

FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA EN HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES¹

Karina María Bedoya González & Carolina Ríos Ríos

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de enfermedades psicosomáticas graves, cuyo diagnóstico generalmente se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad; siendo la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa los trastornos más representativos. El presente trabajo expone una revisión bibliográfica realizada en bases de datos durante los últimos 10 años, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Los resultados de la búsqueda bibliográfica identifican la adolescencia como la etapa más vulnerable para el desarrollo de estas enfermedades, con una prevalencia mayor en mujeres y una tendencia al incremento de casos en hombres; los factores de riesgo para su aparición en adolescentes involucran aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos; las manifestaciones clínicas afectan múltiples sistemas del organismo como consecuencia de la malnutrición; por tanto, se les considera heterogéneos y es necesario implementar estrategias de prevención desde etapas tempranas del desarrollo del sujeto.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, adolescencia, factores de riesgo, manifestaciones clínicas.

¹ Trabajo de grado presentado para optar al Título de Especialistas en psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes. Asesora: María Yelitza Betancur Patiño. Pereira, Octubre de 2015.

ABSTRACT

The eating disorder are a group of serious psychosomatic diseases, whose diagnosis is usually made in advanced stages of the disease; It is Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa the most representative disorders. This work presents a bibliography review for the past 10 years, with the aim of identifying risk factors and clinical manifestations of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The results identify adolescence as the most vulnerable stage to the development of these diseases, with a higher prevalence in women and an increasing trend of cases in men; the risk factors for its occurrence in adolescents involving biological, socio-cultural and psychological aspects; the clinical manifestations affecting multiple body systems as a result of malnutrition; therefore, they are considered heterogeneous and is necessary to implement prevention strategies from the early stages of development of the subject.

KEYWORDS: Eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, risk factors, clinical manifestations.

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública debido a que se presentan cada vez a edades más tempranas, aumentando significativamente la incidencia, la gravedad de los síntomas y la resistencia al tratamiento por parte de las personas que lo padecen (Moreno & Ortiz, 2009); afectando así la calidad de vida de los adolescentes, lo que genera una alta comorbilidad psico-social y riesgo temprano de mortalidad (Martinez et al., 2014).

Los TCA se consideran patologías mentales caracterizadas por conductas alteradas en la alimentación, además de una preocupación marcada por la imagen y el peso corporal (Baldares, 2013). Dentro de los TCA más comunes en población adolescente, se encuentran la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). (Jurado et al., 2009).

La AN implica la pérdida intencional de peso mediante una importante restricción en la ingesta de alimentos (Camarillo, Cadaba, Gomez & Munguía, 2013). La BN consiste en ingerir grandes cantidades de alimentos de forma incontrolada durante periodos cortos de tiempo (atracones), lo que suele acompañarse de conductas compensatorias con el fin de evitar la ganancia de peso (Bahamón, 2012).

Las cifras de prevalencia mundial para el desarrollo de AN se encuentran estimadas entre 0.3% al 2.2% por cada 100 adolescentes, con mayor incidencia en la adolescencia media y tardía. Para la BN se identifica una prevalencia aproximada de 0.1% a 2% por cada 100 adolescentes (Mendoza et al., 2014; Portela, Da Costa, Mora, & Raich, 2012). Además, hay un porcentaje mayor de TCA en mujeres que en hombres, con un estimado de 1 hombre por cada 9 mujeres (Pelaez, Labrador, & Raich, 2005).

Es importante resaltar que el origen de los TCA es multifactorial (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro, & Martínez, 2011); específicamente, los factores de riesgo para la AN y la BN evidencian la existencia de causas biológicas, socio-culturales y psicológicas (Portela et al., 2012). En cuanto a las manifestaciones clínicas de la AN y la BN la evidencia científica relaciona aquellas que intervienen desde lo psicológico, cognitivo y complicaciones médicas derivadas de la inanición y las conductas compensatorias inadecuadas, lo que en la mayoría de

casos afecta la funcionalidad, sumado a otros trastornos comórbidos, contribuyendo a un pronóstico desfavorable (Saad et al., 2011).

A pesar de la incidencia que tienen la AN y la BN en población preadolescente y adolescente, en el contexto colombiano las investigaciones sobre el tema son limitadas, siendo más representativos los estudios epidemiológicos, los cuales, contribuyen a hacer visible esta problemática, pero no resultan suficientes para el abordaje de estos trastornos. Además, existe la tendencia a generalizar la AN y BN como patologías propias del género femenino, lo que podría dificultar la detección y derivación de los casos presentados en hombres (Bahamón, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, surge como objetivo del presente artículo, identificar los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa en la etapa de la adolescencia, tanto en el género masculino como en el femenino, con el fin de aportar información pertinente para la detección temprana de dichos trastornos.

MÉTODO

Se revisaron 150 artículos disponibles en las bases de datos Redalyc, Mendeley, Pub Med, Elsevier, Scielo, Dialnet, Psicothema, Science direct, Lilacs, Proquest; abarcando el periodo comprendido desde el año 2005 hasta el 2015. Se tomaron artículos en idioma español e inglés; además, se realizaron fichas por cada artículo, seleccionando la información más importante para dar inicio a la redacción del artículo de revisión bibliográfica.

DELIMITACION CONCEPTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incluyen alteraciones en la ingesta de alimentos, caracterizados por el exceso o la restricción en el consumo de alimentos en respuesta a un impulso psíquico, sin que exista una necesidad de tipo biológica (Mendez, Vázquez, & García, 2008). Estos trastornos suelen estar acompañados por una preocupación excesiva por los alimentos, el peso y la imagen corporal (Murawski, Elizathe, & Rutzstein, 2009). En la actualidad los TCA se encuentran clasificados según el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición, APA, 2013) en: Pica, trastorno de Rumiación, trastorno de la evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Atracones y otros TCA, siendo los más representativos la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

Anorexia Nerviosa.

La palabra anorexia proviene del vocablo griego “anorektous”, en el que “an” implica negación y “orexis” se entiende como apetito, traduciendo “pérdida de apetito”; mientras que el adjetivo “nerviosa” expresa su origen psicológico (Marmo, 2014). La AN se caracteriza por la búsqueda incesante de la delgadez, acompañada por la restricción voluntaria de la alimentación y el miedo intenso a engordar, a pesar del peligro al que se exponen las personas debido al bajo peso (Abbate, Buzzichelli, Marzola, Amianto, & Fassino, 2014).

La AN está asociada también a la distorsión de la imagen corporal, preocupación excesiva por la comida, el peso y la figura, lo que conduce a la evitación de la ingesta de

alimentos y conductas compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de lo que ingieren (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [GGPC], 2009) estas conductas suelen ser el ejercicio excesivo, el vómito inducido y el abuso de laxantes y diuréticos (Camarillo et al., 2013).

Es importante resaltar que la AN suele ser egosintónica, es decir, que la sintomatología se encuentra en armonía con el concepto de sí mismo, lo que conlleva a la negación de síntomas y dificulta la detección y recuperación de estas personas (Wood & Knight, 2015). Además, para establecer el diagnóstico de anorexia el peso debe ser inferior al 85% respecto al recomendado para la edad y la talla (Cucarella, Tortajada, & Moreno, 2012). (Ver Tabla 1)

Bulimia Nerviosa.

De acuerdo con López & Treasure (2011) etimológicamente el vocablo “bulimia” representa tener un “apetito tan grande como el de un buey”; lo que hace referencia a una de las primordiales características de este trastorno: la presencia de “atracones”, los cuales consisten en la ingesta incontrolada de grandes cantidades de alimento en un corto lapso de tiempo y en cantidades superiores a las que la mayoría de personas consumirían en circunstancias semejantes, seguido de sentimientos de culpa, previos a periodos largos de ayuno (Guadarrama & Mendoza, 2011).

Las personas con BN también presentan comportamientos compensatorios inapropiados como vómitos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno y en ocasiones ejercicio excesivo; lo que se presenta alrededor de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, teniendo como finalidad impedir el aumento de peso (Sierra, 2005). Además, este es un trastorno de detección

tardía, puesto que las personas al tener un peso cercano al normal no buscan atención médica, solo lo hacen cuando son sorprendidos con atracones o conductas compensatorias inadecuadas (Cruzat et al., 2010). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios Diagnosticos Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

CRITERIOS	ANOREXIA	BULIMIA
DSM-V	A. Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.	A. Presencia de atracones recurrentes: 1) ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos .
	B. Miedo intenso a ganar peso o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
	C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.	C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren al menos 1 vez a la semana durante tres meses. D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y siluetas corporales.
DSM-IV	A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.	A. la presencia de atracones recurrentes.
	B. Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. CCI reiterada destinada a evitar el aumento de peso.
	C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro, que comporta el bajo peso corporal.	C. repetición de a y b dos veces por semana durante tres meses.
	D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea.	D. autoevaluación supeditada en forma indebida al peso y la silueta.
	(Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).	E. la alteración ocurre solo durante episodios de anorexia nerviosa.
	Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre a atracones o a purgas.	Define dos subtipos según las CCI: purgativo y no purgativo
Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre a atracones o purgas.		

Adaptado de: (López & Treasure, 2011; Acerete, Trabazo, & Ferri, 2013; Genis, Tovilla, & Nicolini, 2013; Kuten, E. 2007).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA

De acuerdo con las investigaciones sobre TCA, dichos trastornos generan un impacto importante en la salud pública, debido al deterioro en el funcionamiento cotidiano, la comorbilidad psiquiátrica, las alteraciones en el crecimiento y desarrollo, lo que afecta la salud física y la calidad de vida, además poseen una de las tasas más altas de mortalidad dentro de los trastornos mentales (Jurado et al, 2009; Portela et al., 2012; Benjet, Méndez, Borges, & Medina-Mora, 2012).

La incidencia de los TCA es mayor en población adolescente (Urzúa, Avendaño, Díaz, & Checura, 2010). En la actualidad, según Barrionuevo (2015) se observan “picos” en dicha población, con mayor incidencia a los 13 años y en menor cantidad a los 17 –18 años; señalando que la BN se manifiesta fundamentalmente entre los 14 a 16 años de edad.

Las cifras internacionales en adolescentes oscilan entre 0,5 y 1% para AN y entre 1-2 y 4% para BN (López, Raimann, & Gaete, 2015). López, Molina, & Rojas (2008) sustentan que los adolescentes Latinoamericanos presentan conductas de dietas similares a los países industrializados como en el caso de Estados Unidos, lugar en el que los TCA poseen alta incidencia y son un problema de salud pública.

En Colombia las cifras de prevalencia señaladas por Ángel, Martínez, & Gómez (2010) de acuerdo con un estudio realizado en población escolar de Bogotá y Sogamoso, son de 0.8% para AN y BN 3.25%, evidenciando una similitud con las cifras de los países desarrollados, sin encontrar diferencias entre estratos socioeconómicos. De la misma forma, Castaño et al. (2012)

afirman que los TCA cobran cada vez mayor importancia en Colombia, con cifras para AN de 0,55% y para BN de 1,2%.

En Tunja (Colombia) un estudio efectuado en adolescentes escolarizados mostró que la BN se presentó en el 13% de los hombres y en el 10 % de las mujeres, en un rango de edad de los 16 a 17 años (Borda, Celemín, Palacio, & Majul, 2015). Un estudio en Bucaramanga permitió identificar una prevalencia para TCA hasta en el 30% de la población adolescente; y en Medellín en una investigación realizada con estudiantes de bachillerato se encontró una prevalencia para AN de 0.8% y BN del 2.3% (Domínguez, 2012).

Prevalencia de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en relación al género.

Según Salas, Hodgson, Figueroa & Urrejola (2011), los datos epidemiológicos de TCA en hombres son escasos, puesto que los estudios en su mayoría se realizan en población femenina; una muestra de ello fue la consideración por mucho tiempo de la amenorrea como un criterio diagnóstico para dichas patologías. Behar, Alviña, González & Rivera (2007), establecen que los TCA afectan entre 90% y 95% de los casos a mujeres y sólo 5% a hombres; en el mismo sentido se encuentra que la prevalencia de AN y BN difiere de acuerdo al sexo; siendo más representativa la AN en mujeres (0,1-2%) que en hombres (0,1-0,9%) y en cuanto a la BN las cifras muestran en mujeres (0,9-4%) y en hombres (0,1-2%) (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010; Negrete, 2015).

Un estudio realizado en Colombia por Gempeler (2006), argumenta que las estadísticas de incidencia para los TCA mostraban una relación de 1 hombre por cada 10 mujeres; sin embargo, estas cifras han cambiado, presentándose relaciones de 5:1 a 2:1, evidenciando un

incremento significativo en población masculina, tal como lo sugieren Salas et al., (2011), quienes estiman que este género representa 1 a 5% de los casos (AN) y 5 a 15% de los casos de (BN), con prevalencias de hasta 6,5% entre los 14 y 15 años.

Algunas investigaciones concluyen que los TCA en hombres y mujeres poseen características similares, considerando que los hallazgos en población femenina pueden ser generalizados a la población masculina, esto debido a que la insatisfacción con la imagen corporal en hombres ha incrementado durante los últimos años de un 15% a un 43%, siendo dichas tasas casi comparables a aquellas encontrados en mujeres (Toro, Nieves, & Borrero, 2010).

En los últimos 20 años el estudio de los TCA en hombres ha recibido mayor consideración, puesto que recientemente se tiene evidencia que estos también se ven influenciados por las expectativas socioculturales acerca de la forma corporal, pues el tener bajo peso genera dificultades en el ajuste social y esto se asocia con la presión social de un cuerpo fornido, lo que se relaciona directamente con masculinidad y poder (Amaya et al., 2013; Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz, & Medina, 2006).

FACTORES DE RIESGO EN LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Los factores de riesgo para la AN y BN están relacionados la biología, la familia, la estructuración de la personalidad, la presión social, las creencias respecto a la imagen corporal, aquellas situaciones trascendentales que afectan a las personas como la separación familiar, ser objeto de burlas, ofensas o agresiones por parte de los amigos, la pérdida de un familiar significativo, entre otras (Morandé, 2011).

Varias investigaciones indican que la adolescencia es la etapa de la vida de mayor riesgo para desarrollar un TCA, debido a que se producen una serie de cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social que pueden generar estrés, poniendo a prueba los recursos que se tienen (Aubalat & Quiles, 2012). Cabe aclarar, que la presencia de un factor de riesgo no sugiere precisamente la aparición de psicopatología, pero debe ser tenido en cuenta por la influencia que puede tener en la salud mental del individuo (Marmo, 2014).

Factores de riesgo biológicos.

Los factores de riesgo biológicos en los TCA implican especialmente la genética y las alteraciones neurobiológicas; en la BN la presencia de susceptibilidad está asociada al cromosoma 10, en la AN, la genética parece explicar entre el 60 y 70% de la vulnerabilidad para este trastorno (Silva, Mesa & Escudero, 2014), así como la influencia del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (FNDC) (Ribasés et al., 2005, citado por Palacios & Palacios, 2006).

Woerwag & Treasure (2008) aseguran que las alteraciones durante el desarrollo en etapas prenatales, perinatales y postnatales, juegan un papel importante en el origen y desarrollo de la AN, especialmente si hay una alimentación inadecuada, alterando tanto el estado nutricional, como la programación del apetito de una persona durante su vida; además refieren una heredabilidad para los TCA de entre el 58% y el 74 %.

Por otro lado, se identifica que la etapa comprendida entre el inicio y la mitad de la adolescencia es considerada como un momento crítico para la predisposición genética a desarrollar un TCA, siendo la etapa media la de mayor riesgo, lo cual es corroborado por

estudios que asocian la etiología genética con la pubertad (Klump, Burt, McGue, & Iacono, 2007), momento en el que además incrementa el índice de masa corporal y el adolescente se preocupa por saber si su cuerpo será demasiado grande o pequeño (Hunot, Vizmanos, Vázquez, & Celis, 2008).

Se reconoce en la patogénesis de la AN y BN que el funcionamiento alterado de la serotonina puede llevar a la desregularización del apetito, el estado anímico y el control de los impulsos en ambos trastornos; específicamente en la BN hay una asociación entre el gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) y la impulsividad por el comer (Kaye, 2008; Wonderlich et al., 2005).

Factores de riesgo Socioculturales.

Dentro de los factores de riesgo socioculturales se encuentra la influencia de los medios de comunicación que promueven el modelo estético corporal delgado, adquiriendo no solo valor cultural, sino también económico, proyectando el consumo hacia el cuerpo, valorado por la imagen atractiva (Salazar, 2008; Amaya et al., 2013); esto genera una gran preocupación por la figura, la imagen corporal, la comida y las dietas, de esta forma, el estilo de vida y la preferencia social por la delgadez afectan la conducta alimentaria (Acosta, Llopis, Gómez, & Pineda, 2005).

Una de las causas del protagonismo de las dietas en la actualidad se debe a la influencia de los estereotipos sociales por la delgadez, asociándola de manera inequívoca con la salud, la belleza y el autocontrol (León, Gómez, & Platas, 2008). Esto se evidencia en un estudio realizado con un grupo de mujeres en edades entre los 16 y 20 años, las cuales reconocen un

cuerpo ideal con base en los patrones establecidos socialmente y no en relación a la salud y bienestar (Rosas, 2015).

De acuerdo con Monferrer (2010) el cuerpo de la mujer está siendo publicitado en diferentes medios de comunicación que traen como propuesta un patrón de belleza difícil de alcanzar; respecto a esto Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, & Suris (2009), argumentan que a pesar de la influencia de los medios en la imagen corporal de las mujeres, es importante aclarar que existe actualmente un aumento en los TCA en varones, lo que puede estar relacionado con la presión mediática sobre el ideal del cuerpo masculino asociado según Vázquez, López, Álvarez, Mancilla & Ruiz (2006) al logro de la musculatura.

De otro lado, las redes sociales tienen entre sus objetivos establecer grupos por sus similitudes, pudiendo convertirse en espacios que permitan la agresión, la descalificación y el ataque sobre la figura corporal, lo cual podría influir para que los adolescentes realicen cambios en su cuerpo con el fin de agradar a quien los rechaza (Sámano, 2013); además, puede llevar al adolescente a realizar comportamientos que más adelante se convertirán en patologías como la anorexia y la bulimia (Lozano, 2014).

Respecto a la influencia de pares, se ha demostrado que es más representativa en mujeres que en hombres, siendo las mujeres víctimas frecuentes de las burlas por el Índice de Masa Corporal (IMC) elevado y presentan mayor probabilidad de desarrollar una insatisfacción corporal; así mismo, las adolescentes que se relacionan con jóvenes mayores quienes tienen un ideal de cuerpo delgado pueden ser más vulnerables e incurrir en comportamientos de imitación

y comparación, considerando estar delgadas para aumentar el interés del sexo opuesto (Mariscal, 2013).

Factores de riesgo familiares.

Entre los factores de riesgo de la AN y la BN, la familia toma gran relevancia, ya que es el foco en el que se establecen las normas, hábitos y costumbres que inciden en el estilo de vida y más aún en las conductas alimentarias (León & Aizpuru, 2010). Las familias han cambiado, en la actualidad predominan las familias desarticuladas y disfuncionales, en las que los modelos comportamentales de los hijos no son dirigidos por los padres y suelen estar delimitados por estereotipos que no se ajustan a la realidad, surgiendo así las conductas alienadas en las que la mayor influencia la establecen los medios de comunicación y el grupo de pares (Lozano, 2014).

De esta forma, las familias de personas con TCA se caracterizan por un deterioro en las relaciones al interior de las mismas, debido a una menor adaptabilidad, afinidad, expresividad e independencia, además de la falta de afectividad, manejo de reglas y ausencia de actividades compartidas (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, & Halley, 2013). Por tanto, la familia puede actuar como factor etiológico, mantenedor o protector, permitiendo el origen de habilidades en los integrantes para equilibrar los factores de riesgo (Ruiz et al., 2010).

Rosas (2015) argumenta que la mayoría de los casos de TCA proviene de familias disfuncionales o familias reconstruidas; además afirma que suelen encontrarse miembros con antecedentes de TCA, sobre todo las madres, quienes presentaron en la juventud bajo peso, uso de dietas y recibían refuerzos positivos por ser delgadas. González, Romero, Rascón & Caballero (2013), relacionan un estudio en el que se encontró que si un hijo padecía AN, en muchos casos

los padres tenían problemas con el peso y con sus hábitos alimenticios. En esta misma línea León & Aizpuru (2010) encontraron que la influencia de la familia es más evidente en padres de hijos diagnosticados con anorexia.

Por otro lado, Behar, Gramegna, & Arancibia (2014) sugieren que los padres con relaciones de apego inseguras y una pobre elaboración psíquica de los eventos emocionales, pueden infundir en sus hijas preocupaciones y conductas relacionadas con la imagen corporal. Asimismo, cuando hay presión de los padres por la falta de apetito de sus hijos o se les persuade constantemente para realizar actividad física buscando quemar calorías, pueden ocasionar hábitos o actitudes alimenticias inadecuadas (Rodríguez et al., 2013)

Ruíz et al. (2013), establecen que las personas con AN perciben a sus familias con dificultades en la comunicación y solución de problemas; los sujetos con BN piensan que sus familias son menos cohesivas, poco flexibles, con problemas de comunicación, expresividad y falta de soporte emocional, además de ser conflictivas, autoritarias y en ocasiones con disciplina inconsistente.

En Colombia un estudio realizado por Borda et al. (2015) en Barranquilla, expone entre las situaciones familiares desencadenantes de bulimia, las dificultades económicas (37.6%), la influencia familiar sobre el aspecto físico (36.2 %), la separación de los padres (30.9 %) y la pérdida de un familiar (28.9 %).

Factores de riesgo psicológicos.

Dentro de los factores de riesgo psicológicos asociados a los TCA, la insatisfacción corporal, las conductas dietantes, la internalización del ideal de delgadez, la baja autoestima, el

perfeccionismo, y la preocupación por el peso son antecedentes importantes (Facchini, 2006). Además, el ideal de belleza genera una presión e interviene en el proceso de integración de la imagen corporal, en la medida en que se asume la delgadez como un valor altamente positivo, sinónimo de éxito y control sobre sí mismo (Salazar, 2008).

La internalización del modelo estético de delgadez se produce a partir de interacciones entre el individuo con los demás y con su propio cuerpo, generando así una brecha entre su autopercepción y el ideal de belleza establecido socialmente, el cual al no ser alcanzado, determinará el grado de insatisfacción que se evidencia en los TCA (Facchini, 2006).

De otro lado, la autoestima se convierte en un sociómetro para medir el grado en que una persona se percibe incluida o excluida de la sociedad, en cuanto tratan de usar estrategias para manejar la impresión que causan en otros, tal como lo indican Moreno & Ortiz (2009), identificando la baja autoestima como uno de los principales síntomas en un TCA, lo cual suele expresarse en inseguridad y falta de aprobación, tomando como sustento la preocupación por el peso y la insatisfacción con la imagen corporal.

Pascual, Etxebarria, Cruz & Echeburúa (2011) mencionan la ansiedad, el estado de ánimo influenciado por la alimentación, el peso, la figura corporal y la poca expresión de emociones ante situaciones ansiógenas, como factores de riesgo para los TCA. Al respecto, Behar (2010) expone la presencia de alexitimia en AN del 56% y en BN de 32%, encontrando que las pacientes con AN experimentaban con desconcierto sus emociones y mostraban incapacidad para describirlas y reconocerlas y aquellas con BN frecuentemente respondían ante el estrés con atracones y purgas.

Bosque & Caballero (2009) muestran que el perfeccionismo y la rigidez se han asociado a la AN y el perfeccionismo y la impulsividad con la BN, siendo un factor relevante para la predisposición y mantenimiento de los TCA. Behar, et al, (2014) establecen que el perfeccionismo en la AN y la BN se manifiestan en la persecución por conseguir altos estándares personales en todas las áreas de desempeño, de tal manera que definen su autovalía en función del logro de sus ideales.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa.

El rechazo a tener un peso normal y la distorsión de la imagen corporal, se identifican como manifestaciones clínicas importantes en AN, siendo el principal motivo para la pérdida de peso, en especial si se asocia con la baja autoestima (GGPC, 2009). Tal descontento con la imagen corporal conlleva a la excesiva preocupación por el peso y la figura, evidenciados en conductas como pesarse y mirarse repetidamente al espejo, examinar la protuberancias de los huesos, medirse las partes del cuerpo y compararlas con otras personas y en muchos casos suelen vestirse con ropas anchas y largas para ocultar su cuerpo; adicional a esto tienden a imponerse reglas estrictas y desarrollar rituales relacionados con la compra, preparación y consumo de los alimentos y en algunos casos, la realización de ejercicio excesivo y conductas purgativas (Saad et al., 2011).

Respecto a los cambios psíquicos que se pueden instalar en las personas con AN, Staudt, Rojo & Ojeda (2006) identifican el mal humor, la ansiedad, la irritabilidad y con el paso del

tiempo alejamiento social, entrando en depresión; así mismo Cruzat et al. (2014) establecen que las personas con AN tienen rasgos orientados a la perfección, exceso de control y exigencia, sentimientos de inseguridad y subordinación especialmente en las relaciones interpersonales.

La manifestaciones biológicas de la AN incluyen pérdida de peso que habitualmente supera el 25 %, resequedad en la piel, caída del cabello, lanugo, aspecto demacrado, uñas frágiles y extremidades frías; de igual forma la amenorrea es el signo constante y determinante, presentándose como consecuencia de la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso que produce disfunción hipotalámica; en el caso de los hombres se muestran características a nivel sistémico, con disminución en las concentraciones de testosterona en el organismo (Staudt et al., 2006).

El deterioro físico conforme indica Gutiérrez (2006) está directamente relacionado con el síndrome de desnutrición o malnutrición proteico-calórica. Es común encontrar manifestaciones clínicas asociadas al deterioro físico que produce el ayuno, el ejercicio físico y el uso de laxantes, tales como problemas en los sistemas digestivos, cardiovasculares, metabólicos, hematológicos, renales y musculo-esqueléticos (Roca, 2013). Sumado a lo anterior, si la enfermedad se desarrolla antes de la pubertad, las manifestaciones de ésta etapa pueden retrasarse o incluso detenerse (Perilla & Bermúdez, 2012).

Manifestaciones clínicas de la Bulimia Nerviosa.

Las manifestaciones más destacadas de la BN son la excesiva preocupación por el peso y el aspecto físico, la aparición de episodios de atracones y conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso (Soto, 2005). Entre las respuestas cognitivas y emocionales se observa la

valoración distorsionada de la imagen corporal, el temor a la falta de control sobre lo que se ingiere, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, irritabilidad, cambios bruscos en el estado de ánimo y desconfianza hacia las demás personas; se encuentran también algunas respuestas instrumentales como el almacenamiento de alimentos, rechazo hacia las comidas sociales y el aparente aumento del tiempo dedicado a actividades útiles y al ejercicio físico (Grupo Albor-Cohs, 2012).

En la BN la mayoría de los casos no presentan ningún signo clínico evidente, por lo cual el proceso de diagnóstico puede retrasarse (Soto, 2005); sin embargo, a pesar que el aspecto físico de las personas con BN es aparentemente normal, no es raro encontrar síntomas de desnutrición (Rosado, 2008) y manifestaciones físicas relacionadas con la restricción alimentaria y la pérdida de peso, resultantes del modo y frecuencia de los atracones, así como del abuso de medicamentos, laxantes y diuréticos (Kuten, 2007), lo que se traduce en problemas médicos como episodios de estreñimiento, sangrado rectal, dolor abdominal, signos de deshidratación y sed incontenible.

Asociado a la inducción de vómito, se pueden hallar alteraciones físicas como el reflujo gastroesofágico, caries, erosión del esmalte dental, lesiones a nivel faríngeo, la presencia del signo de Russell, el cual consiste en lesiones o callosidades en el dorso de la mano como consecuencia de la fricción de los dientes en esta zona (Bustamante & Justo, 2013).

Manifestaciones clínicas comunes entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Las manifestaciones clínicas de la AN y BN son multisistémicas, logrando causar daños irreversibles en todo el organismo (Acerete et al., 2013). Existen manifestaciones comunes en la

AN y la BN, entre las cuales se encuentran la excesiva preocupación por la imagen corporal, el humor depresivo y las complicaciones asociadas a cuadros de desnutrición (GGPC, 2009). En el aspecto social, tanto en AN como BN se encuentran componentes de alejamiento emocional, alexitimia y falta de asertividad, lo cual conduce a un deterioro de las destrezas y la actividad psicosocial (Cruzat et al., 2014).

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Existe una alta comorbilidad de algunos trastornos de personalidad (TP) en la AN, el trastorno por evitación es el más frecuente (14-16%), seguido del trastorno dependiente (5-10%) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (6-7%). Para la BN se encuentra una comorbilidad alta con trastornos afectivos (43.5%), abuso de sustancias (18.5%) y los trastornos de ansiedad (69%) (Hernández & Cabrera, 2014).

La comorbilidad de los TCA con TP oscila del 51% al 84% de los casos, específicamente la relación entre BN y el trastorno límite de personalidad podría estar relacionada con la posible presencia de abusos sexuales en la infancia. Además, el trastorno límite de personalidad en hombres se puede manifestar en abuso de alcohol o drogas y en mujeres en forma de atracones o de problemas alimentarios no especificados (hombres: 10,8%; mujeres: 30,4%) (Carol, 2012).

La AN tiene una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno obsesivo-compulsivo (26%) y la fobia social (34%); la BN posee una mayor comorbilidad con fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (Sanz, Guijarro & Sánchez, 2005; Hernández & Cabrera, 2014; Zubeidat, Sierra & Fernández, 2006).

En Bolivia en un estudio realizado con adolescentes se confirmó la correlación de los TCA y la ansiedad, con un 72,2% de ansiedad en AN y 88,2% en BN; además, en la BN hay mayor presencia de depresión (64,7%) que en la AN (61,1%) (Mérida & López, 2013). Lo anterior se debe a la poca capacidad de control sobre lo que ingieren estas personas generando ansiedad y ánimo bajo (Guadarrama, Domínguez, López & Toribio, 2008). En Bogotá (Colombia) en un estudio realizado en ambos sexos, la mitad de los pacientes con TCA y con abuso o dependencia de sustancias, cumplían criterios diagnósticos para algún tipo de trastorno bipolar (Rodríguez, 2009).

Finalmente, la BN también se encuentra relacionada con la alteración del control de impulsos, encontrando así, episodios de hurto y cleptomanía, tendencia a la mentira, a comportamientos auto lesivos, al suicidio, a la promiscuidad sexual, conductas de riesgo, potomanía, abuso de alcohol y drogas (Ruíz, Salorio & Santiuste, s.f).

DISCUSION

La información obtenida muestra que los TCA han aumentado su incidencia y prevalencia de manera alarmante, necesitando ser considerados como un problema de salud pública y abordados con protocolos adaptados a la realidad particular. Las cifras de prevalencia en Colombia evidencian una similitud con las de países desarrollados, resultando fundamental detectar señales de riesgo en torno a la alimentación en nuestro país en todos los niveles sociales, para prevenir que los adolescentes padezcan una AN o BN y mejorar su calidad de vida.

Es común encontrar que los estudios sobre AN y BN contemplan muestras solo femeninas, debido a su alta prevalencia y a que siguen existiendo estereotipos de belleza que promueven la perfección en el cuerpo de las mujeres. Recientemente la literatura ha puesto en evidencia el incremento significativo de la incidencia de estos trastornos en hombres; de esta forma, el no considerar las cifras de prevalencia para esta población podría generar el riesgo de no admitir estas enfermedades en hombres y precipitar un diagnóstico inadecuado.

La multicausalidad de la AN y la BN precisa la necesidad de fortalecer el estudio sobre la etiología de dichos trastornos; además, la consideración de factores de riesgo socioculturales y psicológicos en interacción con la biología, obliga a trazar una nueva perspectiva de abordaje, con el fin de definir el tipo de intervención a desarrollar.

La adolescencia es una etapa crucial en el inicio de la AN y BN, lo que permite identificar cómo estos trastornos generan una serie de complicaciones físicas y psicológicas que terminan comprometiendo el bienestar y desarrollo de los adolescentes, de ahí que sea vital la identificación precisa de las manifestaciones clínicas desde etapas tempranas. Asimismo, existe un aumento de los TCA relacionado con la presión mediática; por tanto, es importante promover acciones que permitan disminuir dicha presión, específicamente hacia la delgadez y la musculatura y desvirtuar las asociaciones que se realizan con el éxito y la aceptación social.

La familia juega un papel trascendental en el mantenimiento de síntomas en los TCA, lo que sugiere la necesidad de vincular dicho grupo en actividades de prevención e intervención, estableciendo pautas de crianza más flexibles que faciliten la comunicación y el acercamiento entre los miembros de manera afectiva y cálida. Por otro lado, se observa también alta comorbilidad de AN y BN con otros trastornos psicológicos, razón por la que es indispensable

establecer diagnósticos diferenciales claros, lo que contribuye a la precisión en las estrategias de intervención.

CONCLUSIONES

En Colombia son pocos los estudios realizados sobre AN y BN, lo que dificulta visibilizar ampliamente la problemática en el país. Las investigaciones desarrolladas hasta el momento permiten conocer aspectos puntuales de estas patologías, sin embargo se requieren más publicaciones que permitan conocer el universo actual de esta problemática en adolescentes colombianos, para realizar un análisis comparativo de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y cifras de prevalencia, posibilitando a los entes reguladores de la Salud formular políticas para la prevención e intervención.

La AN y BN son las enfermedades más representativas dentro de los TCA, debido a su alta incidencia, prevalencia, comorbilidad, el deterioro físico y psicológico que generan en las personas, siendo los adolescentes la población más vulnerable para el desarrollo de estas patologías debido a la falta de armonía entre los cambios físicos propios de esta etapa y los estándares de belleza establecidos, además de las exigencias del grupo de amigos y otros aspectos psicosociales; por tal motivo, es importante la creación de estrategias dirigidas a aumentar los factores protectores como la autoestima, las emociones positivas, la adecuada nutrición y el fortalecimiento familiar.

Por otro lado, la insatisfacción corporal, la genética, los cambios corporales asociados a la pubertad y el anhelo hacia la delgadez son aspectos que afectan tanto a hombres como mujeres, actuando como factores de riesgo para AN y BN, en la medida que las personas sienten una gran

distancia entre lo establecido y lo tenido; esto sustenta el hecho de que si bien las mujeres suelen estar influenciadas por estereotipos sociales, el hombre también suele verse afectado; de esta forma, se debe renunciar a la creencia errónea que estas patologías son propias del género femenino y emprender estudios que consideren la población masculina como objeto de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbate, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2014). Clinical investigation of set-shifting subtypes in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 592-597.
- Acerete, D., Trabazo, R., & Ferri, N. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *SEGHNPAEP*, 325-339.
- Acosta, M. V., Llopis, J., Gómez, G. G., & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Amaya, A., Mancilla, J. M., Álvarez, G., Ortega, M., Larios, M., & Martínez, J. I. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*; Vol. 22, núm. 1, 121-133.
- Ángel, L. A., Martínez, L. M., & Gómez, M. T. (2010). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1996). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición DSM 5*. Arlington.
- Aubalat, L. P., & Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235.
- Bahamón, M. J. (2012). Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 105-122.

- Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Barrionuevo, N. (2015). Trastornos en la conducta alimentaria: un compromiso multisistémico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 71(4), 154-157.
- Behar, A. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90-101.
- Behar, R., Alviña, M., González, T., & Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista chilena de nutrición*, 34(3), 240-249. Recuperado en 19 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300008&lng=es&tlng=es.
- Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 483-490.
- Borda, M., Celemín, A., Palacio, L., & Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 31(1), 36-52.
- Bosque, J., & Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409.
- Bustamante, G., & Justo, J. J. (2013). Bulimia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 35, 1798-1803.
- Camarillo, N., Cadaba, E., Gomez, A. J., & Munguía, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 51-55.
- Carol, A. S. (2012) Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología clínica y de la salud ISEP*, 1-61.
- Castaño, J. J., Giraldo, D. L., Guevara, J., Losada, D. L., Meza, L., Narváez, D. M., & Velásquez, J. (2012). Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario

- en una población femenina de estudiantes de secundaria, Manizales, Colombia, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 46-56.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhé (Santiago)*, 3-17.
- Cruzat, C., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 70-79.
- Cucarella, J. O., Tortajada, R. E., & Moreno, L. R. (2012). Neuropsicología y anorexia nerviosa. Hallazgos cognitivos y radiológicos. *Neurología*, 504-510.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys?. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117.
- Domínguez, A. M. (2012). Prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes que inician la vida universitaria (*Doctoral dissertation*).
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Archivos argentinos de pediatría*, 104(4), 345-350.
- Gempeler, J. (2006). Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 352-361.
- González, L., Romero, M., Rascón, M. L., & Caballero, A. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud mental*, 36(1), 33-39.
- Grupo Albor-Cohs (2012). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Manual de Referencia del Curso Máster en Psicología, especialidad Psicología Clínica y de la salud (1)*, 1-93.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (GGPC). (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Guadarrama, R., Domínguez, K. V., López, R., & Toribio, L. (2008). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 18(1), 57-61.
- Guadarrama, S., & 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*, 125-136.

- Gutiérrez, I. E. (2006). Alteraciones menstruales y anorexia nerviosa. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 3, 277-284.
- Hernández, V. M., & Cabrera, Z. M. (2014). Recomendaciones Básicas para el Abordaje de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 1(1), 28-39.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E., & Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de salud pública y nutrición*, 9(1).
- Jurado, L. P., Correa, J. M., Delgado, A. M., Contreras, M. A., Camacho, J. F., Ortiz, D. A., & Escobar, M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *MedUNAB*, 12(3), 129-143.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121-135.
- Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Archives of general psychiatry*, 64(12), 1409-1415.
- Kuten, E. (2007). Actualización: Trastornos de la alimentación (primera entrega). *Evid. actual. práct. ambul*; 10(2), 51-54.
- León, R. C., & Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 112-118.
- León, R. C., Gómez, G., & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud mental*, 31(6), 447-452.
- López, C. C., Raimann, T. X., & Gaete, M. V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24-33.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 85-97.
- López, P., Molina, Z., & Rojas, L. (2008). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *In Anales Venezolanos de Nutrición* (Vol. 21, No. 2, 85-90).
- Lozano, Z. B. (2014). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3(2), 307-320.

- Mariscal, G. L. (2013). Influencias socioculturales asociadas a la percepción corporal en niño (a): una revisión y análisis de la literatura. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 58-67.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av.psicol*, 165-178.
- Martinez, L., Fernandez, T., Molina, A., Ayan, C., Buena, A., Capelo, R.,... Martin, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto unicos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(n04), 927-934.
- Mendez, J. P., Vázquez, V., & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.
- Mendoza, M., Olalde, G., Vasquez, A., Gómez, C., Sánchez, M., Sánchez, D., & Aguilar, M. (2014). Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de educación media superior. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 5(1), 18-33.
- Mérida, C., & López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigacion Psicologica*, 69-85.
- Monferrer, E. B. (2010). Ilicitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. Especial referencia a la anorexia. *Revista ICONO14. Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 187-207.
- Morandé, G. (2011). Conductas de Riesgo en Adolescentes, trastornos por hacer Dietas. Anorexias y Bulimias Nerviosas. *Psykhé*, 8(2), s.f.
- Moreno, M. A., & Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Murawski, B. M., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones*, 65-72.
- Negrete, M. A. (2015). Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada en el estado de Nayarit, México. *Universitat Autònoma de Barcelona*. TXD, 208.
- Palacios, E., & Palacios, X. (2006). Correlatos neuroendocrinológicos y cognoscitivos de la anorexia nerviosa. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 15 (2), 62-71.

- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Pelaez, M., Labrador, F., & Raich. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 131-144.
- Perilla, M. D. M., & Bermúdez, M. E. (2012). *Anorexia nerviosa en la adolescencia. Revisión teórica* (Doctoral dissertation).
- Portela, M., Da Costa, J., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*, 27(2), 391-401.
- Ribasés, M., Gratacós, M., Fernández, F., Bellodi, L., Boni, C., Anderluh, M., ... & Estivill, X. (2005). Association of BDNF with restricting anorexia nervosa and minimum body mass index: a family-based association study of eight European populations. *European Journal of Human Genetics*, 13(4), 428-434.
- Roca, L. (2013). Guía de ayuda para padres con hijos que sufren anorexia nerviosa. *Universidade da Coruña*, 1-29.
- Rodríguez, M. (2009). Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 420-432.
- Rodríguez, S., Díaz, S., Ortega, B., Mata, J. L., Delgado, R., & Fernández, M. C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, (9), 21-23.
- Rosado, C. I. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Adistancia*, 37-43.
- Rosas, C. E. (2015). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, 12(1), 13-50.
- Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. L., & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 447-455.
- Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C., & Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57.

- Ruíz, M. E., Salorio, P., & Santiuste, M. A. (s.f) Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa. *Tratado de psiquiatría*, 493-512.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 48-61.
- Saad, E., Belfort, E., Camarena, E., Chamorro, R., & Martínez, J. (2011). *Salud mental infanto-juvenil: prioridad de la humanidad*. México. Ediciones Científicas APAL.
- Salas, F., Hodgson, M., Figueroa, D., & Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de casos clínicos. *Revista médica de Chile*, 182-188.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 8.
- Sámano, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42.
- Sanz, I. S., Guijarro, T., & Sánchez, V. (2005). Evaluación de la ansiedad en los trastornos de la conducta alimentaria mediante el STAIC. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 22 (3), 74-86.
- Sierra, M. (2005). Nervous Bulimia and its subtypes. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 46-62.
- Silva, Y., Mesa, M., & Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 89-98.
- Soto, A. (2005). Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia. *I curso de especialización en nutrición*, cap, 19, 239-256. ISBN: 84-9749-135-1
- Staudt, M. A., Rojo, N., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* [Revista en Internet], 24-30.
- Toro, J., Nieves, K., & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: Los desórdenes alimentarios en hombres. *Revista Interamericana de Psicología*, 225.
- Unikel, C., Bojórquez, L., Villatoro, J., Fleiz, C., & Medina, M. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.

- Urzúa, A., Avendaño, F., Díaz, S., & Checura, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición*, 37(3), 282-292.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Mancilla, J. M., & Ruiz, A. O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Woerwag, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147-151.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Joiner, T., Peterson, C. B., Bardone-Cone, B., Klein, M., & Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological Insatisfacción and genetic correlates. *Psychological Medicine*, 35(05), 649-657.
- Wood, D., & Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*.
- Zubeidat, I., Sierra, J. C., & Fernández, A. (2006). Ansiedad y fobia social: comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos en población adulta e infanto-juvenil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79(80), 9-21.