES

Repartir el test a cada uno de los alumnos en el aula, dando así tiempo suficiente para llenar cada uno de los espacios que se indican en las copias correctamente.

MATERIAL

Fotocopias y lapicero

PROCEDIMIENTO

Fotocopiar el cuestionario E.A.T-40, dando así indicaciones a los alumnos de llenar cada una de las preguntas relacionadas con la comida, emociones e imagen corporal mediante su perspectiva.

OBJETIVO

Identificar a través del test la relación que tienen los alumnos con la comida.

ACTIVIDAD: EXPOSICIÓN DE ALUMNOS REFERENTE A LO QUE ES UN TCA, BULIMIA, HABITOS ALIMENTICIOS, FACTOR SOCIAL, FACTOR FAMILIAR Y CONSECUENCIAS.

INSTRUCCIONES

Los temas son sorteados para elaboración de carteles y compartir la información sobre el tema que les corresponde.

MATERIAL

Papel bond, papel crepe, plumones y hojas de colores

PROCEDIMIENTO

Se reúnen en equipos los alumnos sorteando los temas, en la que nos explicaran detalladamente las consecuencias, los factores que implican los trastornos de la conducta alimentaria.

OBJETIVO

Dar a conocer el tema, presentando las ideas de los temas establecidos, ofreciendo una fácil comprensión.

ACTIVIDAD: DINAMICA SOBRE LA IMAGEN CORPORAL

INSTRUCCIONES

Se expone mediante el grupo y se hace un debate entre todos los participantes y saber su opinión personal de cada uno de los integrantes del grupo.

MATERIAL

Cartulina, imágenes o recortes y plumones

PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Promover la autoaceptación y la confianza en uno mismo y reflexionar de manera positiva y compasiva.

ACTIVIDAD: MITOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).

INSTRUCCIONES

Debate en hora de clases sobre los diferentes mitos que existe e identificarlos.

MATERIAL

Cuaderno, lapicero e internet

PROCEDIMIENTO

Se deja investigación individual en la que deben de investigar en internet sobre los mitos que mas se puntualizan en la sociedad, dando así información verídica y desmintiendo cada una de ellas.

OBJETIVO

Educar a los participantes para que reconozcan y desafíen los prejuicios y la falta de comprensión que rodean al TCA.

ACTIVIDAD: IMAGEN DE PUBLICIDAD CON CRITICA

INSTRUCCIONES

Los alumnos deben de identificar y criticar los anuncios publicitarios relacionado con el TCA.

MATERIAL

Imágenes, tijeras, plumones y lápiz

PROCEDIMIENTO

Se investiga un personaje (caricatura, películas, series, etc.) en equipos, por la cual se dará información del mismo en la que se hará la crítica en grupo de lo que opinan al respecto.

OBJETIVO

Aprender aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal y proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez.

ACTIVIDAD: DISEÑO DE PUBLICIDAD SOBRE DIFERENTES TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (RUMIACION, PICA, VIGOREXIA, ORTOREXIA Y MANOREXIA)

INSTRUCCIONES

Se reparten los temas por equipos para su exposición haciendo una simulación para su prevención de los diferentes trastornos en clases.

MATERIAL

Papel opalina, hojas tamaño carta, papel bond, imágenes y tijeras

PROCEDIMIENTO

Se organizan por equipos en la que se sortean los diferentes tipos de TCA , en la que se investiga todo lo referente del trastorno que les corresponde y después dar una retroalimentación con preguntas al grupo.

OBJETIVO

Sensibilizar y educar a los participantes sobre una variedad de trastornos mediante la creación de material publicitarios.

ACTIVIDAD: ANALIZAMOS LO QUE COMEMOS

INSTRUCCIONES

Identificar los diferentes alimentos que se consumen en el salón de clases buenos y malos.

MATERIAL

Imágenes, plumones y cinta adhesiva

PROCEDIMIENTO

Individualmente se hace una lista referente a la dieta de los alumnos en la escuela y casa, obteniendo así lo que se consume para poder analizar si se tiene una alimentación saludable y concluyendo con una platica de como se puede mejorar la alimentación.

OBJETIVO

Fomentar la conciencia y reflexión sobre los hábitos alimenticios individuales brindando a los participantes la oportunidad de examinar críticamente sus elecciones alimenticias.

ACTIVIDAD: GUÍA ALIMENTARIA

INSTRUCCIONES

Los alumnos deben de inventar una guía alimentaria con los diferentes grupos de alimentos.

MATERIAL

Lápiz, borrador, colores, hojas blancas y plumones

PROCEDIMIENTO

Se les explica que es una guía alimentaria y que lleven una de ejemplo sin repetir, por lo tanto, se les pide a los alumnos que con su creatividad creen uno con los grupos de alimentos que existen en el plato del buen comer.

OBJETIVO

Enseñar como se divide e importancia de los diferentes grupos de alimentos.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Bahamón, M. (2012). Bulimia y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes Escolarizadas De la Ciudad de Pereira, Colombia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 29 (1), 105-122. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21323171007.pdf>
- Bermudez, L., Chacón, L y Rojas, D. (2021). Actualización en Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(8). doi: 10.31434. Recuperado de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753/1368>
- Borda, M., Celemin, A., Palacio, L y Majul, F. (2015). Salud Uninorte. Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia), vol. 31, núm. 1, 2015, pp. 36-52. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81739659005.pdf>
- Calderón, B., Bruna, M., Barrena, C., Orries, G. y Marin, P. (2022). Bulimia Nerviosa y Trastorno Por Atracón. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/bulimia-nerviosa-y-trastorno-por-atracon-articulo-monografico/>
- Cámara de Diputados. (2019). *En Los Últimos 20 Años, Anorexia y Bulimia Crecieron 300 Por Ciento en México*. (2583). Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Octubre/27>

[/2583-En-los-ultimos-20-anos-anorexia-y-bulimia-crecieron-300-por-ciento-en-Mexico](#)

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. (2013). *Diagnóstico sobre la Mujer en México a partir del Ámbito de la Salud*. Recuperado de <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/IgualdaddeGenero/IgualdaddeGeneroenSalud.pdf>

Delgado, M. y De La Hoz, S. (2022). Actualización en el Manejo Nutricional de los Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario. Papel de los Programas de los Hospitales de Día. *Nutr Clin Med*. 16 (1), 16-32. Recuperado de <https://nutricionclinicaenmedicina.com/wp-content/uploads/2022/05/5106.pdf>

De la Luz, M. (2010). ¿Quién Creo la Belleza? La Belleza Desde la Filosofía. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4058/7.pdf>

De Pinillos, M., Ramirez, Laura y Rodriguez, D. (2015). Educación Nutricional en el Proceso de la Confección de una Dieta Por Parte del Paciente Con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 21, 2291-2311.

Franco, K., Martínez, A., Díaz, F., López, A., Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de Riesgo y Sintomatología de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Estudiantes Universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*

Mexican Journal of Eating Disorders. 1,102-111. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741614002.pdf>

Fuertes, J., Pérez, R. y Hernández, A. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. *Elsevier*. 29 (2), 72-77. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>

García, D. (2020). Influencia del Uso de Instagram Sobre la Conducta Alimentaria y Trastornos Emocionales. Revisión Sistemática. *Rev Esp Comun Salud*. 11 (2), 244-254. Recuperado de https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/download/5223/4178/&ved=2ahUKEwjO_dDZ7Yf_AhXNk2oFHc05CBsQFnoECAgQAg&usg=AOvVaw08zr2QTpbXw5W_UsEMt2CI

Gómez, C., Palma, S., Miján, A., Rodríguez, P., Matia, P. y Loria, V. (2020). Consenso Sobre La Evaluación y el Tratamiento Nutricional de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón Y Otros. *Nutr. Hosp.* vol.35 (1). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400003333

Gorab, A. (2018). *Anorexia y Bulimia*. Trastornos de la Conducta Alimentaria. (UNAM). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=970308>

Guadarrama, R.G. y Mendoza, S.A. (2011). Factores de Riesgo de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Estudiantes de Preparatoria: Un Análisis Por Sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16 (1), 125-136. Recuperado de

<https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf&ved=2ahUKEwiT1IXnwaH7AhUuK0QIHXadBdIQFnoECAQQA&usg=AOvVaw0AJ9rzNqoULTghe7zkcCpy>

Huete,M.(2022). Trastorno de Conducta Alimentaria Durante la Pandemia del SARS-CoV-2. *Rev Neuropsiquiatr.* 85 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100066

Landaverde,D. y Valladares,J.(2006). *Relación Entre los Estados de Animo Depresivos y los Trastornos de Alimentación en los Adolescentes Caso Especifico: Imagen Corporal.* (Tesis pregrado). Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwirmP-0p9eFAxWj_8kDHDznC34QFnoECA4QAQ&url=http%3A%2F%2Fbiblioteca.utec.edu.sv%2Fsiab%2Fvirtual%2Ftesis%2F941000448.pdf&usg=AOvVaw2vbFbmv40qJEOtoYM2TW-D&opi=89978449

López,C. y Treasure,J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes. *Rev. Med. Clínic. Condes.* 22(1),85-97. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf

Losada,A. y Lioy B. (2018). *Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa.* (Tesis de pregrado). Recuperado de

https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://pepsic.bvsalud.org/sciel o.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1870-350X2018000100003&ved=2ahUKEwi8ieOg7Yf_AhX2m2oFHY6vDN8QFnoECAcQA g&usg=AOvVaw26Ai0hEvwpGx91X8Wo-VD5

Losada,A.V y Mármol,J. (2013). *Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid:EditorialAcademia Española. Recuperado de <https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/14.pdf&ved=2ahUKEwicurT-q5v7AhXOI2oFHTbXAYoQFnoECAYQAg&usg=AOvVaw1LlntwEbkt9MStv1UbeR1>

Lozano, N.,Bórralo,Á. y Guerra,M. (2022). *Influencia de las Redes Sociales Sobre la Anorexia y la Bulimia en la Adolescentes: Una Revisión Sistemática*. AnSisSanitNavar, 45(2),1-10,doi: 10.23938/ASSN.1009. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/92072/69618>

Mendivil,L.(2011). *La Bulimia y la Influencia del Entorno en la Formación de Hábitos Alimenticios que Transmiten Madres Previamente Bulímicas a Sus Hijos* (Tesis de Pregrado). Recuperado de <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015461/015461.pdf>

Moncayo,M. (2016). Complicaciones Medicas de las Conductas de Purga: Consecuencias de Purga. *Trastorno de la Conducta Alimentaria*,24, 2604-2625. Recuperado de

https://www.google.com/search?q=+Complicaciones+Medicas+de+las+Conductas+de+Purga%3A+Consecuencias+de+Purga+&client=opera-gx&sca_esv=41bad64586a70a72&sca_upv=1&ei=q47FZcL5N4iWkPIP8q6WiA4&ved=0ahUKEwiC_rhm52EAxUIC0QIHXXBeEQ4dUDCBA&uact=5&oq=+Complicaciones+Medicas+de+las+Conductas+de+Purga%3A+Consecuencias+de+Purga+&gs_l=Er_gxnd3Mtd2l6LXNlcnAiSiBDdb21wbGljYWNpb25lcyBNZWRpY2FzIGRIIGxhcyBDdb25kdWN0YXMgZGUGUHVyZ2E6IENvbnNlY3VlbnNpYXMGZGUGUHVyZ2EgSABQAFgAcAB4AJABAjgBAKABAKoBALgBA8gBAPgBAeIDBBgAIEE&scient=gws-wiz-serp

Montoya, M. (2016). Complicaciones Médicas de las Conductas de Purga: Consecuencias en la Alimentación. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjp7NrfpZOEaxVwiO4BHTlqCsAQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6250815.pdf&usg=AOvVaw0aHRGHMJwgNzCY99PBHTmw&opi=89978449>

National Rating Disorders Association. (2012). Consecuencias de Salud de los Trastornos Alimenticios. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>

Nistch, A., Dlugosz, D. y Mehler, P. (2021). Complicaciones Médicas Asociadas a la Bulimia

Nerviosa Como Resultado Directo de Comportamientos de Purga. *Intramed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=98581>

Niño,R. (2011). *Trastornos de la Alimentación y sus Principales Factores*. Recuperado de <https://www.anahuac.mx/mexico/files/investigacion/2011/nov-dic/45.pdf>

Ojeda, A., López, M., Jauregui, I. y Herrero ,G.(2021). Uso de Redes Sociales y Riesgo de Padecer TCA en Jóvenes. *Journal*,6 (10),1289-1307. doi:10.19230/jonnpr.4322.

Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). (s.f). Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf

Rada,S.,Rodriguez,D. y Ardila,I. (2018). *Factores Sociodemograficos Asociados a la Bulimia y a la Anorexia Nerviosa en Adolescentes Entre 13 y 18 Años de Edad de la Institución Educativa “Antonio Nariño” en la Ciudad de Cucuta,2018* (Tesis de Pregrado).
Recuperado de https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://repositorio.udes.edu.co/bitstreams/fb8281b7-36f0-464d-9146-64ec8755de70/download&ved=2ahUKEwishd7D7Yf_AhU7nWoFHYzIC10QFnoECA_YQA&usg=AOvVaw3MPGyOHMOX-SHloJX1mMUN

Riofrio,D.P. (2015). *Aplicación de Test de Actitudes Alimentarias EAT-40 en Adolescentes del I.S.T.E Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja para Determinar Trastorno de la*

Conducta Alimentaria. (Tesis de Posgrado). Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13166/1/EAT-40%20TRANSTORNOS%20DEL%20APETITO.pdf>

Rodriguez,L.,Antolín,L.,Vaz,F.,Gacrcía,M,Esparrago,G. y Ramos,M. (2018). *Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2.* Mérida. Recuperado de https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Educacion%2520para%2520la%2520Salud/Gu%25C3%25ADa%2520Anorexia%2520y%2520Bulimia%252C%2520Extremadura%252C%2520PROT.pdf&ved=2ahUKEwih686N7Yf_AhWGgGoFHSJTDIgQFnoECAIQAg&usq=A0vVaw36gSnXtvDbIeyjTe0BuLzI

Ruiz,A.,Vazquez,R.,Mancilla,J., Viladrich y Halley,M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 4 (1). Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006

Salcedo,C. (2012). *La Adicción por la Delgadez.* Recuperado de https://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/al/cont/tall/tlriid/tlriid3/argumentar_de_mostrar/docs/adiccio_n_por_%20la_delgadez.pdf

Sánchez,A.G.(2019). *Trastorno de la Conducta Alimentaría en Adolescentes: Etiología y Actuación Enfermera.* Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687947/sanchez_garcia_almudenatfg.pdf?sequence=1

Santoncini, C., Gutiérrez, B., De La Rosa, A., Molina, T., Chi, E. M., Castro, F. Y Franco, J. (2010).

Conductas Alimentarias de Riesgo: Prevalencia en Estudiantes Mexicanas De 15 a 19 Años. *Revista de investigación clínica*. 62 (5), 422-432. Recuperado de

<https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf&ved=2ahUKEwjGn6aSnZv7AhVgLkQIHfcMAQAQFnoECAUQA&usg=AOvVaw0TUJFeLjMH1yP7LRcC2oOR>

Suplementos Alimenticios y Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA). (2022)

<https://alimentacionysalud.unam.mx/suplementos-alimenticios-y-trastornos-de-la-conducta-alimenticia-tca/>

Unikel, C. y Caballero, A. (2010). Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de

Psiquiatría. Recuperado de

<https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/guc3ada-tca-mc3a9jico.pdf>

Universidad Autónoma de México (UNAM). (2010). *III Jornadas Sociojurídicas Trastornos de*

la Conducta Alimentaria “Comer o no comer”. Recuperado de

<https://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/cuadernos/Sociologia.pdf>