



**Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus comorbilidades: limitantes para una buena calidad de vida**

Carolina Posada Restrepo

Trabajo de grado presentado para optar al título de Antropóloga

Asesora

Natalia Andrea Restrepo Hernández

MSc. Antropología

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Antropología  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2023

---

Cita

(Posada Restrepo, 2023)

---

Referencia

Posada Restrepo, C. (2023). *Los trastornos de la conducta alimentaria y sus comorbilidades: limitantes para una buena calidad de vida* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)

---



Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decana:** Alba Nelly Gómez García.

**Jefe departamento:** Javier Rosique Gracia.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado a mis dos interlocutoras, Sofía y Valentina, que a pesar de todos los traumas y la incomodidad de reabrir viejas heridas, se abrieron conmigo y me permitieron hacer este trabajo, que espero, sirva para generar conciencia y ampliar el campo de investigación de los trastornos de la conducta alimentaria, para que no solo sea con el propósito de ayudar en el momento en que las personas están padeciendo los TCA, sino para que también se piense en la calidad de vida de su futuro.

También está dedicado a todas esas personas que siguen luchando con su Trastorno y todos los días se esfuerzan por mejorar y recuperarse.

## **Agradecimientos**

Muchas Gracias a mi asesora, la profesora Natalia Andrea Restrepo Hernández, por su paciencia, por su gran ayuda en todo momento, por siempre hacerme ver que sí podía hacerlo, por no dejarme desfallecer, por preocuparse por mí no sólo en el ámbito académico, sino también en mi bienestar, tranquilidad y felicidad.

Gracias a mis padres, Rocío y Rafael, que, sin sus palabras de aliento y su apoyo incondicional en todas las esferas de mi vida, este trabajo no sería lo que es hoy.

A mi hermano, Daniel, por siempre alentarme y darme serenidad cuando más lo necesitaba.

A mis amigas, Ana y Laura, que no dejaron que perdiera la fe en mí misma y me alentaron en todo momento.

Un especial agradecimiento a mis interlocutoras, que sin ellas nada habría sido posible.

---

## Tabla de contenido

Resumen .....	8
Abstract .....	9
1. Planteamiento.....	10
1.1 Antecedentes .....	12
2. Justificación .....	17
3. Objetivos .....	19
3.1 Objetivo general .....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. Marco teórico .....	20
4.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) .....	20
4.1.1 Anorexia.....	21
4.1.2 Bulimia.....	22
4.2 Factores de riesgo .....	23
4.2.1 Factores de riesgo Socioculturales.....	26
4.2.2 Factores de riesgo Psicológicos .....	28
4.2.3 Factores de riesgo Biológicos .....	29
4.4 Afectaciones y comorbilidades .....	31
4.4.1 Físicas .....	32
Anorexia .....	32
Bulimia .....	34
4.4.2 Psicológicas.....	38
Anorexia .....	39
Bulimia .....	40
5. Metodología .....	41

---

5.1 Consideraciones éticas y legales .....	42
6. Resultados y discusiones .....	44
6.1 Inicio del Trastorno de la Conducta Alimentaria .....	44
6.2 Factores de riesgo que iniciaron el TCA .....	45
6.3 Recuperación y comorbilidades .....	47
Físicas .....	49
Psicológicas.....	50
7. Conclusiones .....	56
Referencias .....	58
Anexos.....	62

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1.</b> Esquema factores predisponentes, precipitantes y perpetuanes .....	25
<b>Tabla 2.</b> Fisiopatología, clínica y relación con pruebas médicas complementarias .....	35

---

### Siglas, acrónimos y abreviaturas

<b>TCA</b>	Trastornos de la Conducta Alimentaria
<b>AN</b>	Anorexia Nerviosa
<b>BN</b>	Bulimia Nerviosa
<b>TOC</b>	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
<b>TDAH</b>	Síndrome por Déficit de Atención e Hiperactividad
<b>TEPT</b>	Trastorno de Estrés Postraumático
<b>ECG</b>	Electrocardiograma
<b>Rx</b>	Radiografía
<b>EEG</b>	Electroencefalograma
<b>ECO</b>	Ecografía
<b>FSH</b>	Hormona folículo estimulante
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal
<b>LH</b>	Hormona luteinizante
<b>PET</b>	Tomografía por emisión de positrones
<b>RNM</b>	Resonancia nuclear magnética
<b>TAC</b>	Tomografía axial computarizada
<b>TCC</b>	Terapia cognitivo conductual
<b>DBT</b>	Terapia conductual dialéctica
<b>CRT</b>	Terapia de remedación cognitiva
<b>TBF</b>	Terapia basada en la familia o Modelo de Maudsley
<b>UdeA</b>	Universidad de Antioquia

## Resumen

En la actualidad, nuestro entorno gira alrededor de unos cánones de belleza inalcanzables tanto para hombres como para mujeres: cuerpos esbeltos, abdómenes fornidos y delgadez extrema inundan las redes sociales sin importar si son fotos reales o alteradas digitalmente, de la misma manera en que en la mentalidad colectiva de nuestra sociedad occidental, lo realmente bello y estético es delgado, lindo y “perfecto”. Esto ha causado que cada vez más personas desarrollen un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en el que convergen factores biológicos, psicológicos y sociales y, por lo tanto, el tratamiento debe considerar esta multifactoriedad.

Estos trastornos pueden desencadenar otras comorbilidades que, a futuro, y sin importar que la persona ya se encuentre recuperada del trastorno, pueden afectar su vida cotidiana. Igualmente, estas condiciones pueden perjudicar gravemente la vida social y cultural de los individuos, ya sea por condiciones físicas (caída de cabello, piel reseca, etcétera) o emocionales (dismorfia corporal). Los trastornos de la conducta alimentaria pueden dejar secuelas y enfermedades, que permanecen aún si la persona afectada ya no padece el trastorno, Por esta razón es importante caracterizar las afectaciones en el cuerpo y la salud de las personas que padecen o padecieron un TCA, para identificar y determinar cómo esta enfermedad afecta su vida social, afectiva, física y psicológica en su vida cotidiana.

*Palabras clave:* Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Comorbilidades, dinámicas sociales.



---

### **Abstract**

Nowadays, our environment revolves around unattainable beauty canons for both men and women: slender bodies, beefy abdomens, and extreme thinness flood social networks regardless of whether they are real or digitally altered photos, just as in the collective mentality of our Western society, what is beautiful and aesthetic is thin, cute and "perfect". This has caused more and more people to develop an eating disorder, in which biological, psychological, and social factors converge, and, therefore, treatment must consider this multifactorial nature.

These disorders can trigger other comorbidities that, in the future, regardless of whether the person is already recovered from the disorder, can affect their daily life. Likewise, these conditions can seriously impair individuals' social and cultural life, whether due to physical (hair loss, dry skin, etc.) or emotional (body dysmorphia) conditions.

Eating Disorders can leave sequelae and diseases, which remain even if the affected person no longer suffers from the disorder. For this reason, it is important to characterize the effects on the body and health of people who suffer or suffered from an ED, to identify and determine how this disease affects their social, emotional, physical, and psychological life in their daily lives.

*Keywords:* Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Comorbidities, Social Dynamics

## 1. Planteamiento

Es cierto que en la sociedad actual existe una presión significativa para alcanzar ciertos estándares de belleza, y esto puede tener efectos perjudiciales en la salud mental y física de las personas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), son ejemplos de cómo esta presión puede manifestarse en problemas de salud.

Los TCA son complejos y multifactoriales, su origen suele estar relacionado con una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria pueden tener una predisposición genética, pero también pueden influir factores psicológicos, como la baja autoestima, la insatisfacción corporal, la presión social y las expectativas irreales de belleza.

Los efectos de los trastornos de la conducta alimentaria, sus comorbilidades, pueden persistir incluso después de que la persona haya logrado la recuperación física. Estas, como la depresión, la ansiedad y la dismorfia corporal pueden afectar la calidad de vida de las personas que los padecen. Además, las consecuencias físicas, como la pérdida de cabello, la debilidad ósea y los problemas digestivos, pueden requerir atención y tratamiento continuo. Es fundamental abordar estos trastornos desde una perspectiva holística, que considere tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales. Esto implica promover una mayor diversidad y aceptación de los diferentes tipos de cuerpos, así como fomentar una educación sobre la salud mental y la importancia de una imagen corporal positiva.

Los TCA han sido abordados principalmente desde la perspectiva médica y psicológica, en las cuales no se alcanza a percibir los aspectos y dimensiones socioculturales de los trastornos, lo que genera la necesidad de identificar, determinar y definir estas dinámicas sociales antes, durante y después de la enfermedad, con el fin de que los tratamientos se puedan adaptar ante las subjetividades de cada persona y comunidad. De igual forma, no se tiene presente la singularidad individual en los tratamientos y hay una falta de perspectiva social y cultural que permita dar un porqué del padecimiento del trastorno y un tratamiento que tenga en cuenta el contexto de vida del paciente. Es por lo anterior que se ve la falta de prevención de las comorbilidades que se dan a raíz de padecer un TCA, ya sea de largo plazo o corto.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) que pertenece a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, es un manual para diagnosticar oportunamente las diferentes patologías mentales que en él se describen. En este, hay ocho categorías de clasificación para las diferentes formas en los que se presentan los TCA, sin embargo, las dos más importantes que se van a usar en este trabajo son anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) en las cuales se hace un profundo análisis sobre que caracteriza a cada trastorno para poder identificarlos y diagnosticarlos oportunamente.

En estas descripciones diagnósticas solo se tienen en cuenta aspectos clínicos como el bajo peso y los comportamientos más comunes que tienen las personas que los padecen, describiéndolas como señales de alerta (American Psychiatric Association [APA], 2013). Igualmente, en La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, también conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se trata más que todo con las características principales de diagnóstico y las señales de alerta (Jáuregui Lobera, 2012).

Aquí es donde se evidencia la importancia de tener en cuenta las subjetividades de los pacientes a la hora de tratar los trastornos de la conducta alimentaria, ya que los TCA son multicausales y multifactoriales, es importante conocer las experiencias de vida individuales de los pacientes para que el tratamiento sea lo más eficaz posible, llegando a esclarecer las posibles causas socioculturales que desencadenan los TCA como el rechazo social, los estándares de belleza, la coacción social para llegar a este ideal cueste lo que cueste. La singularidad de cada persona nos puede permitir saber qué tipo de comorbilidades se van a desarrollar a futuro dependiendo del tipo de TCA, orientando el tratamiento a la prevención de estos, evitando recaídas trastorno o sucumbir ante otro (Gracia-Arnaiz, 2014).

En contexto colombiano es poco lo que se habla de los TCA. No hay estadísticas nacionales claras, por lo que las investigaciones se centran en estudios sobre el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia, más específicamente en la época escolar o universitaria. En este trabajo se van a tratar las experiencias de vida de dos personas que han padecido algún trastorno de la conducta alimentaria, más específicamente anorexia y bulimia respectivamente.

Las dificultades que enfrentan las personas que han padecido algún tipo de TCA en su vida se ven agravadas por las repercusiones que impactan su calidad de vida por la enfermedad misma,

por las comorbilidades que pueden desarrollar y por las secuelas físicas y psicológicas que dejan los trastornos de la conducta alimentaria. Es por lo anterior que es pertinente preguntarse:

¿Cómo se ve afectada la corporalidad, la salud integral y las dinámicas sociales de dos personas que padecen o padecieron un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)?

## 1.1 Antecedentes

Los trastornos de la conducta alimentarias son normalmente denominados como “las enfermedades del siglo XXI” o problema de salud del “mundo industrializado” por el gran aumento de casos y visibilidad que se le dio en tiempos recientes (Moncusí Ferré, 2012).

Sin embargo, los trastornos alimenticios son muchísimo más antiguos de lo que comúnmente se cree, por ejemplo, en la edad media europea las personas que tenían vocación religiosa, en especial mujeres que decidían ser monjas y permanecer encerradas en los conventos, practicaban el ayuno ascético, que en su mayoría eran tan extensos que producían la muerte por inanición, a estas prácticas se les dio el nombre de “santa anorexia”, esta era una forma que tomaban los religiosos para imitar el sufrimiento de Jesús en sus tormentos durante la Pasión, tal como se mostrará a continuación.

En el caso de las mujeres, estas se limitaban en gran medida a causarse dolor voluntario mediante el ayuno, muchas de estas religiosas solo aceptaban consumir la hostia consagrada, agua y otros alimentos de vez en cuando, que se caracterizaban por no ser agradables en sabor, como el pan duro, hierbas amargas y vegetales crudos (Baile Ayensa & González Calderón, 2010).

Uno de los casos más renombrados, es el de Santa Catalina de Siena, que se caracterizó por recurrir a un ayuno estricto desde muy joven como protesta a la oposición de sus padres de permitirle llevar una vida religiosa por lo que pretendían obligarla a casarse; este ayuno consistió en consumir solo algunos vegetales crudos, la comunión (hostia consagrada) y agua (Baile Ayensa & González Calderón, 2010). Según sus biografías, durante su vida estuvo constantemente atormentada por visiones que la tentaban a cometer pecados, las cuales combatía sometándose a actos de penitencia, tales como flagelarse varias veces al día hasta lacerarse la piel, encerrarse completamente sola o incluso dejar de hablar mediante los votos de silencio, de hecho según sus biógrafos, ella se mantuvo durante tres años consecutivos en silencio, de los cuales sólo

abandonaba su voto de silencio por breves momentos para confesarse (Baile Ayensa & González Calderón, 2012).

Sus conductas autolesivas y el ayuno que practicaba eran extremos para lo que se consideraba "normal" en una práctica religiosa, por esto llegó a ser acusada de herejía (Baile Ayensa & González Calderón, 2012). Asimismo, también practicaba lo que en nuestros días denominaríamos un comportamiento con rasgos bulímicos, dado que se insertaba trozos de madera en la garganta para provocarse vómitos tras alimentarse, esto provocó que su cuerpo fuera debilitándose cada vez más hasta que un mes antes de su muerte, a los treinta y tres años, perdiera la facultad de movimiento en sus extremidades inferiores y el reflejo de tragar. Finalmente, al momento de su muerte, en el año 1380, pesaba solo veinticinco kilos (Baile Ayensa & González Calderón, 2012).

La bulimia, por su parte, se describe que apareció en la época de los romanos a través de las grandes fiestas que implicaban comer compulsivamente por periodos de tiempos extensos, donde era casi indispensable la provocación voluntaria del vómito para poder continuar con esos banquetes; de igual modo, también se describen conductas purgativas, en los casos de la Santa anorexia (Farrera Sabioncello, 2001). Las conductas purgativas son acciones que una persona lleva a cabo con el objetivo de deshacerse del alimento consumido, el vómito autoinducido y/o el uso de laxantes son las formas más comunes de llevarlo a cabo (Jáuregui Lobera, 2012).

Pero el concepto de trastornos alimenticios fue más preciso a partir del estudio de casos modernos y por la evolución de la ciencia. En 1689 se produjo la primera descripción médica de la enfermedad, gracias a la publicación de un informe del médico británico Richard Morton en el que expone el caso de dos pacientes que, en ausencia de enfermedad, se negaban a comer; él denominó esto "consunción nerviosa" (Vargas Baldares, 2013).

En 1764 Robert Whytt fue el primer autor en describir la bradicardia que acompaña la inanición, él denominó sus descripciones sobre cuadros anoréxicos como "atrofia nerviosa". En 1798 el pionero de la psiquiatría europea, Philippe Pinel, incluyó la bulimia, pica (desear irresistiblemente y mascar sustancias que no tienen valor nutricional, como hielo, arcilla, tierra o papel) y anorexia en las "neurosis de la digestión", siendo la anorexia "neurosis gástrica" (Losada & Marmo, 2013).

En las descripciones de Ernest Charles Lasèque sobre la "anorexia histérica" en 1873, se le reconoce como el primer médico en asociar el trastorno con contextos y conflictos intrafamiliares,

la adolescencia y/o la transición a la edad adulta. Este le comenzó a dar importancia a los factores sociales, al describir como los diferentes ambientes en los que se desarrollan los individuos tienen mucho que ver en el desarrollo de los trastornos, ya que la exposición a contextos socioculturales negativos y violentos van a determinar el desarrollo de una persona y como esta se ve a sí misma en relación con su cuerpo y corporeidad. Posteriormente, Jean Martin Chacot, que colaboró con Laseque, llevó a la práctica, como tratamiento más eficaz, el aislamiento del paciente respecto a su familia, implementándolo con un tratamiento efectivo, siendo el precursor de las terapias en hospitalización (Losada & Marmo, 2013).

La corporeidad se define, según el filósofo Xavier Zubiri, como la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer. Para este autor, el ser humano es y vive sólo a través de su corporeidad, es la complejidad humana, el cuerpo físico, el emocional, el mental, el trascendente, el cultural y el inconsciente (Zubiri, 1986); es como nosotros nos relacionamos con todo lo que hay a nuestro alrededor, así como dentro de nosotros, y como eso, al mismo tiempo, nos determina nuestras relaciones con el entorno, los demás y con el yo.

En la década de los 40's se describen algunos casos clínicos donde están presentes la sobre ingesta, los vómitos y el abuso de laxantes. También empieza a registrarse el deseo de estar delgada o el temor a la obesidad como algo característico de la anorexia y la bulimia nerviosas. Hilde Bruch, en 1962, fue la primera en referirse a un trastorno de la imagen corporal que formaría parte de la alteración perceptual. En 1980 las enfermedades de este origen, diferenciando anorexia de bulimia, fueron incluidas en el DSM, también conocido como Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Losada & Marmo, 2013).

Con el paso del tiempo y viendo que cada vez la enfermedad era mucho más común, diversos especialistas hicieron una investigación más moderna de esas alteraciones en el comportamiento y buscaron la conexión entre la forma que tenían de relacionarse con su cuerpo, con los alimentos que consumían y los efectos que producía el entorno, en un principio en su entorno familiar, pero también en el ambiente extendido. Con esto se dieron cuenta que la enfermedad es mucho más común en países desarrollados o industrializados, lo que hace que llamen a estos trastornos que cada vez son más populares y van en creciente aumento como "síndrome cultural", ya que la enfermedad empezó a aumentar en la sociedad debido a la presión sociocultural que induce a adolescentes a pretender alcanzar un cuerpo delgado y esbelto:

La adolescencia es un periodo vulnerable para padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la anorexia y la bulimia nerviosas. La insatisfacción corporal, uno de los factores precipitantes de los TCA, conduce a las adolescentes a la búsqueda de información sobre dietas en internet. En este contexto, las páginas pro-Ana (proanorexia) y pro-Mía (probulimia) difunden contenidos altamente perjudiciales para la salud relacionados con la pérdida de peso y los TCA (Lladó et al., 2016, pág. 693).

El acceso a internet genera automáticamente un acceso global permanente a una gran cantidad de información sin importar la edad que tengan los usuarios, esta información puede ser peligrosa para personas que no tengan el conocimiento o la capacidad para manejarla, por lo que se puede desarrollar una amplia variedad de problemas médicos, incluyendo los TCA. Esto se puede ver evidenciado en, por ejemplo, comerciales donde aparecen mujeres de esbeltas figuras, o la moda textil en donde pareciera que solo se fabrica ropa para personas muy delgadas, hoy en día es mucho más común ver esta influencia en las redes sociales, pues las y los influencers están todo el día posteando fotos de este tipo y en este momento de nuestra historia el mundo se mueve por redes sociales, aún más el mundo de lo estético que este en tendencia (Campos Rodríguez, 2007).

Por lo general esta enfermedad se da en adolescentes con problemas de baja autoestima, lo que hace que estas personas (mujeres en su mayoría, pero también es una enfermedad presente en hombres) busquen lugares en donde se sientan “seguros” e identificados. Estos trastornos a menudo se caracterizan por mantenerse ocultos, hecho que puede contribuir a que la persona se aisle e Internet pueda convertirse en un lugar de encuentro sin compromiso, ofreciendo apoyo y consejos (Blanco, 2012).

Este es un fenómeno que se evidencia con gran abundancia desde principios de siglo e incluso más atrás, por lo que siempre se está adaptando y renovando, con el surgimiento y auge de las redes sociales digitales estos grupos lentamente se fueron “mudando” de los simples foros en internet a las distintas redes sociales, principalmente Facebook, Instagram, Wattpad, Tumblr, YouTube y WhatsApp en la que cada una tiene su función específica y unas tienen más relevancia e importancia que otras, destacándose Tumblr, YouTube y WhatsApp, esto ha facilitado el acceso y búsqueda de esta información delicada (Campos Rodríguez, 2007).

Estas prácticas se han establecido como verdaderas comunidades virtuales, con su propio orden social y con sus códigos de identificación, es aquí donde entran las abreviaturas Ana para

anorexia nerviosa, Mia para bulimia nerviosa. También tienen emblemas de identificación como lazos blancos virtuales (emojis) en las páginas que son un símbolo de su “estilo de vida”, pulseras rojas (pro-Ana) y moradas o negras (pro-Mía). El objetivo de esto es poder reconocerse unas a otras en cualquier lugar, ya sea físico o virtual, como símbolo de pertenencia al grupo, un sentido de comunidad y recordatorio para el apoyo y la práctica de desórdenes alimenticios (Lladó, González-Soltero, & Blanco, 2016).

Actualmente, las investigaciones más comunes sobre los trastornos de la conducta alimentaria son textos y artículos médicos, que no van más allá sobre qué son los trastornos, su historia y los tratamientos y causas más comunes, demostrando que hace falta una singularidad y un aspecto cultural y social. En Colombia prevalecen los estudios sobre la prevalencia del riesgo a padecer un TCA, primordialmente en estudiantes, sobre todo de universidad, siendo discriminados por carrera, ciudad, edad y nivel de escolaridad. “Estos estudios realizados en población universitaria han mostrado prevalencia de TCA que oscilan entre el 18,9% y 39,7%, siendo más frecuente la bulimia nerviosa que la anorexia nerviosa, entre mujeres adolescentes y adultos jóvenes” (Fajardo, Méndez, & Jauregui, 2017, pág. 48)



## 2. Justificación

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria son más comunes debido a las redes sociales digitales, por la gran cantidad de contenido delicado (que en este caso es información sobre lo que se considera estético en el aspecto físico del cuerpo) que estas facilitan a dinamizar, convirtiéndose en algo con lo que todos vamos a estar en interacción directa día a día, influyendo en nuestra percepción del mundo y la construcción social que hacemos de este a partir de todas las interacciones socioculturales, tanto las del medio virtual como del físico (Campos Rodríguez, 2007).

En todos estos medios se dinamizan prácticas peligrosas como: métodos para dejar de comer, como esconder qué se está dejando de comer o las conductas purgativas, dietas extremas, carreras de kilos, etc. Esto puede llegar a ser muy nocivo para la salud, tanto física como mentalmente (Lladó et al., 2016).

Como se ha dicho, hay algunos condicionantes que hacen que hoy en día los trastornos de la conducta alimentaria estén en aumento. La presión social que hay con respecto a los cánones de belleza ejercen una coacción constante sobre las personas, siendo más común en etapas más vulnerables como la niñez tardía y la entrada a la adolescencia, que es precisamente cuando los niños empiezan a forjar su identidad, la percepción que tienen de sí mismos y su autoestima (Gaete et al., 2012)

Tanto en la anorexia como en la bulimia, el círculo vicioso de restringirse la ingesta de alimentos, provoca que el cuerpo este privado de estos nutrientes, vitaminas, minerales, sales y grasas esenciales que necesita para su correcto funcionamiento, lo que a largo plazo tiene como consecuencia una serie de enfermedades que se originan a partir del TCA, denominadas “comorbilidades”, es decir, el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales (Avila Smirnow, 2007). Por esta razón, es importante caracterizar las afectaciones en el cuerpo y la salud de las personas que padecen o padecieron un Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) para identificar y determinar cómo esta enfermedad afecta su vida social, afectiva, física y psicológica a futuro y en su vida cotidiana.

El aspecto biosocial de los TCA no está muy estudiado en relación con las causas probables de la enfermedad, siendo estas una parte fundamental para comprender y prevenir los trastornos, ya que sus principales detonantes radican en circunstancias y contextos sociales de cada cultura o grupo social que se expresan en la subjetividad de los individuos. Una vez que esto sea entendido

y estudiado complementará a los tratamientos para que estén orientados hacia la subjetividad de cada caso y esto, a su vez, nos permitirá entender qué comorbilidades son más probables que surjan dependiendo de la persona, el trastorno, su entorno y su comportamiento y desarrollo con respecto a la vida diaria de la persona afectada (Gaete P, López C, & Matamala B, 2012).

Esto posibilitaría mejorar la calidad de vida, prevenir posibles recaídas a los trastornos o a migrar a uno diferente, identificar las comorbilidades más comunes y encontrar estrategias para la prevención de estas, además de una concientización sobre las secuelas físicas y emocionales que dejan estos trastornos. Se manifiestan desde lo psicológico con la depresión, la ansiedad generalizada o problemas de adicciones y pueden tener secuelas físicas en función del tiempo y la gravedad de la enfermedad, desde daños a la estética corporal como la caída de cabello hasta daños orgánicos por la privación prolongada de la alimentación.

Estas manifestaciones influirán en las relaciones personales, los estudios, el trabajo y la calidad de vida; en la salud física dependerá del tipo de trastorno, por ejemplo, en la anorexia a largo plazo, las secuelas físicas más frecuentes son la pérdida de densidad ósea y, por ende, el riesgo de fracturas (Gaete P, López C, & Matamala B, 2012). También, puede tener diferentes impactos en el crecimiento y desarrollo durante la pubertad, incluyendo la altura y el desarrollo de las características sexuales secundarias. En la bulimia, el ácido que está presente en el estómago está más tiempo en contacto con el esófago y con los dientes, los cuales no están diseñados para soportarlo, generalmente la parte interna de los dientes superiores es la que tiende a deteriorarse, pierde el esmalte, se producen caries y se pueden dar pérdidas dentales (National Eating Disorders Association [NEDA], 2012). Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada caso de TCA es único y los efectos pueden variar en cada individuo

En el caso de los episodios de atracones, presentes tanto en AN como en BN, al ingerir grandes cantidades de alimentos puede haber laceraciones en el esófago que, si no se tratan a tiempo, pueden ser potencialmente peligrosas (como las úlceras que tienen riesgo de cáncer). A largo plazo, los atracones continuados causan obesidad, hipertensión arterial y problemas con el colesterol. Todas estas comorbilidades, tanto físicas como psicológicas, perjudican la calidad de vida de las personas en el ámbito de lo social y lo cultural, impactando la capacidad de socializar y de tener un desarrollo psicológico pleno (Gaete et al., 2012).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Caracterizar las afectaciones en el cuerpo, la salud integral y el cambio en las dinámicas sociales de dos personas que padecieron un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las consecuencias producidas por los trastornos de la conducta alimentaria en el cuerpo.
- Analizar las comorbilidades originadas por los trastornos de la conducta alimentaria, que influyen en la vida social y cultural de los dos individuos.
- Describir las afectaciones en el cuerpo, la salud integral y el cambio en las dinámicas sociales de dos personas que padecieron un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

#### 4. Marco teórico

La salud, de forma general, es la armonía entre nuestras funciones biológicas, los entornos sociales, las estructuras culturales y políticas de las poblaciones y el ambiente en el que nos desarrollamos (Etienne, 2018), la OMS define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2014, pág. 1) por esto es importante la salud mental de las personas dentro de las estructuras sociales y estar atentos a fenómenos culturales que estén atentando contra ese bienestar mental con estudios multidisciplinarios que ayuden a conocer todas las esferas del problema, por ejemplo, las ciencias sociales, la medicina y la salud pública.

De esta forma, la salud pública es la disciplina que se encarga de prevenir múltiples enfermedades protegiendo y promoviendo la salud de las personas de las distintas comunidades desde sus administraciones públicas y gubernamentales de la mano con la misma sociedad, impactando positivamente la salud individual y colectiva mediante acción sanitaria, prevención de enfermedades y educación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). Dentro de las labores de la salud pública, también está la de promover la salud mental, aunque no se le da la importancia que debería tener, esto debido al aumento del padecimiento de trastornos mentales de la población (Restrepo & Jaramillo, 2012).

En este orden de ideas, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales que pueden llegar a ser severamente graves para la salud física como para la salud mental. Además, son trastornos llamados “enfermedad del siglo XXI” debido al auge que han tenido en los últimos años gracias a las redes sociales, a los estándares de belleza y a las conductas imitativas que están presentes en la etapa adolescente (Jáuregui Lobera, 2016).

A continuación, se va a hacer un recorrido teórico por lo que son los TCA, específicamente la Anorexia y la Bulimia, con sus características, la definición de sus factores de riesgo (socioculturales, biológicos y psicológicos), sus comorbilidades (físicas y psicológicas).

##### 4.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Como ya se ha descrito, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales graves que conllevan a un deterioro físico profundo, que, sin tratamiento ni intervención,

pueden llevar a la muerte, ya que se trata de alteraciones en los hábitos de la ingesta de los alimentos en personas que presentan patrones distorsionados del acto de comer en respuesta a un impulso psíquico (Jáuregui Lobera, 2012).

Esta enfermedad tiene determinantes sociales y culturales muy marcados, ya sea la concepción de lo que estéticamente es bello en un cuerpo, cuánto debe o no comer una persona, conflictos familiares y cómo encajar mejor en el medio social; principalmente son más comunes en el género femenino, pero a medida que nuestro mundo avanza las exigencias estéticas tanto para hombres como para mujeres van cada vez en aumento.

La prevalencia de estos trastornos ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante (Gaete et al., 2012). Además, los TCA frecuentemente desarrollan una serie de comorbilidades que pueden ser tanto otros trastornos psicológicos como alteraciones físicas, marcando un deterioro importante en el funcionamiento y la cohesión social de los individuos, llegando incluso a poner su vida en riesgo (Méndez et al., 2008).

#### ***4.1.1 Anorexia***

El DSM5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) define la anorexia nerviosa como:

Restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor del mínimamente (Jáuregui Lobera, 2012, pág. 4).

La etiología de la anorexia nerviosa aún no está completamente definida, pero se acepta el hecho de que es multifactorial, existiendo componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, de modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo y los trastornos de ansiedad (Vargas Baldares, 2013).

Estos pacientes ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como la implementación de una gran variedad de dietas extremas en las que se restringen muchos tipos de alimentos vitales, como las grasas, los carbohidratos y las proteínas. También están presentes las conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) en la Bulimia nerviosa y la Anorexia Nerviosa con conductas purgativas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal en la cual se perciben con un volumen corporal mayor al que realmente tienen, por lo que persisten con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico que ingieren en cada comida: la actividad física en exceso, las conductas de purga y conductas autolesivas (Lladó et al., 2016).

Habitualmente no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren con su conducta, todo su interés está centrado en perder peso, y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales carenciales que pueden acarrear un serio riesgo vital. Con frecuencia, estas personas tienen una personalidad con excesiva necesidad de aprobación, alto sentido de la responsabilidad, perfeccionismo y sentimiento de ineficacia personal (Losada & Marmo, 2013).

En el DSM5 se definen dos tipos de anorexia, la de tipo restrictivo que constituye en limitar la cantidad de alimento que se ingiere diariamente, sin recurrir a conductas purgativas ni episodios de atracones. La de tipo compulsivo-purgativo, por el contrario, también restringe la ingesta de alimentos, pero regularmente se da atracones, se purga o ambas (Jáuregui Lobera, 2012).

#### **4.1.2 Bulimia**

En la bulimia, a diferencia de la anorexia, no se limita la ingesta de los alimentos, si no que la persona afectada tiene episodios de atracones, es decir, comer más de lo habitual en cortos períodos de tiempo con la sensación de no poder controlarse y posterior a esto purgarse para compensar el exceso de comida en el episodio, también es común que practiquen ejercicio con intensidad y ayunos. También, algunas personas ingieren laxantes para inducir diarreas, o pueden tomar diuréticos que sirven para orinar más seguido. Por lo general, acaban teniendo un peso cercano al promedio (Gaete et al., 2012).

Al igual que en la anorexia, la bulimia no tiene una etiología estrictamente definida, los factores que influyen en el desarrollo de esta, como lo son la genética, la biología, la salud emocional, las expectativas sociales, etc. Es decir, al igual que la anorexia, es una enfermedad multicausal que puede ocasionar diversas complicaciones o comorbilidades que a futuro limitarán la vida cotidiana, impactando negativamente en las relaciones sociales de los individuos.

## **4.2 Factores de riesgo**

Dentro de todas las sociedades, hay diferentes grupos sociales que tienen mayor riesgo que otros a adquirir ciertas enfermedades o de morir por cualquier causa, es decir, cada comunidad, grupo familiar o individuo tienen características propias que causan una mayor probabilidad de desarrollar ciertos tipos de afecciones de salud que otras comunidades, a esto se le llama “factor de riesgo” en salud pública y epidemiología (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Un factor de riesgo, a modo de síntesis, es una característica o condición que presenta un individuo o un grupo social que es detectable y que está asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad, es decir, estas características están relacionadas con ciertos tipos de deterioros en la salud. Estos factores de riesgo pueden estar presentes en las personas, en comunidades, en familias y el ambiente, pueden ser de origen biológico o social, por ejemplo, podemos tener riesgo a padecer una enfermedad cardiovascular por herencia genética y también por el abuso de sustancias como el alcohol (Senado Dumoy, 1999).

Cuando los factores de riesgo se relacionan con circunstancias socioculturales como la pobreza, al analfabetismo y la desnutrición, aumentan la probabilidad para varios daños: el abuso del alcohol causa enfermedades orgánicas y también es una de las causas principales de los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar; también varios factores de riesgo pueden contribuir para un mismo proceso mórbido: como el abuso del cigarrillo, la falta de actividad física y la obesidad, también contribuyen a generar problemas cardiovasculares (Senado Dumoy, 1999).

La etiología es el campo de la medicina que se encarga de describir y estudiar el origen/causas de las enfermedades, los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multicausales, es decir, tienen muchos factores de riesgo, ya sean socioculturales, psicológicos o biológicos, es por eso por lo que su etiología aún es desconocida (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012). Debido a esta multifactoriedad, el modelo Biopsicosocial es el que mejor podría responder

a la incógnita, ya que según este modelo de salud y enfermedad propone que el factor biológico (BIO), el psicológico (PSICO) y los factores de conducta socioculturales (SOCIAL) convergen entre ellos para determinar las actividades humanas y como estas se relacionan con los procesos de salud y enfermedad (Juarez, 2011).

Este modelo sostiene que los tres ejes no funcionan de manera aislada, si no que se necesita de la adecuada relación entre ellos para lograr una buena salud, también se diferencia del modelo biomédico tradicional en el cual las enfermedades se producen por alteraciones orgánicas y el paciente no tiene que ver mucho con ello; este modelo fue creado por el médico internista y psiquiatra estadounidense George L. Engel (Arrieta-Villarreal & Guzmán-Saldaña, 2021).

Según los pediatras José Casas Rivero y María Angustias Salmerón Ruiz en su artículo sobre trastornos alimenticios en la revista “Pediatria integral” de Madrid, la etiología de los TCA es aún desconocida para los investigadores, aunque influyen en su desarrollo factores de riesgo de tipo biológico, psicológicos y sociales, y estos a su vez, se diferencian en factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes, es por lo que para ellos el modelo biopsicosocial es el más aceptable para describir posibles causas del desarrollo de los TCA (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Los factores predisponentes son aquellos rasgos biológicos y psicológicos innatos en las personas que los hacen ser más vulnerables a ciertas patologías específicas, en los TCA están las afectaciones biológicas, que pueden ser genéticas, las psicológicas, que pueden ser rasgos de la personalidad, las sociales, que radican en el ambiente cultural en el que se desarrolla el individuo (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Los factores precipitantes son aquellos que impulsan los factores predisponentes para desarrollar enfermedades, es decir, no son la causa precisa de la enfermedad, pero generan el entorno preciso para que, junto a esos rasgos predisponentes de cada individuo, propicien el desarrollo de enfermedades, en los TCA pueden ser situaciones estresantes como la entrada a la adolescencia o situaciones de violencia (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

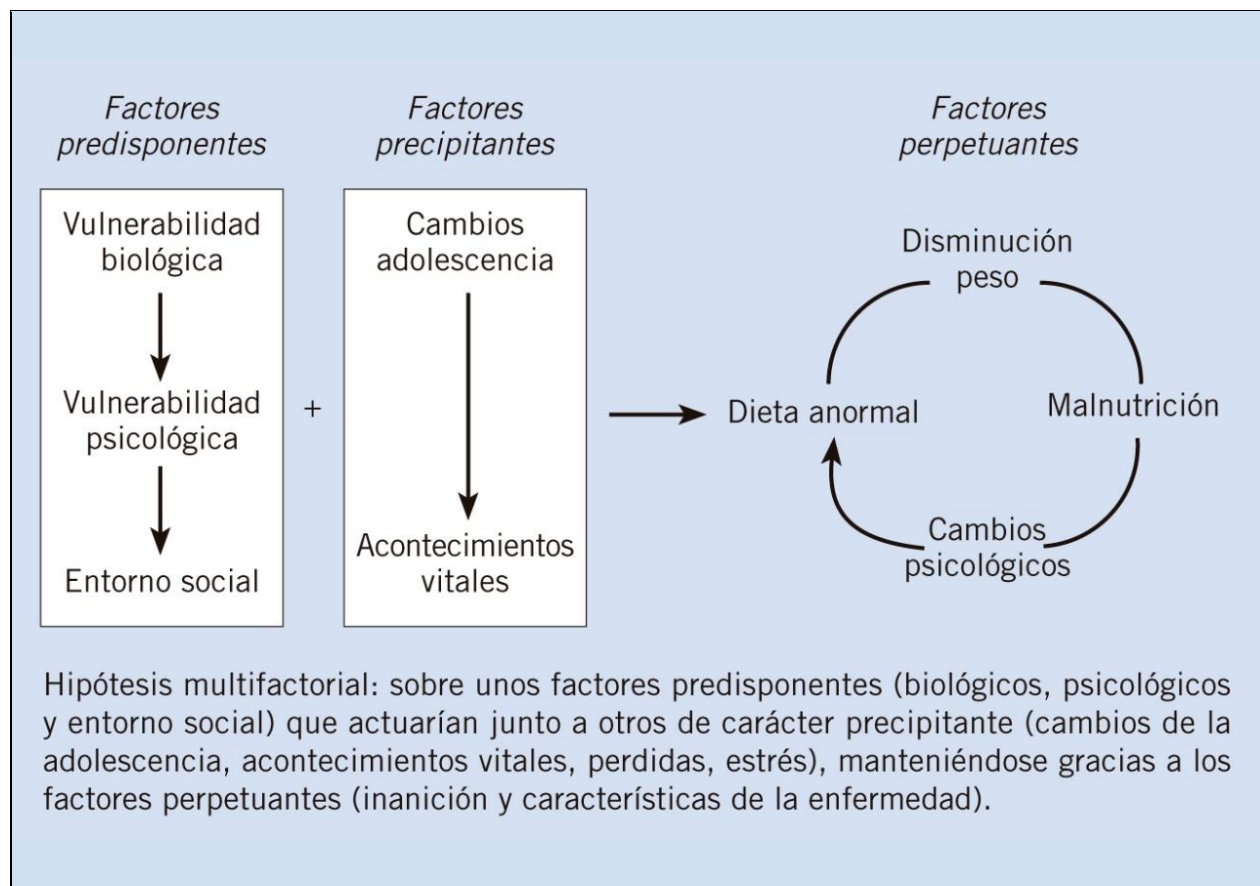
Por último, los factores perpetuantes, los cuales ya son propios de cada enfermedad y junto a los otros factores legitiman la enfermedad y retrasan la recuperación, en los TCA son todas las comorbilidades derivadas de los trastornos iniciales, tanto físicos como psicológicos (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).



En el siguiente esquema, los autores hicieron una síntesis del modelo biopsicosocial con relación a los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. En él se puede apreciar el círculo vicioso de los TCA, en tanto todos los factores estén presente y se desarrollen entre sí, el tratamiento y la prevención se van a ver afectados.

**Tabla 1.**

*Esquema factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes*



*Nota.* Fuente: Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012

A continuación, se van a definir y desarrollar los factores de riesgo socioculturales, biológicos y psicológicos más comunes para los trastornos de la conducta alimentaria, haciendo especial énfasis en los factores predisponentes, puesto que son con los que se va a trabajar principalmente en este trabajo:

#### ***4.2.1 Factores de riesgo Socioculturales***

Es innegable que hoy en día el culto que le hace a ese ideal estético de delgadez extrema está provocando que cada vez más personas, desde adolescentes hasta adultos, presenten un miedo irracional a ganar peso, alterando sus patrones alimentarios hasta el punto de padecer desórdenes alimenticios. En los factores culturales, específicamente, los estereotipos de belleza inalcanzables a los que están sometidas las personas, especialmente adolescentes, ejercen una presión social elevada asociando de manera recurrente la delgadez con el éxito personal y asocia el rechazo y la marginación con quien no cumple este canon de belleza (Behar, 2010).

Otros factores importantes radican en los medios en los que se desarrolla el individuo, es decir, los ambientes familiares y sociales. En el entorno familiar van a ser un factor de riesgo las familias disfuncionales, con padres ausentes y en las que se ejerce violencia tanto física como psicológica, ya que no existe una estructura estable y segura; los TCA frecuentemente se pueden desarrollar después de haber tenido experiencias de trauma infantil, un historial de maltrato aumentan las probabilidades de padecer un TCA, ya sean grados sutiles de maltrato psicológico en los que se hacen burlas que generan ansiedad o inseguridad con el cuerpo (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Por el contrario, en las familias que tienen una dinámica cotidiana intensamente sobreprotectora, rígida y exigente puede influir en el desarrollo de un TCA. Esto, debido a que los niños tienden a desarrollar conductas perfeccionistas que pueden relacionarse directamente con el peso debido a la preocupación sociocultural actual por la belleza y la delgadez, estas personalidades predispuestas desde el hogar a desarrollar un TCA en combinación con los factores precipitantes como la pubertad y la exposición a las redes sociales, aumentan en gran medida de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Además de tener más factores perpetuantes que dificulten la recuperación del trastorno, como la negación a la enfermedad y, por ende, la búsqueda tardía de ayuda va a haber más probabilidad de desarrollar comorbilidades derivadas del trastorno inicial, lo que deteriorará mucho más la salud a largo plazo, debilitando las relaciones y la vida sociales de las personas que las padecen (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Otro factor familiar radica en la educación, cuando dentro de la familia no se fomenta el amor propio y la autoestima al dar mucha importancia a la delgadez y al aspecto físico como medio

para obtener éxito social, se convierten en transmisoras de estos valores que inducen a buscar el ideal de belleza y delgadez (Gracia-Arnaiz, 2014).

También son muy importantes los entornos sociales fuera del hogar, por ejemplo, el colegio o lugares de agrupación y esparcimiento social donde es probable que existan situaciones de acoso o “bullying”, en las que se somete a una persona a burlas u ofensas, en este caso sobre su aspecto físico amedrentando su autoestima y su estabilidad psicológica, teniendo consecuencias tanto físicas como emocionales (Moncusí Ferré, 2012). La adolescencia es un período especialmente frágil con respecto a las burlas, como ya lo habíamos dicho, un factor precipitante es la entrada a la pubertad y en esta etapa se construye la percepción propia, la autoestima y la personalidad, por lo que estar expuesto a este tipo de abuso puede afectar negativamente el correcto desarrollo de la percepción de la imagen corporal (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

De igual forma, en la adolescencia es de suma importancia el sentimiento de pertenencia a los diferentes grupos sociales, por lo que esto puede incentivar el querer alcanzar el ideal de belleza impuesto, cueste lo que cueste, derivando así en trastornos de la conducta alimentaria, es importante mencionar que toda la información nociva, sobre como bajar de peso, la encuentran en internet en páginas “ProAna” y “ProMía” Ana como identificativo para la Anorexia y Mía para la Bulimia (Lladó et al., 2016). Estas páginas, actualmente, han inundado todas las redes sociales y se han convertido en unas comunidades virtuales que no tienen control con respecto al contenido nocivo que dinamizan:

Desde su popularización a comienzos de 2004, el fenómeno Pro-Ana y Mía de Internet ha suscitado un interés considerable en las sociedades occidentales. Constituidas en forma de comunidad online, las personas que participan de él están generando un discurso sobre los trastornos de la conducta alimentaria que choca frontalmente contra el consenso médico establecido y socialmente consensuado. Una notable variedad de imágenes, sonidos, vídeos y textos constituyen el soporte para dicho discurso, que se antoja como una reivindicación de la anorexia y la bulimia como condiciones que no pueden seguir siendo abordadas de forma ajena a la sensibilidad de quiénes las padecen (Rodríguez Campos, 2007).

Debido a esto, muchos adolescentes, hombres y mujeres, que están desarrollando TCA tienen información y acceso de primera mano a todo tipo de blogs, páginas en redes sociales, vídeos

y en general todo tipo de contenido sobre prácticas nocivas para la salud, con las cuales siguen desarrollando su TCA, no solo agravándolo si no que llegan a considerar estas prácticas como un estilo de vida y no una enfermedad.

#### ***4.2.2 Factores de riesgo Psicológicos***

Los humanos somos todos diferentes entre nosotros, a nivel cultural, social, familiar y personal, tenemos rasgos distintivos que nos hacen reaccionar de manera diferente a los distintos estímulos que se nos presentan día a día. Es por lo anterior que sin importar que nos desarrollemos en un mismo entorno, algunas personas tienen mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades, en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Los factores de riesgo psicológicos van de la mano con los socioculturales, puesto que el entorno en el que nos desarrollamos y las situaciones a las que nos exponemos, van a determinar rasgos en nuestra personalidad y nuestras herramientas para lidiar con los problemas.

También se consideran importantes los tipos de personalidad o los diferentes rasgos de las mismas, debido a que en estas están presentes las características cognitivas y emocionales propios de cada persona, los TCA son más comunes en personas con rasgos de personalidad perfeccionistas y con presencia de otros trastornos como el obsesivo compulsivo y la ansiedad (Gonzales Peña, 2022). En el caso de las personas que su TCA inicia en la adolescencia, se ha descrito que todas las preocupaciones que puedan tener las dirigen hacia la comida y por ende al aumento de peso, perdiendo la confianza en sí mismos y su autoestima (Vargas Baldares, 2013).

Es así como los factores psicológicos de los TCA han demostrado ser determinantes para el desarrollo de la enfermedad, las personas con estos problemas de salud han demostrado tener más dificultades que el resto de la población en identificar y explicar las emociones que sienten lo que no les permite hacerles frente de una manera saludable, teniendo que recurrir a conductas de evitación y negación, adquiriendo patrones de comportamiento nocivos para la salud, en este caso, serían las alteraciones a la conducta alimentaria y los comportamientos compensatorios los que finalmente van a producir un TCA (Gonzales Peña, 2022).

Los avances médicos actuales les han permitido a los investigadores emplear técnicas innovadoras para el estudio de los TCA, como el empleo de resonancias magnéticas funcionales (RMF) en las cuales se puede ver la actividad neuronal con respecto a los cambios en el flujo

sanguíneo del cerebro, a la vez que registra los cambios hemodinámicos cerebrales que producen las activaciones neuronales y mediante todo esto permite la evaluación funcional de las secciones del cerebro responsables de funciones fisiológicas como la sensorialidad, la motricidad, la cognición y los procesos afectivos, todo esto en cerebros normales y patológicos (Rosales F, 2003); esto está aportando una visión nueva de la relación entre los TCA, las emociones y el cerebro.

De esta forma se ha descrito que a los pacientes que presentan algún tipo de trastornos de la conducta alimentaria se les activa más frecuentemente la amígdala y la ínsula cerebral, estructuras que se encargan de regular las emociones, están también se asocian con la regulación de los ciclos de sueño, el bienestar emocional óptimo y el aumento del estrés (Gonzales Peña, 2022). Es sumamente importante tener en cuenta que los factores de riesgo se relacionan y convergen entre sí, por lo que si hay presencia de muchas presiones socioculturales es probable que las personas desarrollen factores de riesgo psicológicos como las descritas anteriormente.

#### ***4.2.3 Factores de riesgo Biológicos***

Los trastornos de la conducta alimentaria son padecimientos psiquiátricos graves, no solo por las consecuencias físicas que estos producen, sino también por el deterioro psicológico y el de las interacciones en las relaciones sociales. Gracias a los avances científicos en el campo de la genética, sabemos que hay muchas enfermedades que tienen marcadores genéticos, es decir, que tener ciertos tipos de genes presentes en nuestro genoma, puede aumentar el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad; en el caso de los TCA se han descrito algunas incidencias genéticas que favorecen llegar a padecerlos. Sin embargo, no se ha identificado un marcador genético específico, por lo que la multifactoriedad de los TCA (factores genéticos y ambientales) entran a jugar entre ellos, derivando así las vulnerabilidades individuales que favorecen el desarrollo de los mismos (Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica [SEGHNP] & Asociación Española de Pediatría [AEP], 2010).

En la investigación realizada por Hübel, et al., 2021, titulada “One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder” nos habla sobre riesgo poligenético en los trastornos de la conducta alimentaria. El autor junto a sus investigadores, analizaron el genoma completo de 17.680 individuos, de los cuales 640 de ellos padecían algún tipo de TCA, estos datos fueron extraídos de las bases de datos del UK Biobank.

En su análisis, encontraron la presencia de más de 250 puntuaciones de riesgo poligénico que podían asociarse a diferentes características, como la susceptibilidad a la insulina o a padecer algún trastorno psiquiátrico.

Con estas puntuaciones, los investigadores procedieron a buscar relaciones entre todas ellas y tres tipos de TCA: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Hübel, et al., 2021). De esto, se encontraron 18 puntuaciones de riesgo poligénico asociadas a la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón; además, 5 de estas puntuaciones también está asociada a otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la depresión mayor o el trastorno bipolar. Para sorpresa de los investigadores, la bulimia nerviosa está asociada a factores genéticos relacionados con la obesidad, pero no es así en el caso de la anorexia nerviosa (Hübel, et al., 2021).

Sin embargo, en los casos en los que se presente una vulnerabilidad genética para desarrollar un TCA, este no va a ser un factor determinante, ya que los trastornos alimenticios son enfermedades multicausales; la predisposición genética toma relevancia y aumenta el riesgo y la probabilidad de padecer un TCA cuando está combinada con factores de tipo ambientales y sociales, siendo entendidos como el medio en el que nos desarrollamos y forjamos nuestras relaciones con los otros y con nosotros mismos; estas pueden verse alteradas por, en el caso de los trastornos, los estereotipos de belleza y las presiones sociales por ser o lucir de un modo determinado (Behar, 2010).

Otros factores de riesgo biológico para padecer un Trastorno de la Conducta alimentaria son la anormalidad en la función del hipotálamo, que es precisamente la parte de nuestro cerebro que controla el hambre, la sed y la temperatura corporal mediante la segregación de hormonas; las alteraciones al sistema de neurotransmisores, dado que se altera la producción de noradrenalina, dopamina y serotonina (Vargas Baldares, 2013). También se ha relacionado los cromosomas 1, 3 y 10 para el riesgo de padecer Bulimia Nerviosa.

A nivel hormonal, hay unas moléculas llamadas neuropéptidos que son producidas en el cerebro y son similares a las proteínas, estas están compuestas por cadenas cortas de aminoácidos, algunas funcionan como neurotransmisores y otras funcionan como hormonas. Hay algunos neuropéptidos que regulan el apetito y la saciedad, y es así como Casas Rivero y Salmerón Ruiz, lo explican en su investigación:

Existen neuropéptidos que regulan el apetito; lo activan el neuropéptido Y (NPY) y el péptido Y (PYY) y lo inhiben la colecistocinina y la  $\beta$ -endorfina. Se ha concluido que, en los pacientes con Bulimia nerviosa, los niveles de NPY son normales y los niveles de PYY, colecistoquinina y las  $\beta$ -endorfinas están disminuidos, en la Anorexia Nerviosa el PYY está disminuido y el NPY aumentado (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012, pág. 770).

#### **4.4 Afectaciones y comorbilidades**

La comorbilidad es un término médico usado para describir dos o más trastornos que ocurren en la misma persona, estas enfermedades pueden ocurrir simultáneamente o derivarse una de la otra. De igual forma, las comorbilidades son enfermedades que están relacionadas entre sí y esta relación tiene implicaciones en la evolución de ambas, aumentando el riesgo de empeorar el diagnóstico de las enfermedades y agravar el estado de salud (Avila Smirnow, 2007). Para los trastornos de la conducta alimentaria, siendo enfermedades multicausales, pueden producir todo tipo de comorbilidades, tanto físicas como psicológicas, debido a que se debilitan todos los sistemas del cuerpo por la deficiente calidad de la alimentación y la baja ingesta de nutrientes.

Cuando comemos, es decir, al iniciar el proceso de la ingesta de alimentos y su respectiva nutrición, nuestro cuerpo experimenta una serie de reacciones y procesos cuyo propósito es que los nutrientes que contienen los alimentos lleguen a su destino final: las células de los tejidos. La digestión es el proceso por el cual los alimentos que consumimos se descomponen en sus unidades constituyentes hasta conseguir elementos simples que seamos capaces de asimilar. Estos elementos simples son los nutrientes y podemos utilizarlos para obtener de ellos energía y para incorporarlos a nuestra propia materia viva. Los principales responsables del proceso de la digestión son las enzimas digestivas, cuya función es romper los enlaces entre los componentes de los alimentos (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK], 2018).

Tanto en la anorexia como en la bulimia, el círculo vicioso de restringirse la ingesta de alimentos, provoca que el cuerpo este privado de estos nutrientes, vitaminas, minerales, sales y grasas esenciales que necesita para su correcto funcionamiento, lo que a largo plazo tiene como consecuencia una serie de enfermedades que se originan a partir del TCA, denominadas “comorbilidades”, es decir, el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales (Avila Smirnow, 2007).

A continuación, se caracterizarán las distintas comorbilidades más comunes para la anorexia y la bulimia respectivamente:

#### **4.4.1 Físicas**

Las personas que sufren algún tipo de TCA ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como una dieta restrictiva y conductas purgativas, que van desde los vómitos autoinducidos hasta el abuso de medicamentos como los laxantes y los diuréticos. A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven obesas (dismorfia corporal), por lo que persisten con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de lo que ingieren en su día a día, estas conductas pueden ser la física en exceso, las conductas de purga y el consumo de medicamentos para bajar de peso (Lladó, González-Soltero, & Blanco, 2016).

Los sistemas que se ven afectados con el padecimiento de los TCA son: el cardiovascular, el metabolismo, el sistema nervioso central, el digestivo, el renal, hematología, el sistema inmune, el reproductor y el sistema óseo (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012); a continuación, se describirán las comorbilidades físicas más comunes tanto para la AN como la BN que afectan a todos estos sistemas.

#### **Anorexia**

Como resultado de los extremos estados de inanición, el cuerpo toma como método de defensa una serie de alteraciones en el equilibrio del funcionamiento natural y adecuado del cuerpo, en los cuales se verán debilitados algunos órganos que a su vez debilitarán procesos para asegurar que el cuerpo funcione con la menor energía posible, y así sobrevivir durante más tiempo. Todo esto inicia cuando a los tejidos no les llegan los suficientes nutrientes, por lo que con el tiempo van volviéndose cada vez más débiles hasta que afectan estructuras y sistemas complejos, por ejemplo, los músculos, el corazón, el cerebro y, por ende, el sistema muscular, el sistema circulatorio, el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el sistema endocrino (National Institute of Mental Health [NIH], 2016).



Inicialmente, la falta de energía producida por la restricción de alimentos va a producir una sensación de desmayo, fatiga, dolor torácico, hipotensión ortostática, dificultad para respirar, arritmias, bradicardia, pulso debilitado e irregular, extremidades frías y debilidad general; con esto, el cabello y la piel comienzan a researse, es muy común que también en esta fase se empiece a dar pérdida de cabello y que se presente acné y xerosis, además de la aparición frecuente de hematomas por la alteración en la coagulación (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Cuando la pérdida de peso es considerable, se da una pérdida de masa muscular y con esta debilidad muscular que aparte de generar más sensación de debilidad va a producir una incapacidad en el cuerpo de regular su temperatura, manteniéndose más baja de lo normal, por esto, se da un crecimiento de una capa fina de cabello en todo el cuerpo, incluyendo la cara, al que se le llama lanugo, esto es un esfuerzo por conservar el calor corporal. (National Eating Disorders Association [NEDA], 2012)

Posteriormente, cuando la pérdida de peso es severa se presentan algunos signos graves, como la reducción en la densidad de los huesos (osteoporosis) que resulta en huesos débiles y frágiles, en casos graves también se presenta la talla baja y la detención del crecimiento (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012), las deshidrataciones severas pueden resultar en fallas renales como el aumento o la disminución en la producción de orina y en la disminución anormal en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, indicando que el músculo cardíaco está debilitado; el riesgo de falla cardíaca incrementa a medida que la presión y la frecuencia cardíaca bajan (National Institute of Mental Health [NIH], 2016).

En las comorbilidades que afectan al sistema nervioso central, están la apatía, la falta de concentración, irritabilidad en la vida diaria y, en casos graves, deterioro cognitivo. También se ha descrito que con menor frecuencia pueden ocurrir convulsiones y neuropatía periférica. El sistema digestivo también va a empezar a tener una serie de problemas graves que van desde el dolor abdominal, el estreñimiento, vómitos, distensión abdominal con la ingesta de las comidas, alteración en los ruidos intestinales, hasta la distensión gástrica aguda de forma menos frecuente (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

El sistema inmune se va a ver debilitado y en el proceso de la restauración del peso en la AN pueden haber fiebres por infecciones virales y bacterianas, esto debido a que el sistema tiene menor respuesta a las condiciones adversas que se puedan presentar por los estados de desnutrición (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

A largo plazo la AN puede tener severas repercusiones para el sistema reproductor, ya que se van a producir problemas de fertilidad y hay mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el período neonatal, debido a las deficiencias nutricionales de la madre que pueden producir estas mismas deficiencias en el feto (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012). También se presenta la amenorrea, que es la ausencia de la menstruación, la pérdida de la libido, que es el deseo sexual y la detención del desarrollo sexual en casos tempranos y graves (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

### **Bulimia**

La bulimia se caracteriza por consumir comida en cantidades superiores a las normales (atracones) en periodos cortos de tiempo, lo que produce un arrepentimiento y por ende las personas proceden a provocarse el vómito para evitar subir de peso, lo que priva al cuerpo de procesar los alimentos ingeridos y como consecuencia no absorbe los componentes de estos; el vómito produce un estrés generalizado en el cuerpo que afecta principalmente el estómago, la garganta y los dientes. De igual forma, otro recurso es tomar laxantes, diuréticos, o enemas (purgaciones), los cuales se usan para estimular la eliminación rápida de todos los líquidos y sólidos de cuerpo mediante la defecación o la orina (Gaete P, López C, & Matamala B, 2012).

Durante los períodos de atracones hay peligros potenciales de ruptura gástrica y en los vómitos frecuentes hay inflamación y posible ruptura del esófago, también es frecuente la aparición de caries dentales y la destrucción de los dientes, debido al contacto de estos con los ácidos estomacales; igualmente, por el uso excesivo de laxantes se dan movimientos intestinales irregulares y constipación crónica al igual que úlceras pépticas y pancreatitis.

Todo esto combinado y llevado al extremo puede provocar un desbalance electrolítico que puede llevar a latidos cardíacos irregulares y posible falla cardíaca y muerte; el desbalance electrolítico es causado por deshidratación y pérdida de potasio, sodio y cloro por parte del cuerpo por resultado de las purgaciones (National Eating Disorders Association [NEDA], 2012); (Gaete et al., 2012).

Debido a los vómitos, el sistema digestivo va a presentar una hiperplasia benigna de la parótida, gingivitis, gastritis, esofagitis, alteración de la motilidad esofágica, perforación o necrosis de las estructuras, dolor abdominal y estreñimiento, distensión abdominal y alteración de la

motilidad del colon. El metabolismo también se ve afectado, produciendo patologías como variaciones bruscas en el peso, calambres musculares, turgencia deficiente de la piel y edema con fóvea, que es la acumulación de líquido en los tejidos de la piel (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

En el caso de la BN, en el sistema reproductor, se van a presentar los problemas de fertilidad, la amenorrea y la oligomenorrea, que, a diferencia de la amenorrea, es la menstruación poco frecuente, es decir son ciclos que duran más de cuarenta días (Casas Rivero & Salmerón Ruiz, 2012).

Para entender mejor las comorbilidades físicas más características de los TCA, los autores Salmerón Ruiz et al., (2017) en su artículo “Trastornos del comportamiento alimentario” publicado en la revista *Pediatría integral*, hacen una tabla con la síntesis sobre las comorbilidades que pueden producirse a partir de los trastornos de la conducta alimentaria, dividiéndolas en los sistemas afectados, la sintomatología y los exámenes clínicos que se realizan para confirmar el diagnóstico. Dicha tabla es sumamente útil para entender cada una de estas comorbilidades fácilmente, además de que puede evidenciarse la relación entre ellas:

**Tabla 2.**

Fisiopatología, clínica y relación con pruebas médicas complementarias

<b>Sistema Afectado</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Prueba complementaria alterada</b>
<b>Nutrición</b>	Bajo peso, deshidratación, hipotermia, caquexia, debilidad y cansancio, aumentan con el grado de desnutrición	Bajo peso, bajo IMC
		Antropometría: disminución grasa corporal
<b>Cardiovascular</b>	Debilidad, mareos, desmayo, dolor torácico, hipotensión ortostática, dificultad para respirar, palpitaciones, arritmias, bradicardia, pulso irregular y débil, extremidades frías y acrocianosis	ECG (debido a hipopotasemia): aumento de la amplitud de onda P, aumento del intervalo PR, bloqueo de primer grado, prolongación del QTc, ensanchamiento del complejo QRS, aumento de ritmos ectópicos supraventriculares y ventriculares y alteración del ST

		<p>Ecocardiografía: prolapso de la válvula mitral y derrame pericárdico en la AN. Cardiomiopatía si toman ipecacuana</p>
		Rx: corazón pequeño
<b>Metabólicas</b>	<p>En la AN: fatiga, diuresis aumentada, intolerancia al frío y baja temperatura corporal</p>	- Hipopotasemia (con alcalosis hipoclorémica en vomitadores)
	<p>En la BN: variaciones de peso, turgencia deficiente de la piel y edema con fóvea; en raras ocasiones, debilidad proximal, irritabilidad y calambres musculares</p>	- Hipomagnesemia (en vomitadores, abuso de laxantes y AN)
	<p>En pacientes con deficiencia de vitaminas: estomatitis angular, glositis y diarrea. Color amarillento de palmas y plantas</p>	- Hipofosfatemia (en vomitadores, abuso de laxantes y síndrome de realimentación)
		- Hipercolesterolemia en la AN
		- Tiroides: disminución de la T3 en la AN - Cortisol sérico aumentado en la AN
		Déficit vitamínico de folato, vitamina B12, niacina y tiamina; hipercarotinemia en casos graves de AN
		Análisis de orina: aumento de la densidad urinaria y la osmolaridad, debido a la deshidratación por purga o el uso de diuréticos
<b>Sistema Nervioso Central (SNC)</b>	<p>Apatía, falta de concentración, ansiedad, depresión e irritabilidad; en la AN y en casos severos de BN, deterioro cognitivo; con menor frecuencia, convulsiones y neuropatía periférica</p>	TAC: atrofia cortical y dilatación ventricular
		PET: alteración del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo
		RNM: disminución de la materia gris y blanca
		EEG: alteraciones inespecíficas
<b>Digestivo</b>	<p>En la AN: dolor abdominal, estreñimiento, vómitos, distensión abdominal con las comidas, alteración de ruidos intestinales y distensión gástrica aguda (raro)</p>	Función hepática: aumento GOT, GPT y BI
		Amilasa fraccionada: aumento de la amilasa salival en pacientes con purga. Aumento de la pancreática si

	<p>En vomitadores: hiperplasia benigna de la parótida, caries, gingivitis, gastritis, esofagitis, alteración de la motilidad esofágica, S. Mallory-Weiss, perforación o necrosis, dolor abdominal y estreñimiento.</p> <p>Uso crónico de laxantes: distensión abdominal y alteración de la motilidad del colon.</p>	<p>hay abuso de laxantes o pancreatitis</p> <p>Motilidad gástrica: en la AN, retraso del vaciamiento gástrico, del tránsito intestinal y colónico, disfunción anorectal</p> <p>Endoscopia: inflamación y esófago de Barret</p> <p>Rx de abdomen: síndrome de arteria mesentérica superior y pancreatitis</p>
<b>Renal</b>	<p>En la AN: aumento o disminución de la orina</p>	<p>En sangre: aumento urea, disminución creatinina e insuficiencia renal prerrenal</p>
<b>Hematología</b>	<p>En la AN: fatiga y hematomas por alteración de la coagulación</p>	<p>Anemia normocítica, microcítica o macrocítica; leucopenia con linfocitosis relativa; disminución de VSG, trombocitopenia y anomalías de los factores de la coagulación (raro). Disminución de ferritina, vitamina B12 y ácido fólico</p>
<b>Sistema inmunológico</b>	<p>En la restauración del peso en la AN, fiebre por infecciones virales y menor respuesta de la fiebre a infecciones bacterianas</p>	<p>Alteraciones en el factor de necrosis tumoral y múltiples interleukinas, disminución de inmunoglobulinas y complemento</p>
<b>Tegumentos</b>	<p>En la AN: lanugo, caída del cabello y cabello seco y quebradizo, marcas de autolesiones, xerosis y acné</p> <p>En vomitadores: cicatrices en el dorso de la mano</p>	<p>Déficit vitamínicos y anemia</p>
<b>Orofaringe</b>	<p>En vomitadores: caries dental, erosión del esmalte, especialmente en la superficie lingular de incisivos, dolor y eritema de faringe, arañazos en el paladar y agrandamiento de glándulas salivales</p>	<p>Erosión del esmalte dental</p> <p>Amilasa: véase digestivo</p>
<b>Reproductor</b>	<p>En la AN: mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el periodo neonatal. Deficiencias nutricionales en la madre que pueden dar lugar a deficiencias en el feto. Amenorrea primaria, pérdida de la libido, problemas de fertilidad. Detención de:</p>	<p>Disminución de estrógenos en mujeres con AN o BN, disminución de testosterona en hombres. Patrón prepuberal de FSH y LH si hay amenorrea</p>

	desarrollo sexual, caracteres sexuales secundarios y maduración psicosexual  En la BN: problemas de fertilidad, oligomenorrea o amenorrea	ECO pélvico: falta de desarrollo folicular y/o falta de folículo dominante con amenorrea
<b>Óseo</b>	Dolor óseo con el ejercicio. En casos graves: talla baja y detención del crecimiento (más en la AN que en la BN)	Radiografías óseas: fracturas por estrés (más en la AN que en la BN) y edad ósea retrasada en la AN
		Densitometría ósea: osteopenia y osteoporosis, sobre todo en cadera y columna lumbar (más en la AN que en la BN)
<p><b>AN:</b> anorexia nerviosa; <b>BN:</b> bulimia nerviosa; <b>ECG:</b> electrocardiograma; <b>Rx:</b> radiografía; <b>EEG:</b> electroencefalograma; <b>ECO:</b> ecografía; <b>FSH:</b> hormona folículo estimulante; <b>IMC:</b> índice de masa corporal; <b>LH:</b> hormona luteinizante; <b>PET:</b> tomografía por emisión de positrones; <b>RNM:</b> resonancia nuclear magnética; <b>TAC:</b> tomografía axial computarizada.</p>		

*Nota.* Fuente: Salmerón Ruiz, Román Hernández, & Casas Rivero (2017)

#### 4.4.2 Psicológicas

En el campo de la psicología y la psiquiatría, el uso del término comorbilidad varía del uso médico común, aunque también se refiere a la presencia de uno o más diagnósticos a partir de uno inicial, no supone en todos los casos que el paciente padezca de múltiples enfermedades o trastornos, en este caso puede mostrar la poca claridad en un momento dado de las consultas en las que hay dificultades para darle un único diagnóstico a un conjunto de síntomas.

Llevar el cuerpo al límite, lidiar diariamente con la falta de autoestima y los determinantes sociales de los trastornos, pueden llevar a que la mente se enferme tanto como el cuerpo. Los primeros signos son la depresión y la ansiedad, que si no se tratan adecuadamente es probable que desencadenen en otro tipo de trastornos, por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno por abuso o dependencia de sustancias que conllevan a los intentos de suicidios y suicidios (Godoy Sánchez et al., 2019).

Las comorbilidades psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria pueden afectar significativamente el desarrollo psicosocial óptimo de las personas que las empezaron a padecer

en una etapa temprana del crecimiento, alterando la percepción que se tiene del entorno y por consiguiente la percepción que se tienen de sí mismos. Es por esto, por lo que es importante una correcta prevención y detección temprana, para que estas comorbilidades no lleguen al punto de convertirse en factores perpetuantes de los TCA, que pueden ser tanto para la AN y la BN el aislamiento social y la apatía, dificultades para reforzar de forma positiva la autopercepción, la autoestima baja y la falta de autonomía. De forma concisa, padecer de un TCA y no tratarlo adecuadamente, puede interferir de manera permanente en el correcto desarrollo psicosocial de cada etapa de la vida (López G & Treasure, 2011).

Estudiar la complejidad de las comorbilidades que se desarrollan a partir de los trastornos de la conducta alimentaria va a permitir mejorar los conocimientos y por consiguiente el abordaje multidisciplinario de estos, logrando mejorar las condiciones de vida de las personas que padecen algún tipo de TCA, estas afecciones de salud que van en aumento (Godoy Sánchez, Albrecht Roman, & Mesquita Ramírez, 2019).

### **Anorexia**

Las comorbilidades más comunes descritas para la Anorexia nerviosa son la depresión, los trastornos de ansiedad y particularmente los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), este último va ligado a los rasgos de personalidad perfeccionistas, ya que suelen ser personas excesivamente rígidas con su manera de pensar, demasiado autocríticas y duras consigo mismas (López G & Treasure, 2011).

La depresión está ligada a los estados de desnutrición producidos por la restricción en la ingesta de los alimentos, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos se establecen como independientes de la AN y se consideran factores perpetuantes (López G & Treasure, 2011). De forma menos frecuente pero que también se describen como comorbilidades de la AN son las autolesiones, el abuso de sustancias y los intentos de suicidio, también están presentes algunos desórdenes del desarrollo, en especial los síndromes del espectro autista (López G & Treasure, 2011).

## **Bulimia**

En el caso de la Bulimia Nerviosa, se han descrito principalmente trastornos de estado de ánimo, en los cuales se pueden experimentar períodos de extrema depresión seguidos por períodos de euforia, también está presente el trastorno de ansiedad, el síndrome por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), conductas impulsivas, trastornos limítrofes de personalidad en los que se dificulta mantener el control de las emociones y la baja autoestima. Al igual que en la AN se describen las autolesiones y los intentos de suicidio, además la BN crónica también ha sido asociada a las conductas adictivas (López G & Treasure, 2011).

Para ambos trastornos se han asociado, aunque en menor medida, comorbilidades psicológicas como el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, las fobias específicas relacionadas al peso y a la interacción social, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la ansiedad social crónica (Echeburúa & Marañón, 2001).



## 5. Metodología

Esta investigación, de naturaleza cualitativa, se enfoca en el descenso en la salud, la calidad de vida y el cambio las dinámicas sociales que dos interlocutoras experimentaron tras padecer un TCA debido a sus comorbilidades y cómo esto afecta su vida social y cultural actualmente.

De igual forma, se trata de una investigación descriptiva, en la que se van a referir, a través del método de historias de vida, las características de las afectaciones en el cuerpo y la salud integral de dos personas que padecieron un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), con el propósito de caracterizar de manera más exacta sus distintas comorbilidades (comunes y no comunes), a fin de comprenderlas de manera más exacta.

Como metodología principal se van a usar las historias de vida de las interlocutoras y sus respectivos estudios de caso: Sofía es una mujer de 22 años que padeció anorexia nerviosa hace siete años, Valentina es una mujer de 21 años que desde los 14 padece de bulimia nerviosa y está en recuperación. Las historias de vida son un recurso usado en la investigación cualitativa en la que se hace una inmersión profunda en las vivencias de un fenómeno social particular de unos pocos interlocutores, esto se logra mediante entrevistas semiestructuradas que le dan la voz al interlocutor para expresar su percepción personal del fenómeno social a estudiar; su principio fenomenológico mantiene que “que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación” (Chárriez Cordero, 2012).

En pocas palabras, esta metodología busca el entendimiento del fenómeno social desde las experiencias y la visión del interlocutor, es por esto que los datos obtenidos son descripciones verbales valiosas sobre los fenómenos de interés en la investigación, ya que toma la percepción del interlocutor no sólo como datos etnográficos cuantificables, si no que le da importancia a los significados afectivos y subjetivos que tienen las vivencias y experiencias propias, además de darle relevancia con las relaciones sociales que afectan a los interlocutores (Chárriez Cordero, 2012).

En la investigación cualitativa, las historias de vida son ideales para describir como las realidades sociales son construidas a partir de vivencias y definiciones personales o colectivas, se centra específicamente, en entender los distintos fenómenos sociales desde la perspectiva de quien las vive. Es por esto, por lo que dicho método cuenta con amplias descripciones verbales sobre los diferentes casos a investigar, además de que toma a consideración y le da valor a todo ese

entramado social que viven las personas, describiéndolas con sus propias palabras y sus sentires (Chárriez Cordero, 2012).

Inicialmente, en la primera parte del trabajo de campo, se identificaron las consecuencias producidas por los trastornos de la conducta alimentaria en el cuerpo, mediante la triangulación de información entre las bases teóricas conseguidas en el marco teórico y las historias de vida de las interlocutoras, que se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron gravadas y posteriormente transcritas. Luego, se analizaron las comorbilidades originadas por los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que lograron identificarse, específicamente las que influyen en la vida social y cultural de la población de estudio. Para este punto fue importante el análisis de las entrevistas hechas y las observaciones del diario de campo,

Finalmente se determinaron las afectaciones en el cuerpo, la salud integral y el cambio en las dinámicas sociales de dos personas que padecieron un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más prevalentes, relacionándolas con la dificultad social que representa padecerlas; esto se dio con el análisis de todos los datos obtenidos en el trabajo de campo.

Se obtuvo suficiente información para alcanzar los objetivos propuestos y resolver la pregunta de investigación, con una caracterización sobre las comorbilidades que afectan la vida social y cultural de dos personas que padecieron o padecen de un Trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Todo esto con el fin de ayudar en su detección temprana para prevenir que puedan transformarse en enfermedades graves y crónicas; igualmente se buscó concientizar a la población general del peligro que a largo plazo que representan los TCA, además de la tolerancia que se debe tener con esta población vulnerable por sus limitaciones sociales y culturales a raíz de su enfermedad y sus comorbilidades.

### **5.1 Consideraciones éticas y legales**

A las interlocutoras se les realizó la lectura y firma de un consentimiento informado en el que se les dio a conocer el propósito de la investigación y en el que aceptaban el uso de su historia y nombre para fines académicos. Esta investigación está bajo el código de ética de la Asociación Antropológica Americana (AAA) en la cual se aboga por la responsabilidad que debe tener el antropólogo con la comunidad y la transparencia en las investigaciones (Asociación Antropológica Americana [AAA], 2003).

Se garantizó el derecho a la intimidad de las participantes, guardando la información suministrada bajo el secreto de confidencialidad y ética profesional. Además, los datos personales y de identificación tales como dirección, número de celular y número de cédula, no fueron ni serán divulgados por ningún motivo, ni compartidos en medios de comunicación.

Los datos recopilados en este proyecto son de carácter personal y por lo tanto estarán bajo la Ley de Protección de datos personales. Adicionalmente, estos no serán empleados para otros fines sin el consentimiento del titular del dato, serán conservados por el tiempo requerido para la investigación y no serán entregados a terceros sin autorización.

A las interlocutoras se les hizo envío de la investigación una vez estuvo terminada, para hacer devolución de sus aportes a la investigación y garantizar la transparencia de esta.

## 6. Resultados y discusiones

A cada una de las interlocutoras se les realizó una entrevista semiestructurada amplia que indagaba por varios aspectos de su vida, no sólo por el Trastorno de la Conducta Alimentaria que padecían o padecen. En la entrevista se tocaron temas como la familia, la vida afectiva personal, la esfera profesional, sus gustos e intereses; con relación a su respectivo TCA como tal, indague sobre las circunstancias que dieron inicio a su trastorno, cómo ellas creen que fueron las causas que lo desencadenaron y cómo se transformaron sus relaciones sociales a partir de estas.

Las dos interlocutoras son mujeres jóvenes que actualmente están pasando por la etapa universitaria, para ambas su TCA inició en la adolescencia temprana, de modo que llevan muchos años lidiando, sobre todo, con comorbilidades psicológicas derivadas de su trastorno. Sofía es una mujer de 22 años que actualmente está recuperada de la Anorexia Nerviosa que padeció durante su adolescencia, sin embargo, aún se encuentra en constante control psicológico, nutricional y ginecológico; Valentina es una mujer de 21 años que aún presenta episodios ocasionales de purga derivados de su Bulimia Nerviosa, actualmente no está en ningún tratamiento médico o psicológico.

### 6.1 Inicio del Trastorno de la Conducta Alimentaria

Las historias de vida de las interlocutoras no pueden ser más diferentes entre ellas, vienen de entornos socioeconómicos distintos, esquemas familiares diferentes y contextos sociales disímiles; aun así, ambas desarrollaron un TCA durante su adolescencia, aunque diferentes (Sofía Gutiérrez padece AN y Valentina Suárez BN). Ellas, tienen similitudes en características generales de su TCA como su percepción de cómo empezaron a sufrir su trastorno, describiendo un sentimiento de “querer encajar” y ser “aceptadas” en los espacios y contextos que habitaban:

Es más que todo el querer encajar en...en un espacio, querer encajar en el colegio, porque las niñas delgadas siempre eran las más lindas, las niñas delgadas siempre eran las que los muchachos les gustaban más o las que siempre... no sé, de algún modo eran mejor aceptadas (Sofía, comunicación personal, 2022).

Las dinámicas familiares de ambas interlocutoras son muy diferentes, pues mientras Sofia siempre tuvo un apoyo familiar fuerte, Valentina relaciona el inicio de su bulimia nerviosa con un ambiente familiar tenso, en el que como hija no se sentía aceptada tal cual era:

Yo tuve una época muy, muy difícil para mí. Porqué yo tuve un... dos casos de acoso y fueron dentro de la familia, entonces para mí fue muy duro porque uno se siente asqueado, uno no quiere estar en su cuerpo (...) Tuve un momento muy duro en la casa en donde mi papá, pues tenía trastornos de alcoholismo y a mí era la que le chutaban todo, entonces era como -váyalo a acostar usted, a usted si le hace caso. Vaya, dígame que se acueste- entonces estaba pasando por lo de que yo me estaba cortando, estaba pasando por ese momento en la casa y eso me desbordó (...) hubo una situación que siento que sí dañó mucho la relación conmigo mismo y fue que una vez mi papá dijo que quería más el alcohol que a nosotras. Entonces uno como hija no se siente aceptada (Valentina, comunicación personal, 2022)

Esto es particularmente delicado en el caso de Valentina, puesto que una vida familiar tensionante es un factor de riesgo predisponente para padecer algún tipo de TCA. Esto debido a las posibles situaciones de abuso que se viven desde una edad temprana, la cual es muy delicada para el desarrollo psicosocial. Valentina enfocó su dolor y sus preocupaciones en el peso y la comida, debido a los constantes comentarios acerca de su apariencia física. Además de la idea de no ser suficiente ni ser aceptada por sus padres, generando deficiencias emocionales que intentó satisfacer llegando a ese ideal de belleza por medio de la BN, pues si llegaba a ser tan delgada como todos querían seguramente iba a encontrar amor y aceptación.

## **6.2 Factores de riesgo que iniciaron el TCA**

Los factores de riesgo socioculturales que ambas interlocutoras relacionan con su TCA van de la mano con las circunstancias de inicio de su trastorno, ya que el querer ser aceptada y encajar en un entorno relacionan la delgadez y la belleza de los que las rodean con esa aceptación:

(...) Yo nunca fui gorda, la verdad nunca fui gorda, fui una niña normal siempre, pero pues yo veía que a las niñas flaquititas flaquititas siempre les gustaban más, entonces pasando de

quinto a sexto, yo tomé una decisión que yo iba a adelgazar y me iba a volver flaca costara lo que costara. Y entonces pues a mí siempre me ha gustado mucho el ejercicio y yo quería volverme super super delgada pero con cuerpo de deportista, entonces lo que hice fue que yo entrenaba Tenis y empecé a sobrepasarme entrenando, entonces entrenaba tenis toda la tarde, pero también madrugaba a las cuatro de la mañana y hacía ejercicio, mis papás me regalaron de regalo de navidad una elíptica entonces mantenía haciendo ejercicio en esa elíptica, a toda hora era corriendo para todos los lados, literalmente tomaba solo agua todo el día y no suplía mi gasto calórico a comparación de lo que comía, entonces tuve una descompensación gigante en la parte alimentaria y llegue a pesar 39 Kg. Cuando llegue a pesar 39 Kg fue como el fondo (Sofía, comunicación personal, 2022).

En el momento en el que Sofía relacionó la aceptación social que tenían sus compañeras de clase con su delgadez, fue la receta perfecta para el desastre: el ejercicio en exceso y saltarse cada vez más comidas, causaron que bajara mucho y muy rápido de peso. Aunque ella no podía ver problema alguno, sus seres queridos si notaban ese descenso en la salud física, psicológica y en las relaciones sociales, puedo que Sofía se aisló del mundo y no podía ver que estaba realmente enferma.

Con las experiencias de Valentina, se evidencia que ella también relacionó la aceptación social con la delgadez y la belleza de sus amigas, sintiéndose en desventaja. También está la situación familiar crítica que estaba viviendo para el momento en que empiezan los síntomas de la bulimia nerviosa, puesto que sus padres estaban constantemente ausentes de su vida y su padre tenía trastornos de alcoholismo:

Yo era una adolescente, pues ¿tenía qué? 14 años más o menos. Entonces ya uno empieza como que no, que quiero novio, pero mi amiga es más flaquita, la otra es más alta, la otra es más monita ¿Quién se va a fijar en mí, así como soy? (...) con todo lo que estaba pasando en mi casa, uno como hija no se siente aceptada, más la ausencia de padres no se siente aceptada y además mi hermano se fue de la casa, que era como el poco apoyo que yo tenía en ese momento, entonces aún más me sentía menos aceptada, entonces yo empecé dejando de comer (Valentina, comunicación personal, 2022)

Es aquí donde se vuelven evidentes esos factores de riesgo predisponentes que estaban presentes en la vida de Valentina, a ella desde casa no le estaban enseñando a amarse a sí misma por lo que empezó a compararse con sus amigas que eran más “bonitas” desde lo que socialmente se impone como lo bello, y, a esto se le sumaban las situaciones de violencia que estaba viviendo en casa, que cada vez la hacía sentirse que no encajaba en ninguna esfera social. En este caso es importante relacionar la partida del hermano del hogar, con un claro factor de riesgo precipitante, pues finalmente fue lo que la hizo empezar con los episodios de purga, ella perdió el único apoyo constante que le quedaba y eso la empujó a buscar aceptación a cualquier costo.

### **6.3 Recuperación y comorbilidades**

Los trastornos de la conducta alimentaria son afectaciones a la salud global que se caracterizan por una serie de cambios constantes en los patrones alimenticios saludables de las personas alterando su comportamiento con la alimentación. Estos cambios conllevan a dejar de consumir alimentos importantes por su valor nutricional, lo que a largo plazo va a empezar a generar deterioros significativos en la salud física y el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association [APA], 2013).

En el tema del proceder clínico luego del diagnóstico, se habla de unos métodos establecidos que son los aceptados para el tratamiento de los trastornos, los más comunes y aceptados son: la hospitalización en casos graves, la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia conductual dialéctica (DBT), la terapia de remedación cognitiva (CRT) y la principalmente usada, terapia basada en la familia (TBF) o “modelo de Maudsley” en las que no se logra ver más allá de lo clínico, dejando de lado el lado social y cultural; además, no se previenen las comorbilidades a largo plazo ni una posible recaída a los trastornos, también se reducen las causas a conflictos familiares, problemas de autoestima y control; como métodos alternativos también se usan los grupos de apoyo (Gaete et al., 2012); (Palacios Espinosa, 2007).

Está claro que en estos modelos de tratamiento no se tiene una visión sociocultural completa, por lo que carecen de una multifactoriedad y una multidisciplinariedad que permitan tratarlos y prevenirlos desde sus distintas dimensiones. Es por esto que muchos pacientes se resisten al tratamiento o, como en el caso de Sofía, es un tratamiento basado en el miedo:

Cuando mi mamá me llevó a la nutricionista, me dijeron “si tú no subes por lo menos 3 Kg en 15 días te llevamos al hospital mental de Bello” y mi mamá antes me llevó donde una médica nutricionista del hospital mental de bello y me explico: “si tú no comes literalmente no nos importa, te metemos una jeringa y te metemos la comida” ósea me dijo que iba a estar aislada, que iba a estar con gente loca y entonces yo le dije “listo, yo subo de peso pero de forma natural, no quiero que me den medicina, no quiero que me den suplementos” porque incluso me llegaron a pedir cita con la psiquiatra pero yo nunca tuve que consumir ningún medicamento, todo fue como un progreso muy natural, muy desde el corazón, desde el apoyo de mi familia, entonces yo creo que por eso salí adelante (Sofía, comunicación personal, 2022)

Un miedo que las motivó a recuperarse no por su salud, si no por el temor a lo que los médicos le iban a hacer si no “cooperaba” o si era internada en una institución mental. En este sentido, se puede entender porque la mayoría de las personas se demoran en buscar ayuda para su TCA, aumentando el riesgo de padecer comorbilidades graves y permanentes en un futuro.

Para que una persona pueda desarrollarse de una forma sana y plena en los ambientes socioculturales y biológicos (ambientales), debe gozar, en palabras del médico salubrista Héctor Abad Gómez, de las “cinco aes” que son: Agua, Alimento, Aire, Albergue y Amor. Con estos cinco elementos se garantiza que una persona goce de la salud necesaria, tanto física como mental, para desarrollarse bien y libremente dentro de la sociedad (Abad Gómez & Abad Faciolince, 1990). Este fue un punto clave para la satisfactoria recuperación de Sofía, que nunca perdió el apoyo familiar ni se le castigo por padecer un TCA:

Mi mamá siempre estuvo presente y yo pienso que eso fue lo que a mí me saco adelante, que mi mamá nunca me dejo de lado; ella, mi papá, mis abuelos, aunque un poquito más de lejos porque ellos no se querían meter, la psicóloga de mi colegio, todos, todos hicieron su esfuerzo, aunque yo me quería cerrar al mundo y esconder mis sentimientos (Sofía, comunicación personal, 2022)



Aun así, se puede evidenciar como socialmente la afecto su anorexia, pues sus relaciones familiares perdieron el sentido cultural de protección y confianza. Esto, a su vez, derivó en comorbilidades psicológicas como lo son la depresión y la ansiedad.

### *Físicas*

Como ya se mencionó anteriormente, los trastornos de la conducta alimentaria pueden provocar una serie de comorbilidades que pueden poner en riesgo la salud integral de las personas que los padecen. Afortunadamente ambas interlocutoras no desarrollaron comorbilidades graves que pongan en peligro su vida, sin embargo, sí desarrollaron una serie de afectaciones físicas que limitan su desarrollo social diario, dado que estas desencadenan pensamientos de desasosiego y tristeza, al no poder recuperar las condiciones físicas que tenían antes de padecer el TCA:

(...) En se entonces a mí me dio amenorrea, pero pues yo ya después fui a un control como para poder tratar eso y pues desde hace mucho tiempo tomo pastillas para planificar que eso me ayuda para el control de eso. También en ese entonces tuve alopecia (...) Mi vida cambio totalmente; o sea, nunca, yo creo que nunca volveré a ser la misma, nunca voy a tener el mismo pelo que tenía antes, ni la piel, ni nada de eso, pero bueno, así es la vida (Sofía, comunicación personal, 2022)

Para Valentina, que sufre de BN, la constante restricción en la ingesta de los alimentos sumado a los vómitos, le fueron provocando unos síntomas estomacales que la afectaban inesperadamente en cualquier momento del día, produciéndole dolor e incomodidad; ahora bien, vivir diariamente con dolor es una limitante que va a afectar todo lo que se esté haciendo, ya que se va a producir un estrés corporal y anímico constante que va a hacer mella en las relaciones sociales del día a día. También, desarrolló la gastritis como comorbilidad, que a su vez empezó a desencadenarle úlceras:

(...) Un tiempo pensé que me estaba enfermado, posiblemente sí, me daban Dolores de estómago, ganas de vomitar, de un momento a otro me agarraban, no eran cólicos porque no era como en la parte baja del estómago, sino en la parte como de la boquita (...) A mí

me empezó a dar gastritis. Pero era más por no comer. En el momento que empecé con que no comía, me empezó a dar gastritis e incluso me hicieron exámenes que le meten un tubito por acá y miran, tenía como principios de úlceras (...) además, me ha generado como ansiedad y en parte inseguridad. Y el trastorno de dismorfia corporal, eso también. Más que todo inseguridad en cuanto a la aceptación física y social (Valentina, comunicación personal, 2022)

Al no estar completamente recuperada de su trastorno, todavía debe estar atenta al desarrollo de estas afectaciones, manteniendo preocupaciones que a fin de cuentas afectaran su desarrollo social diario con situaciones que estén relacionadas a su salud como, por ejemplo, la comida.

Para la AN en Sofía, las comorbilidades físicas más prevalentes fueron la amenorrea y la alopecia, teniendo que llevar un control médico hasta el día de hoy para poder mantenerse sana y controlada. También describe cambios en su piel, puesto que hoy en día aún sufre cambios en ella cuando su peso cambia. Para la BN de Valentina, esta le produjo una gastritis que estaba empezando a causar úlceras en su tracto digestivo y dolor constante en la boca del estómago.

### ***Psicológicas***

Por los antecedentes familiares difíciles que tuvo Valentina en el trascurso de su infancia, ella ya tenía algunos factores de riesgo antes de iniciar su TCA, debido al constante estrés que le producía el alcoholismo de su padre. Para cuando ya estaba padeciendo Bulimia Nerviosa, describe cómo el trastorno le produce aún más ansiedad en su vida diaria e inseguridad en lo que es su parte física y estética:

Me ha generado como ansiedad y depresión, también en parte inseguridad. Y el trastorno de dismorfia corporal, eso también. Más que todo inseguridad en cuanto a la aceptación física y social (...) es como si yo me dividiera en dos, llegue un punto en que me siento como dos personas en la que una es fuerte y dice como -de malas que les importa, es mi vida, sí me siento bien y es sano, lo estoy haciendo bien- y otra en que dice que -pero es que si me critican es por algo, si me dicen tal cosa es por algo, O sea, tal vez ellos tienen

razón, todo el mundo tiene razón- a veces siento que realmente me voy a volver loca (Valentina, comunicación personal, 2022)

Valentina describe como las críticas hacen que constantemente este sobrepensando en su peso y su alimentación, esta puede ser una causa de la dismorfia corporal que hoy sigue padeciendo junto a su BN.

En el caso de Sofía, que ya está recuperada de su AN, aún sigue tendiendo pensamientos recurrentes de miedo acerca de volver a engordar:

Todavía hay muchos momentos en que mi mente vive con los traumas de no engordar o de tener miedo de comer mucho, pasarme de las calorías, entonces lo que hago para manejar eso es mucho ejercicio y alimentarme muy bien (...) hoy en día la verdad yo continuamente tengo miedo de engordar y yo continuamente me cuido, pero siento que ya disfruto un poquito más la vida y estoy más relajada, siento que ya he crecido un poquito más, aunque aún estoy trabajando la Vigorexia con mi psicóloga (Sofía, comunicación personal, 2022).

Sin embargo, esto lo maneja llevando una vida saludable, es decir, comiendo balanceado y haciendo ejercicio constante. Aunque esta preocupación aún sigue siendo alta, puesto que sigue en proceso de control de la vigorexia que le desencadenó su AN; la vigorexia, también llamada dismorfia muscular, es un tipo de trastorno en que la persona afectada esta excesivamente preocupada por su cuerpo, por esto hacen ejercicio en exceso y empiezan regímenes alimentarios modernos llamados “Fitness”. A largo plazo, también puede representar un problema de salud si se combina con el uso de esteroides o medicamentos sin supervisión médica (Muñoz Sánchez & Martínez Moreno, 2007).

Las comorbilidades más prevalentes para Valentina con BN fueron la ansiedad, la depresión y la dismorfia corporal, las cuales no le permiten mantener una vida social estable como todos los demás, ya que constantemente está pensando en su cuerpo y su apariencia física, además de los pensamientos y opiniones de las personas sobre su físico. Sofía también presenta síntomas de ansiedad al tener miedos con subir de peso, sin embargo, la más importante es la vigorexia, ya que en un futuro puede representar un factor de riesgo para volver a caer en la AN.

Los TCA, más allá de las concepciones médicas, representan una continua lucha diaria para los afectados, una lucha en la que no son conscientes de lo enfermos que están hasta que se hace evidente por las limitantes físicas y lo que esto produce en su vida social, como no poder hacer las mismas cosas que normalmente harían con su círculo social por las consecuencias del padecimiento. También, dentro de las dinámicas que se van desarrollando entre pacientes, se ve una configuración social en la que este nuevo estilo de vida es lo único que importa, aprenden a romper las reglas para alcanzar un fin “común”:

Yo tenía una amiga que obviamente no me inducía, a esas cosas buenas, entonces uno, por ejemplo, se cortaba, entonces yo empecé a imitar esa esas actitudes. Entonces, pues obviamente ahí uno no ama su cuerpo (...) uno físicamente a veces se siente bien, se siente bien porque bajó de peso, entonces lo que uno cree que les gusta a las personas y es lo que uno cree que lo va a hacer sentir bonito, pero es un placebo, eso es un placebo, porque luego vos comes y luego estás ahí y luego lo haces y luego te sentís mal y quieres llorar y sos como: nunca es suficiente, nunca, nunca es suficiente, siempre es como no, todavía me falta, no todavía me falta, todavía me falta, todavía no me siento bien (Valentina, comunicación personal, 2022)

Es un círculo vicioso que se repite, las dinámicas sociales se transforman para seguir legitimando la enfermedad agravándola y probablemente produciendo unas nuevas, mientras que destruye la vida sociocultural que se tenía antes de padecerlos. Es como si la vida anterior ya no existiera, como si las personas tuvieran que volver a aprender a desarrollarse y vivir plenamente, aunque no lo logran del todo, pues las comorbilidades psicológicas producen un miedo constante que nunca se va, se aprende a vivir con él:

(...) Todavía hay muchos momentos en que mi mente vive con los traumas de no engordar o de tener miedo de comer mucho, pasarme de las calorías, entonces lo que hago para manejar eso es mucho ejercicio y alimentarme muy bien; o sea muy bien, me gusta mucho ir a la nutricionista para que ella realmente como alguien que sepa del tema, que tenga conocimiento, que sea estudiado, me pueda asesorar (Sofía, comunicación personal, 2022).

Los trastornos de la conducta alimentaria, como hemos visto, son enfermedades socioculturales que deben ser tratadas bajo esta multifactoriedad. Es muy delicado como la memoria de los TCA se mantiene aun cuando la persona ha sido dada de alta del tratamiento, ya que se mantienen las ideas detonantes, como la de los cuerpos perfectos y los miedos a aumentar de peso. Esto, constituye un verdadero peligro para las recaídas a los trastornos, sin mencionar las posibles comorbilidades que dejan secuelas de por vida y tienen sus propias características, síntomas y limitantes para un buen desarrollo dentro de la sociedad.

Para ambas interlocutoras, las circunstancias que dieron inicio a su TCA son similares, había una necesidad de aceptación social, en compañía de un relacionamiento de la delgadez con belleza, éxito y atención. Podemos relacionar la recuperación exitosa de Sofía, con lo que respecta al aumento del peso a uno normal para la edad y la mejora de los hábitos alimenticios, debido al gran apoyo familiar que tuvo, mientras que Valentina aún sigue teniendo episodios de su Bulimia y ella no tuvo un tratamiento estructurado como el de Sofía en adición a sus redes y apoyos familiares débiles.

Se evidenció un cambio grande en los hábitos de las interlocutoras, por ejemplo, Sofía en un inicio se saltaba comidas o comía muy poca cantidad de alimentos y de estos muchas veces solo consumía frutas y verduras, que era lo que ella consideraba “saludable”, bebía solamente agua y hacía ejercicio en exceso durante todo el día; hoy podemos decir que ella cambio esos hábitos totalmente, actualmente ella consume diariamente una dieta balanceada recomendada por un profesional de la salud especialista en el tema (nutricionista) y hace ejercicio por salud física, mental y recreación, además de que trabaja multidisciplinariamente con profesionales de la salud para mantenerse sana, como la nutricionista, el ginecólogo y la psicóloga. Para valentina ha sido más dificultosa la remisión, aunque sus episodios de vómitos han bajado en intensidad y cantidad, sigue teniéndolos de forma esporádica, aunque ahora es deportista de alto rendimiento y el ejercicio constante le ha ayudado a regular todos estos hábitos nocivos para su salud.

Para las interlocutoras, podemos caracterizar como factores predisponentes más relevantes la asociación de éxito social con delgadez, la necesidad de inclusión y aceptación social, para valentina estos factores se vieron agravados debido a los problemas familiares. Como factores de riesgo precipitantes, encontramos que valentina vivió dos situaciones de acoso dentro de su estructura familiar, que hizo que habitar su cuerpo fuera tan insoportable que recurrió a las conductas purgativas para lograr ser aceptada, es decir, ser delgada; en Sofía, por el contrario, fueron

situaciones del diario vivir más sutiles, que hicieron que ella obtuviera esa aceptación costara lo que costara. Finalmente, para los factores de riesgo perpetuantes, están principalmente las comorbilidades que cada una desarrolló a partir de su TCA inicial, ya que estas legitiman sentimientos que ya estaban ahí cuando inició el trastorno y con las cuales van a tener que lidiar en su vida diaria.

Las comorbilidades más prevalentes para ambas interlocutoras fueron de naturaleza psicológica, siendo la más mencionada la dismorfia corporal, en la que sin importar cuan saludables estén ahora siguen teniendo una percepción corporal alterada, generando preocupación, estrés y ansiedad. Para Sofia con AN fueron característicos, como comorbilidades físicas, la caída del cabello (alopecia), amenorrea y alteraciones en los tegumentos, es decir, cabello seco y quebradizo y piel reseca (xerosis). Para valentina con BN, sus comorbilidades físicas estuvieron más relacionados con padecimientos gastrointestinales como la gastritis y las úlceras, también se presentaban constantes dolores de estómago fuertes en la parte alta del estómago, acompañados de nauseas prolongadas.

Estas comorbilidades afectaron en gran medida la corporalidad de las interlocutoras, ya que debido a la dismorfia corporal no pueden estar totalmente satisfechas con su cuerpo, estando constantemente en riesgo de una recaída a los TCA. Sus dinámicas sociales también se vieron afectadas debido a que habitualmente se están comparando con las personas que tienen a su alrededor, lo que les impide disfrutar de los entornos sociales diarios con plenitud, también la sensación de estar enfermo es algo que si o si va a limitar la vida diaria con su cotidianidad, provocando una serie de sentimientos negativos como desesperanza, tristeza y una sensación de desventaja con respecto a las otras personas, por ejemplo, al no poder disfrutar de pequeños placeres como salir a comer, comprar ropa, hacer actividades físicas exigentes; cosas tan cotidianas pero a la vez tan importantes.

En general, se limita gravemente la calidad de vida en sus dimensiones sociales, culturales, afectivas, familiares y en la salud, tanto física como psicológica. Es algo con lo que ambas interlocutoras aún luchan para mantener bajo control, los pensamientos obsesivos, la dismorfia corporal, las limitaciones físicas producto de los estados de inanición y la debilidad general debida a las deficiencias nutricionales, hacen que la vida diaria de las interlocutoras esté permeada en su totalidad por su TCA y sus consecuencias, impidiendo que tengan un desarrollo integral personal óptimo.

La inmersión etnográfica y las historias de vida muestran que el trasfondo psicológico y biológico de los factores, síntomas y causas descritas en el ámbito médico y clínico respecto a los trastornos alimentarios no se pueden desligar del contexto en el que han sido elaborados. Es en este sentido que se evidencian las afectaciones socioculturales que las interlocutoras han tenido a raíz de padecer en primer lugar un TCA y en segundo lugar una comorbilidad derivada de este ya sea física o psicológicamente.

## 7. Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multicausales graves, que independientemente de qué tan avanzado esté el TCA, puede afectar el desarrollo de la salud integral de las personas que los padecen, es decir, tener una calidad de vida óptima. Es innegable que los estándares de belleza actuales, la difusión masiva que se les dan a estos a través de todos los medios sociales como el internet y el convivir a diario en entornos hostiles que legitimen y perpetúen la delgadez como máximo propósito corporal idealizado de belleza, son la gran causa del aumento de la prevalencia de los TCA en adolescentes y en menor medida en otras etapas de la vida; en estas últimas se aumentan el riesgo perpetuante si se ha padecido del TCA desde temprana edad.

También, las comorbilidades que se derivan a partir de los trastornos de la conducta alimentaria son factores perpetuantes que mantienen un riesgo alto a volver a recaer en los TCA, o en el caso de estar mal tratadas medicamente, se pueden llegar a transformar en enfermedades crónicas. Si bien los trastornos de la conducta alimentaria han existido desde hace mucho tiempo, es innegable que hoy en día se presenta un aumento y una prevalencia cada vez mayor de estos, por lo que deben hacerse trabajos multidisciplinarios que ayuden a estudiar todas las esferas de este fenómeno y así ayudar a su mejoría social.

Los TCA han sido abordados principalmente desde la medicina, aunque están en aumento los estudios sociales de los trastornos, enfocándose en las posibles causas sociales principales de estos. De todas formas, se evidencia una falta de unión entre los estudios clínicos y los estudios socioculturales de los TCA, puesto que realmente no se están adoptando las medidas necesarias para controlar el problema de la imposición de los estándares de belleza actuales a los que se ve sometida la sociedad en general, en los que se evidencia una prevalencia mayor en las mujeres.

En este orden de ideas, en el tema de los tratamientos establecidos para los trastornos de la conducta alimentaria, su principal problema es que son terapias que muchas veces se apoyan en el miedo del paciente, como bien lo dijo la interlocutora Sofia, y esto provoca que cierto tipo de personas no busquen ayuda, agravando el problema y poniendo en gran riesgo su salud. Esto evidencia una falta de perspectiva social y cultural que permita dar un porqué del problema en cada caso particular y también que no pueda haber una prevención eficaz.



Esta falta de subjetividad produce que sea más difícil pronosticar las posibles comorbilidades que va a desarrollar el paciente en un futuro dependiendo de la expresión de sus síntomas, dificultando su respectiva prevención mediante la orientación del tratamiento. Además, en los modelos tradicionales de tratamiento (TCC, DBT, TBF, CRT) está claro que en ellos no se tiene una visión sociocultural completa, por lo que carecen de una multifactoriedad y una multidisciplinariedad que permitan tratarlos y prevenirlos desde sus distintas dimensiones de forma subjetiva, como en los entornos sociales, el ámbito familiar, escolar y virtual, y sus expresiones corporales físicas y psicológicas.

Sin duda, este es un complejo problema social que no va a tener un fin hasta que socioculturalmente adoptemos herramientas que nos permitan generar un cambio de ese pensamiento pesocéntrico desde las etapas tempranas del desarrollo. Es importantísima que las modas y las imposiciones estéticas dejen de tener tanto valor cultural, para dejar de glorificar estos tipos de cuerpos hiper delgados que realmente no son saludables y muchas veces son producto de ediciones fotográficas. Hay que motivar la aceptación del cuerpo propio como algo hermoso que nos permite hacer todo lo que nos gusta y mucho más, hay que dejar de justificar el acoso hacia esos cuerpos que socialmente no se aceptan, delgadez no es sinónimo ni de delgadez ni de bienestar.

Para concluir, es evidente que lo que falta desde la prevención es la educación en las etapas tempranas, es decir, en los colegios. Esto debido a que muchos de estos TCA inician por el acoso que es tan común en los colegios, este que va orientado a atacar a una persona por su peso e imagen corporal. Los trastornos de la conducta alimentaria son padecimientos tanto de salud física como mental graves, que tienen repercusiones severas en la calidad de vida de las personas que los padecen o los han padecido, estas consecuencias van a estar ahí durante toda la vida de las personas, esto puede prevenirse con una educación basada en el amor propio y el respeto tanto con uno mismo como con las demás personas, aceptar nuestras diferencias es crucial para quitarle valor a los estándares de belleza establecidos socialmente.

“La educación puede ser la gran fecundadora o la gran esterilizante de los hombres, y los hombres pueden ser los grandes transformadores de los pueblos o los más formidables obstáculos para su progreso”

-Héctor Abad Gómez

## Referencias

- Abad Gómez, H., & Abad Faciolince, H. J. (1990). *Manual de tolerancia*. Editorial Universidad de Antioquia.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En A. P. Association, *DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (págs. 329-354). Editorial Médica Panamericana.
- Arrieta-Villarreal, J. L., & Guzmán-Saldaña, R. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(19), 101-102.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (págs. 329-354). PANAMERICANA.
- Asociación Antropológica Americana [AAA]. (2003). *Código de ética de la Asociación Antropológica Americana*. <https://biblioteca.org.ar/libros/88562.pdf>
- Avila Smirnow, D. (2007). ¿Qué es la comorbilidad? *Revista Chilena de Epilepsia*, 49-51.
- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 19-26.
- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 80-88.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 319-334.
- Blanco, E. L. (2012). *Influencia de las páginas Pro-Anorexia y Pro-Bulimia en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*.
- Campos Rodríguez, J. M. (2007). Anorexia, bulimia e internet. Aproximación al fenómeno pro-ana y mía desde la teoría subcultural. *FRENIA*, VII, 127-144.
- Casas Rivero, J., & Salmerón Ruiz, M. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*, XVI(10), 769-779.
- Chárriez Cordero, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50-67.

- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductua*, 9(3), 513-525.
- Etienne, C. F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 1-2.
- Fajardo, E., Méndez, C., & Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 46-57.
- Farrera Sabioncello, S. (2001). *Comorbilidad de los Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Gaete P, M. V., López C, C., & Matamala B, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes, Parte 1: epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 566-578.
- Gaete, M. V., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes, Parte 2: Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 579-591.
- Godoy Sánchez, L. E., Albrecht Roman, W. R., & Mesquita Ramírez, M. N. (2019). Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pediatría. *La Revista del Nacional (Itauguá)*, 17-26.
- Gonzales Peña, E. (2022). *Neurobiología de los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de la Laguna.
- Gracia-Arnaiz, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al. *Política y Sociedad*, 51(1), 73-94.
- Hübel, C., Abdulkadir, M., Herle, M., Loos, R. J., Breen, G., Bulik, C. M., & Micali, N. (2021, Febrero 28). One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 785-793.
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK). (Diciembre de 2018). *El aparato digestivo y su funcionamiento*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/aparato-digestivo-funcionamiento>

- Jáuregui Lobera, I. (2012). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*(16), 1744-1751.
- Jáuregui Lobera, I. (2016). Modas y modelos sociales en salud mental. Anorexia y Bulimia. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*(23), 2489-2501.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Lladó, G., González-Soltero, R., & Blanco, M. J. (2016). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutricion Hospitalaria* , 693-701.
- López G, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2013). Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta Alimentaria. *Editorial Académica Española.*, 1-73.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Literatura Biomédica* , 579-592.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Salud Pública*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>
- Moncusí Ferré, A. (2012). Los TCA como construcción sociocultural . En M. Gracia Arnaiz, *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios* (págs. 227-251). Tarragona: Publicacions URV.
- Muñoz Sánchez, R., & Martínez Moreno, A. (2007). Ortorexia y vigorexia ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*(5), 457-482.
- National Eating Disorders Association [NEDA]. (2012). *Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios*. National Eating Disorders Association.
- National Institute of Mental Health [NIH]. (2016). *Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos – 48.ª ed.*
- Palacios Espinosa, X. (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. *Terapia Psicológica*, 73-85.
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.

- 
- Rodríguez Campos, J. M. (2007). Anorexia, Bulimia e Internet. Aproximación al fenómeno Pro-Ana y Mía desde la teoría subcultural. *FRENIA*, VII, 127-144.
- Rosales F, M. R. (2003). Resonancia magnética funcional: una nueva herramienta para explorar la actividad cerebral y obtener un mapa de su corteza. *Revista Chilena de Radiología*, 9(2), 86-91.
- Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452.
- Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica, SEGHN; Asociación Española de Pediatría, AEP. (2010). Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica . En D. Madruga Acerete, R. Leis Trabazo, & N. Lambruschini Ferri, *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa* (págs. 325-339). Madrid.
- Sofía. (25 de Mayo de 2022). Entrevista #1. (C. Posada Restrepo, Entrevistador)
- Valentina. (26 de Mayo de 2022). Entrevista #2. (C. Posada Restrepo, Entrevistador)
- Vargas Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria . *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 475 - 482.
- Zubiri, X. (1986). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza editorial.

## Anexos

### Anexo 1. Entrevista semiestructurada hecha a las interlocutoras

En la entrevista se buscó establecer un ambiente cómodo y seguro para las interlocutoras, se les repitió lo firmado en el consentimiento informado sobre las consideraciones éticas del trabajo. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de tres horas, profundizando en cada pregunta con comentarios adicionales a la información que las interlocutoras iban aportando.

Posteriormente, cada entrevista fue transcrita y categorizada bajo los subtítulos de este trabajo, para ayudar la escogencia de fragmentos testimoniales que describieran de mejor forma como es vivir la vida con un Trastorno de la Conducta Alimentaria y con sus comorbilidades.

#### Entrevista

Buenas tardes, mi nombre es Carolina Posada Restrepo, estudiante de antropología de séptimo semestre de la universidad de Antioquia. Esta entrevista es para mi trabajo de grado, el cual propone como tema una caracterización de las comorbilidades más comunes en los trastornos de la conducta alimentaria que afectan la calidad de vida de las personas, esta última entendida como la armonía entre vida social, cultural, afectiva, familiar y en la salud, tanto física como psicológica.

Cabe aclarar que, si en cualquier momento te sientes mal y no quieres continuar, estás en todo tu derecho de hacerlo, ten la confianza de hacérmelo saber de inmediato para detener la entrevista y determinar si estás en condiciones de continuar.

Vamos a empezar con unas preguntas breves.

- Cuéntame de ti, de tu vida, ¿qué haces? ¿qué te gusta?
- ¿Qué piensas que desencadenó tu TCA?
- Hablar sobre las circunstancias del inicio del trastorno
- ¿Qué tipo de TCA desarrollaste dentro de estas circunstancias?
- Hablar acerca de las circunstancias de este, que tratamientos se siguieron, ¿fue o no fue hospitalizado?

- Qué tal ha sido la experiencia con el tratamiento, fue buena o mala y por qué, qué mejoraría, qué hace falta.

- ¿Cómo te sientes con la terapia de grupo? ¿estarías dispuesto a participar en estas?

- Cuando su vida empezó a transformarse por los TCA, ¿notó algún cambio en las dinámicas sociales, ya sean familiares o amistosas?

- Cómo interactuó con estos cambios, es decir, ¿cómo cambió su vida diaria y la perspectiva que tenía de sus dinámicas sociales?

- Siendo una comorbilidad entendida como una enfermedad o trastorno derivado de una condición de salud previa, es este caso los trastornos de la conducta alimentaria, ¿cree usted que tiene alguna comorbilidad?

- ¿Cómo es la vida diaria con estas comorbilidades?

- ¿Cómo cambió su vida a partir de las comorbilidades además de su TCA inicial?

- Cuénteme acerca de sus temores, retos, alegrías, objetivos y qué espera en un futuro a partir de lo que hemos hablado.

- ¿Cómo considera que es la reacción de la sociedad frente a los TCA? ¿cree que se está haciendo algo para prevenirlas y tratarlas correctamente?

### **Anexo 3. Consentimiento informado**

El siguiente documento, es el consentimiento informado que firmaron las interlocutoras, en el que aceptaban el uso de su historia y su nombre para la investigación.





## CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**PROYECTO:** Los trastornos de la conducta alimentaria y sus comorbilidades: limitantes para una buena calidad de vida

### INTRODUCCIÓN

Lo/a estamos invitando a participar en la investigación que se está desarrollando en el marco del trabajo de grado denominado: “Los trastornos de la conducta alimentaria y sus comorbilidades: limitantes para una buena calidad de vida”, para lograr el título de antropóloga de la Universidad de Antioquia,

### DESCRIPCIÓN BREVE SOBRE EL PROYECTO

Esta es una investigación que busca caracterizar las comorbilidades de los trastornos de la conducta alimentaria que afectan la vida social y cultural de las personas que los padecen, esto para entender mejor las dinámicas de los trastornos alimenticios dentro de la sociedad y cómo estas comorbilidades siguen siendo un factor de riesgo para recaer en estos trastornos u otras enfermedades

**POR QUÉ SE LE INVITA A PARTICIPAR DE LA ENTREVISTA:** se quiere conocer su punto de vista sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sus historias de vida y su lucha contra esta enfermedad y sus comorbilidades derivadas.

**PARTICIPACIÓN:** La participación en este estudio es voluntaria, lo que quiere decir que puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si acepta ser parte del estudio, se le pedirá involucrarse con las actividades que se mencionan a continuación:

1. Firmar el formato de consentimiento y en caso de no saber firmar permitir la toma de la huella digital.
2. Responder una serie de preguntas relacionadas con su vida diaria y su historia con los trastornos de la conducta alimentaria. La entrevista se realizará en un lugar concertado previamente.
3. Asistir a posibles talleres grupales con la intención de escuchar y ser escuchado.

**COSTOS Y COMPENSACIÓN:** Esta investigación es con fines académicos, sin ánimo de lucro, para optar al título de Antropóloga de la Universidad de Antioquia. Ni usted, ni la investigadora recibirán pago por esta entrevista. El beneficio de esta investigación será para las personas que día a día luchan contra los trastornos de la conducta alimentaria y sus comorbilidades, ya que se busca dar un entendimiento para obtener un adecuado tratamiento.

**DERECHOS:** El participante tendrá derecho a conocer los resultados parciales y finales de la investigación.

**INCONVENIENTES Y RIESGOS:** Esta investigación no representa un riesgo para su salud y se clasifica como una “Investigación de bajo riesgo”. Se cumplirá con las normas del Ministerio de Protección Social (Resolución 008430 de 1993), las Pautas éticas internacionales y de Guías Operacionales para Comités de Ética para las investigaciones médicas con seres humanos. Se acoge el Código de Ética de la Asociación Americana de Antropología (2012).

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** Se garantiza el derecho a la intimidad del participante, guardando la información suministrada bajo el secreto de confidencialidad y ética profesional. Además, los datos personales y/o de identificación de la población no serán divulgados por ningún motivo o medio de comunicación. Sólo la investigadora (estrictamente responsable del estudio) podrá acceder a su identidad verdadera para localizarlo/a en caso que se requiera. Los datos recopilados en este proyecto son de carácter personal y por lo tanto estarán bajo la Ley de Protección de datos personales (Ley 1581 de 2012, Decreto de 2012, Decreto 1377 de 2013, de Protección de datos personales). Adicionalmente, estos no serán empleados para otros fines sin el consentimiento del titular del dato, serán conservados por el tiempo requerido para la investigación y no serán entregados a terceros sin autorización.





Código: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO - DECLARACIÓN DE VOLUNTAD**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad identificado (a) con cédula de ciudadanía número: \_\_\_\_\_, por medio del presente escrito manifiesto que tengo las facultades mentales para haber comprendido la información que me ha sido suministrada sobre la investigación y para tomar la decisión que posteriormente expresaré. También manifiesto que se me ha dado la oportunidad de expresar cualquier duda o de formular preguntas, e incluso, de manifestar si deseo o no seguir participando. En todo momento se me ha recordado mi derecho a aceptar o rehusar mi participación en esta investigación. Declaro, que no he recibido presión de ninguna clase para tomar la decisión, ni he sido sometido a engaño.

Autorizo expresamente al personal comprometido con esta investigación y lo faculto a tomar los datos que consideren pertinentes, incluyendo los registros de:

- 1) audio SI  NO
- 2) video SI  NO
- 3) fotografía SI  NO

y consignarlos en los medios que hayan sido diseñados para hacer este estudio.

También autorizo a transmitir en el trabajo final, en eventos y publicaciones científicas y académicas que se consideren pertinentes, los datos de la información reservada, manteniendo oculta mi identidad. Las dudas al respecto fueron aclaradas, en consecuencia, voluntariamente acepto, autorizo y por lo tanto firmo de manera libre y sin presiones el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas.

Marcar con una X		
	Está de acuerdo	No está de acuerdo
Medios audiovisuales		
Uso del nombre		
En caso de no autorizar el nombre, se hace uso de un código		
Entrevistas		
Posibles publicaciones posteriores		

	Nombres y Apellidos (En letra clara)	Lugar y Fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital
Participante			
Investigador (a)			

**Observaciones:**

- El personal de nuestro grupo está capacitado para explicar y responder todas sus preguntas acerca del estudio y sus implicaciones.
- Si tiene algún interrogante sobre el estudio por favor no dude en manifestarlo a los investigadores, quienes, con mucho gusto, le contestarán sus preguntas.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse con Carolina Posada Restrepo a los teléfonos: +57 4 261 2200 en Medellín.