



Facultad de Estudios Superiores

IZTACALA

Bulimia nervosa risk factors (BN): key elements of health care security. A review of the literature

Factores de riesgo en la Bulimia Nerviosa (BN): elementos claves de seguridad en el cuidado de la salud. Una revisión de la literatura

Johanna Doncel Fonseca¹, Sandy Heredia Barreto¹, Yudanni Mateus Alfonso²,
Natalia Cortes Neiza², Jorge Arley Ramírez Cárdenas³.

¹ Especialización en Gerencia en Instituciones de Salud

² Especialización en Auditoría en Salud

³ Terapeuta Ocupacional, Magister en Estudios Sociales, Docente de la Especialización en Auditoría en Salud. Fundación Universitaria del Área Andina

Recibido: 2022-09-09

Revisado: 2022-10-10

Aceptado: 2022-12-10

Autor de correspondencia: jramirez@areandina.edu.co (J.A. Ramírez -Cárdenas)

Financiamiento: Ninguno

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

Se realizó una revisión de literatura con el objetivo de identificar los factores de riesgo de la BN, útiles para que el equipo de salud proteja la seguridad de sus intervenciones y atención a las personas que padecen este trastorno en el ciclo de vida adolescente y joven. Se hizo una búsqueda en bases de datos y repositorios, con uso de términos libres como: BN, adolescente, factor de riesgo, trastorno de conducta alimentaria, en español e inglés, combinados con operadores booleanos (AND, OR, NOT) y de posición (WTH y NEAR). Se incluyeron 72 documentos tras la selección por criterios de inclusión, se hizo depuración de ellos según sus datos bibliográficos, objetivo, tipo de estudio, resultados y conclusión. Los resultados muestran que hay aún factores biológicos por rastrear y analizar, dentro de

los sociodemográficos, la edad de afectación principalmente reportada es la adolescencia y adultez joven, no hubo diferencias por raza o nivel socioeconómico. Factores comportamentales como preocupación por la imagen corporal, dietas y ejercicio son documentados. Desde el área psicosocial, la disfuncionalidad individual y los antecedentes de trastornos psicológicos, la familia y el entorno cultural condicionan para que el cuerpo logre su delgadez. La conclusión general sugiere que la seguridad de la atención en la BN está en explorar los antecedentes individuales, biológicos, psicológicos y comportamentales; reconocer dinámicas familiares y la influencia del entorno social. Asimismo, es útil, el trabajo interdisciplinar e integración de red de apoyo familiar para lograr atención segura en la BN.

Palabras claves: *bulimia nerviosa, factores de riesgo, trastorno de alimentación, seguridad de atención, evento adverso.*

Abstract

Review of literature aimed at recognizing risk factors of BN, useful for the health team to protect the safety of their interventions and care for people suffering from this disorder in the adolescent and young life cycle. It consists of a narrative review, carried out by means of search in databases and repositories, with use of free terms such as: BN, adolescent, risk factor, food behavior disorders, in Spanish and English, combined with boolean operators (AND, OR, NOT) and position (WITH and NEAR). Seventy-two sources were incorporated, documents were selected by inclusion criteria, review according to bibliographic data, objective, type of study, results, and conclusion. The results show that there are still biological factors to be traced and analyzed, within the sociodemographic the age of involvement is adolescence and youth, it does not have differences by race or socioeconomic level. Behavioral factors such as concern for body image, diets and exercise are documented. From the psychosocial area, individual dysfunction and backgrounds of psychological disorders, the family and the cultural environment influence to achieve the thinness of the body. The general conclusion suggests that the safety of care in the BN lies in exploring the individual, biological, psychological and behavioral backgrounds, recognizing family dynamics and the influence of the social environment. It is useful, interdisciplinary work and integration of family support network to achieve safe health care in the BN.

Keywords: *Bulimia nervosa, risk factor, eating disorder, health care security, adverse event*

Introducción

Los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) que hasta hace un tiempo eran denominados trastornos alimentarios (TA) o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que con el transcurrir de los años han alcanzado una dimensión mundial. Estas patologías implican de manera central la imagen corporal, la auto-percepción e imagen propia, relacionadas con vivencias sociales y culturales de quienes lo presentan. Las personas que los han padecido o los padecen experimentaron

presiones sociales por opiniones sobre su cuerpo que las llevan a producir cambios de su imagen física, lo que a su vez se articula con sus formas de pensar y convivir en un entorno (Duarte & Mendieta, 2019; Kolar et al., 2016; Marmo, 2014; Silva-Farah & Mate, 2015).

En general los TAIA han sido reconocidos como trastornos de manejo complejo por ser de origen causal múltiple, de igual forma, se dan con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres (Lopez & Treasure, 2011). Algunos estudios evidencian una alta vulnerabilidad de escolares del nivel bachillerato, esta susceptibilidad se asocia con la influencia de los

medios de comunicación así como presiones de amigos o familiares, esto coincide en muchos casos con alteraciones de autoestima, depresión y comorbilidad física; mismos que pueden ser habituales en la adolescencia, debido a estar adicionados a los imaginarios y vivencias relacionadas con el desarrollo corporal y la búsqueda de identidad (Borda et al., 2015; Gomez-Sánchez, et al., 2020).

Además de las presiones del entorno, se reconoce que el funcionamiento emocional (de autorregulación) tiene un rol clave en el mantenimiento o desaparición de los TAIA (Schmidt & Treasure, 2006). Esos trastornos se relacionan con los limitados recursos que tienen las personas para regular sus emociones y por ello, estas personas permanecen generando conductas desadaptativas para enfrentar situaciones de presión y que les producen afectación en su tolerancia emocional (Danner et al., 2014). También, se destaca la relación entre los TAIA y la imagen corporal, donde hay implicados esquemas mentales sobre la percepción de la forma física y la insatisfacción en la misma (Álvarez-Amor et al., 2014; Hamdan-Pérez et al., 2017).

A partir de las características de los TAIA y como centro de esta revisión es necesario reconocer algunos datos y cifras de la BN. Al inicio de los años 2000 la prevalencia diagnóstica de esta enfermedad mental en los adolescentes, se encontró después del trastorno alimentario no especificado y seguida de la anorexia nerviosa (AN) (Golden et al., 2003). En un estudio más reciente, una encuesta desarrollada en 14 países, se encontró que la BN tiene una prevalencia del 1 % durante toda la vida, y de 4 % en un año (Kessler et al., 2013 citado en Engel et al., 2020); para Estados Unidos, la prevalencia en mujeres es de 1,5 %, mientras que en hombres es de 0,5 % (Hudson et al., 2007). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (MINH, por sus siglas en inglés), sugiere que, en adolescentes, jóvenes y adultos, la BN alcanza el 0,3% en hombres y de 0,3% a 0,6% en mujeres (Marmo, 2014).

Actualmente, se reconoce que la BN es uno de los TAIA más prevalentes a nivel mundial, alcanza entre el 2-4% y en general es más frecuente que la AN (Duarte & Mendieta, 2019). Asimismo, se reconoce que el curso de este trastorno puede tener patrones de recuperación y/o recaída, en cuanto a la recuperación el estudio

de Keel et al. (1999) identifico que 10 años después de la intervención, solo el 11% cumplía con criterios de BN.

En reiteración a lo expuesto respecto del nivel mundial, los TAIA afectan a países latinoamericanos, muestra de ello un metaanálisis que incluyó 17 estudios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela encontró una tasa media de prevalencia puntual del 0,1% para la AN, y del 1,16% para la BN, lo que deja ver que, es cada vez más común el fenómeno de aparición de estos dos trastornos en la región (Kolar et al., 2016). Además de estos países, en Perú los TAIA en el área urbana llegan a estar presentes en el 6 %, y las conductas de BN pueden tener prevalencia de 1.6% en mujeres y 0.3% en hombres (Gonzales, 2017).

La BN es una enfermedad que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, estos a su vez implican la ingestión de alimentos en periodos cortos de tiempo en cantidades superiores al promedio de una persona y sensación de no poder controlar lo que se ingiere. Se suman, comportamientos que compensan, entre ellos, inducir vómito, uso de laxantes o medicamentos, ayuno o ejercicio en exceso. Los atracones al igual que las conductas compensatorias se dan por lo menos una vez por semana y se extienden por tres meses. La autovaloración se centra en la constitución corporal y el peso. En relación con el nivel de gravedad, este se determina por la cantidad de episodios compensatorios inapropiados por semana, así: leve entre 1-3; moderado entre 4-7; grave entre 8-13 y extremo sobre 14 episodios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El presente escrito hace un acercamiento a los factores que pueden incidir en la atención segura de las personas que padecen BN, esto sugiere atender aspectos claves como la complejidad de identificación de la BN (diagnóstico), la cronicidad, la comorbilidad y la concomitancia con otros fenómenos como: consumo de psicoactivos, presencia de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (Mendez et al., 2008), todo ello bajo el enfoque de seguridad para la atención en salud, aspecto del que según la revisión aún hay terreno por desarrollarse y por consolidar evidencia. Así, el objetivo es identificar factores de riesgo de la BN, factores asistenciales y administrativos que pueden ser de riesgo o protectores para que el equipo de salud haga sus intervenciones frente a la BN en ciclo de vida adolescente y joven.

Método

Se realizó una revisión narrativa que implicó una búsqueda metodológica y flexible de literatura (Aguilera-Eguía, 2014; Fortich-Mesa, 2013), así como de la recopilación y selección de información respecto de la BN en adolescentes y jóvenes, con atención en los factores de riesgo de la BN, factores administrativos y asistenciales que aportan en la atención segura de la BN. En primera instancia, se definió el tema de estudio, acompañado de la formulación del problema, el cual apunta a la necesidad de consolidar información de carácter científico, relacionada con el tema de revisión.

Se realizó la búsqueda de la literatura a través de siete bases de datos, el buscador de *Google Académico*, y repositorios de siete organizaciones (entre ellas una del sector salud y seis de educación superior). Se tuvo en cuenta las siguientes combinaciones de palabras clave con operadores booleanos y de posición en español e inglés, (trastorno conducta alimentaria/eating disorder) AND (adolescente OR joven/adolescent); (trastorno conducta alimentaria AND bulimia) NOT (adulto mayor); (factores de riesgo) AND (bulimia); (bulimia nerviosa/ bulimia nervosa) AND (adolescente/ adolescent); (bulimia nerviosa) AND (joven); (bulimia nerviosa) AND (escolares); (seguridad del paciente) AND (enfermedad mental); (factores de riesgo) WITH (bulimia; factores de riesgo) NEAR (bulimia) y, (eating disorder) NEAR (adolescent). Para la selección se hizo la revisión de documentos que incluyeran los términos de búsqueda en el título o dentro del texto.

Los criterios de inclusión fueron: documentos publicados entre 2001 y 2022, artículos de investigación, revisiones (narrativas o sistemáticas) en relación con factores de riesgo o riesgos del tratamiento en BN o BN y AN; reportes de investigación documental o empírica relacionados con factores de riesgo o riesgos del tratamiento en BN o BN-AN; artículos de investigación y revisión que complementaran factores de seguridad del paciente o seguridad sanitaria; informes técnicos de organizaciones en relación con trastorno mental y seguridad sanitaria, textos que reportaran antecedentes de la BN de forma directa o indirecta. Como criterios de exclusión: reportes

o documentos duplicados o con acceso restringido en internet.

La búsqueda se hizo por cinco investigadores cada uno en las fuentes citadas, se cruzaron los hallazgos para eliminar documentos duplicados. Para dirimir diferencias de selección, se tuvo en cuenta que los documentos seleccionados incluyeran las variables y que se cumpliera con diferentes momentos para el desarrollo temático.

Para procesar la información recopilada, se utilizó una matriz que sintetizó: elementos centrales relacionados con BN, riesgos, manifestaciones y factores claves para la seguridad de la atención de la salud de los usuarios. Se reconocieron en ella elementos bibliográficos, lugar y fecha de publicación, objetivo, tipo de estudio, muestra y edades, resultados relevantes (ver Tabla 1). Durante este proceso, se depuró dejando solo aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión, y se seleccionó un total de 72 documentos, mismos que fueron clasificados como documentos de desarrollo temático en relación con BN y documentos en relación con seguridad del paciente desde lo asistencial y administrativo.

La estructura del presente artículo, muestra la categoría central BN con las subcategorías factores de riesgo (sociodemográfico, individual-biológico; comportamental, psicosocial y sociocultural), de igual forma, el rastreo de factores que benefician la seguridad en la atención desde lo administrativo y asistencial de personas con BN, todo ello obedece a elementos metodológicos para revisiones de literatura propuestos por Rother (2007).

Resultados

De los 72 documentos, cuatro de ellos tratan el tema directo de seguridad del paciente, los otros 68 cumplieron criterio temático en relación con BN; estos, 33 artículos son estudios empíricos, 17 observacionales descriptivos, tres correlacionales, tres casos y controles, cuatro analíticos, un reporte de caso, dos ensayos y tres estudios cualitativos. 37 revisiones de literatura; cuatro sistemáticas y 33 narrativas. Se incluyeron dos documentos técnicos de organizaciones. El 100% de revisiones fueron de carácter internacional. Los

Tabla 1
Síntesis de estudios

Autor (es)-año	Contexto	Objetivo	Tipo estudio	n (edad)
Borda et al. (2015)	Barranquilla Colombia	Establecer la prevalencia de riesgo de bulimia en adolescentes	Observacional transversal	149
Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert (2013)	Internacional	Revisar concepto, elementos de fisiología y etiología	Revisión narrativa	10
Hamdan-Pérez et al. (2017)	Internacional	Reconocer concepto, etiopatogenia y enfoques de tratamiento	Revisión narrativa	58
Osorio-Cerrón & Moran-Ynga (2019)	Lima-Perú	Determinar la asociación entre la insatisfacción con la imagen corporal y los estilos de crianza parental	Descriptivo-Transversal	309 (13-19)
Portela de Santana et al. (2012)	Internacional	Identificar factores epidemiológicos y de riesgo de AN y BN, en la adolescencia.	Revisión narrativa	91
Camarillo-Ochoa et al. (2013)	México	Conocer la prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes	Observacional transversal prospectivo	273 (13-16)
Engel et al. (2020)	Internacional	Identificar características clínicas, psicopatología, evaluación y	Revisión de literatura	91
Gonzales (2017)	Perú	Identificar situación de riesgo y salud en población adolescente y joven	Documento técnico	N/A
Beker et al. (2017).	EEUU	Identificar factores de seguridad alimentaria como riesgo para TCA	Explicativo	503
Martínez-Baquero et al. (2017)	Boyacá-Colombia	Establecer la asociación existente entre síntomas de trastornos alimentarios y la ideación e intento suicida	Descriptivo transversal	1292 (12-20)
Errandonea (2012);	Internacional	Identificar formas clínicas, evolución y tratamiento de la obesidad y su relación con BN y atracones	Revisión de literatura	31
Ortega-Miranda (2018)	Internacional	Identificar las principales alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad pediátrica	Revisión narrativa	23
García-Ruíz & González-Romero (2019)	Internacional	Identificar factores psicosociales de la AN y BN en adolescentes	Revisión con enfoque fenomenológico	34
Ministerio de Salud (Min-Salud, 2013)	Análisis nacional	Construir modelos de atención para eventos emergentes en salud mental	Revisión de literatura	NE
Franco et al. (2010)	México	Establecer ocurrencia de conductas de riesgo y sintomatología de trastornos TCA en jóvenes	Observacional descriptivo transversal	252 (joven)
Marfil et al. (2019)	Internacional	Identificar la influencia que ejercen los estilos de crianza, las relaciones en el núcleo familiar y comportamientos respecto a la comida en los TCA	Revisión narrativa	32
Morales et al. (2002)	San José de Costa Rica	Caracterizar la población de adolescentes con trastornos de la alimentación y presentar el modelo de intervención	Estudio observacional cualitativo	22

Tabla 1
Síntesis de estudios

Autor (es)-año	Contexto	Objetivo	Tipo estudio	n (edad)
Jáuregui (2016)	Sevilla-España	Explorar conductas imitadas entre pacientes con TCA	Observacional exploratorio	24 (16)
Berengüí et al. (2016)	Murcia-España	Analizar las diferencias de variables psicológicas vinculadas con los TCA y conductas de riesgo adoptadas	Observacional-correlacional	264 (joven)
Gismero-González (2001);	Madrid-Valencia (España)	Comparar pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa	Observacional-correlacional	207
Madrugá-Acerete et al. (2010)	Internacional	Identificar criterios de diagnóstico para AN y BN	Revisión de literatura	37
Muñoz-Calvo & Argente (2019)	Internacional	Reconocer factores de riesgo, manifestaciones y tratamiento de los TCA y pronóstico	Revisión de literatura	14
Pineda et al. (2017)	México	Comparar el riesgo de anorexia nerviosa (AN) y bulimia en función de sexo, ansiedad y procedencia	No experimental transversal	857 (18-30)
Sierra-Puente (2005).	Internacional	Identificar prevalencia, características y tratamientos en TCA especial para BN	Revisión	20
Pacanowski et al. (2016).	Internacional	Describir la frecuencia de auto pesarse y el TCA: AN-BN	Observacional	758
Del Bosque-Garza & Caballero-Romo (2009)	Internacional	Reconocer aspectos psiquiátricos, concepto, epidemiología, etiopatogenia, diagnóstico y evolución de TCA (AN-BN)	Revisión de literatura	42
Neveu et al. (2016)	Francia	Identificar decisiones frente a alimentos en relación con atracones y estrés	Ensayo	85
Rienecke (2017)	Internacional	Determinar evidencia en relación con tratamiento basados en familia para BN y AN	Revisión de literatura	80
Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica (2011)	México	Identificar síntomas de AN y BN	Observacional descriptivo	316 (adolesc)
Huete-Cordova (2022)	Internacional	Documentar factores de impacto de la pandemia en personas con TCA	Revisión narrativa	28
Mendez et al. (2008)	Internacional	Reconocer factores epidemiológicos, riesgos y tratamientos para TCA (BN-AN)	Revisión narrativa	52
Restrepo & Castañeda (2020).	Medellín-Colombia	Analizar la relación del riesgo de TCA y el uso de redes sociales	Analítico	337 (15-30)
Sysko et al. (2017)		Determinar posible asociación a impulsividad, BN y Trastorno por consumo de alcohol	Caso-control	43
Vilariño-Besteiro et al. (2020)	Internacional	Reconocer relaciones entre factores psicosociales y TCA	Revisión narrativa	94
Bedoya-Hernández & Marín-Cortes (2010)	Medellín-Colombia	Reconocer cómo el significado atribuido a la vivencia corporal devela la construcción de la identidad en mujeres con trastornos de la alimentación	Cualitativo hermenéutico	15 (18-29)

Tabla 1
Síntesis de estudios

Autor (es)-año	Contexto	Objetivo	Tipo estudio	n (edad)
Franco-López (2013).	Lima-Perú	Determinar relación entre estrés y síntomas del TA	Descriptivo	208 (14-18)
Gomez-Sánchez et al (2020)	Lima- Perú	Determinar la frecuencia de factores de riesgo para desarrollar AN y BN en alumnos de 3° y 4° de secundaria	Descriptivo Transversal	100
Dominguez-Vásquez et al. (2008)	Internacional	Reconocer la influencia familiar sobre la CA y su relación con la obesidad	Revisión narrativa	56
Lydecker & Grilo (2019).	EEUU	Determinar asociación entre seguridad e inseguridad alimentaria y manifestaciones de Atracones y BN	Analítico	873
Rasmusson et al., (2018)	EEUU	Identificar relaciones entre trastorno por atracón y seguridad alimentaria	Descriptivo- explicativo	1250
Álvarez- Amor et al. (2014)	Internacional	Reconocer la influencia que tiene la alimentación familiar en los TCA	Revisión narrativa	20
Ponce-Torres et al. (2017)	Lima -Perú	Determinar la prevalencia de probable diagnóstico de TCA en estudiantes de medicina y sus factores asociados	Descriptivo transversal	385
Carrillo-Durán & del Moral- Agúndez (2013)	España	Estudiar la relación entre el modelo estético corporal y el bienestar de mujeres jóvenes	Analítico	95
Monterrosa et al. (2012)	Internacional	Identificar factores de riesgo para TCA	Revisión narrativa	30
Camino-De Menchaca (2021)	Internacional	Describir el impacto del funcionamiento familiar en el desarrollo de la BN y AN	Revisión narrativa	45
Sabater(2018)	Internacional	Analizar la relación entre las redes sociales y los TCA	Revisión Narrativa	69
Cordero-Jiménez et al. (2012)	Internacional	Revisar la concepción de seguridad asistencial, tecnológica y logística	Revisión de literatura	23
Rodríguez-Jojoa, & Sánchez-Alfaro, (2020)	Bogotá- Colombia	Comprender los criterios científicos y bioéticos considerados por estudiantes y docentes de odontología para realizar el manejo de pacientes con bulimia	Cualitativo etnográfico	14
Bolaños-Ríos (2009)	España	Revisar un caso de tratamiento para trastorno comorbido en BN y errores del diagnóstico	Reporte de caso	1
Matheson et al. (2020)	Internacional	Reconocer factores claves para la evidencia de tratamientos de telemedicina en apoyo a TCA	Revisión	NE
Hail, & Le Grange (2018)	Internacional	Reconocer aspectos centrales de la BN y su abordaje	Revisión	22
Reyes-Rodríguez, et al. (2013)	EE. UU.	Promover alimentación sana en tratamientos de TCA	Ensayo	80
Perurena-Asis (2019)	Internacional	Documentar características de la BN	Revisión de literatura	NE
Graell-Berna (2020)	Internacional	Revisar factores de los TCA determinantes en población niño y adolescente	Revisión	24

Tabla 1
Síntesis de estudios

Autor (es)-año	Contexto	Objetivo	Tipo estudio	n (edad)
Reas, & Grilo (2021)	Internacional	Revisar ensayos controlados relacionados con uso de tratamiento farmacológico y psicológico para TCA (AN-BN)	Revisión	54
Keel & Brown (2010)	Internacional	Reconocer cursos y resolución de TCA	Revisión narrativa	26
Peebles et al. (2017)	EEUU	Identificar resultados del protocolo de atención hospitalaria y rehabilitación nutricional para TCA	Observacional retrospectivo	215
Fandiño et al. (2007)	Cali-Colombia	Determinar probabilidad de TCA, y estimar prevalencia en población universitaria.	Observacional transversal	174 (adolesc)
Fabbri et al. (2015)	Internacional	Identificar la influencia de Grelina en TCA	Revisión de literatura	39
Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez (2022)	Internacional	Revisar estado de arte en relación con Enfermería y el cuidado de pacientes con BN	Revisión sistemática	19
Carrillo-Duran, (2004).	España	Identificar la percepción del cuerpo en su entorno y las relaciones con factores físico y psicológico.	Estudio observacional correlacional	334
Castellini. et al. (2013)	EEUU	Evaluar como el curso de funcionamiento sexual interactúa con la BN y AN	Observacional longitudinal	58
Danner et al. (2014)	Países Bajos	Determinar conductas de regulación emocional en mujeres con TCA vs mujeres sanas	Casos y controles	187
Gutierrez-Álvarez et al. (2020)	Internacional	Identificar acciones para la gestión de la seguridad psicológica del personal sanitario en condiciones de emergencia por pandemia de la COVID-19	Revisión sistemática	22
Hay et al. (2019)	Internacional	Evaluar los efectos de tratamiento hospitalario y ambulatorio en función de síntomas y remisión	Revisión sistemática (ECA)	5
Kolar et al. (2016)	Internacional	Revisar prevalencia de TCA en América Latina (AL)	Revisión sistemática	17
López et al. (2014)	España	Comparar la percepción subjetiva del vínculo y la dinámica familiar en pacientes con TCA	Comparativo (casos y controles)	60
Lopez & Treasure (2011).	Internacional	Identificar características clínicas y manejo de los TCA	Revisión de literatura	66
Marmo (2014).	Internacional	Describir los TCA y su relación con factores de riesgo y los estilos parentales	Revisión crítica y sistematización	NR
Martínez-Reyes et al. (2017)	Antioquia-Colombia	Identificar percepción relacionada con seguridad del paciente en trabajadores de salud	Descriptivo evaluativo trasversal	43
Rocco & Garrido (2017)	Internacional	Explora las definiciones, procesos y estrategias (seguridad del paciente-SP) para reducir la probabilidad de aparición de fallos en salud y mitigar sus consecuencias.	Revisión de literatura	43
Junta de Castilla y León (2009)	Internacional	Diseñar estrategias para atención segura de personas con trastorno mental	Documento técnico	N/A

Notas. NE: no especifica; NR: no reporta; N/A: No aplica

estudios (empíricos) provienen en un 22% de Colombia y el mismo porcentaje a España, 19% de EE.UU., 16% de Perú, 12% de México, el 3% de Costa Rica y 6% de Europa (Países bajos y Francia). Por años de producción, entre 2001 y 2005 fueron identificados un total de cuatro documentos, entre 2006 y 2010 se 10 documentos, entre 2011 y 2015 19 documentos; entre 2016 y 2022 un total de 39 documentos. El 25% de documentos estaban publicados en inglés y 76% en español (ver Tabla 1).

Se presenta a continuación, el recorrido sobre factores de riesgo sociodemográficos, biológicos, comportamentales, psicosociales, familiares y culturales de la BN, de manera transversal se insiste por reconocer su utilidad para la atención segura de este trastorno; al final se presentan factores claves desde lo asistencial y administrativo para apoyar la atención segura.

Factores de riesgo sociodemográficos

La BN se ha reportado con una mayor prevalencia en preadolescentes y adolescentes (Borda et al., 2015; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Hamdan- Pérez et al., 2017; Portela de Santana et al., 2012). Adicionalmente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002) ha señalado que la AN y la BN se presentan más en adolescentes de países industrializados, y según Marmo (2014) afecta a población joven y en adolescencia del mundo occidental. No obstante, de acuerdo con Osorio-Cerrón y Moran-Ynga (2019) investigaciones en estudiantes de 10 países del Caribe manifestaron que el 31% de adolescentes no están satisfechos con su peso, una sexta parte ha usado al menos un método para perder peso, otros utilizaron dietas o ejercicios (15%), laxantes (15%), vómitos inducidos (8%) o pastillas para adelgazar (6%).

Para Lopez y Treasure (2011) la BN tiene una prevalencia de 1-2% en mujeres jóvenes y con rangos de edad entre los 15.7 y 18.1 años para su aparición, esto en concordancia con la advertencia de que son las mujeres adolescentes y jóvenes más vulnerables ante el desarrollo de la BN (Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013). A pesar de que esto signifique un

menor riesgo para los hombres, ellos no están exentos de presentar TAIA, dado que, como explican Portela de Santana et al. (2012) y Borda et al. (2015), la aparición de factores naturales del proceso de madurez sugiere riesgos por los cambios físicos de la pubertad, esto implica una condición física que puede desencadenar trastornos comportamentales tipo BN.

En concordancia, Franco et al. (2010) reconocen que tanto mujeres como hombres se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente a la BN y otros TAIA, sin embargo, las preocupaciones y formas de alcanzarlo son diferentes, para las mujeres es adelgazar mediante dietas restrictivas y para hombres es quemar calorías mediante la práctica de ejercicio (tipo de BN no purgativo) que ya estaba documentado en el inicio de los años 2000 (Morales et al., 2002).

Respecto de la variable raza, algunos estudios han identificado que la blanca tiene una mayor vulnerabilidad con respecto a otras, no obstante, la BN se ha reconocido presente en todas las razas (Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Carrillo-Duran, 2004), por lo que aún no se tienen conclusiones claras acerca de la influencia de la raza en este tipo de trastornos mentales.

De igual forma, respecto al nivel socioeconómico se puede decir que no hay diferencias significativas, en algunos casos puede verse mayor presencia en estratos altos en la medida de acceso a información y capacidad adquisitiva (Camarillo-Ochoa et al., 2013; García-Ruiz & González-Romero, 2019). La capacidad adquisitiva puede condicionar la disponibilidad de alimentos, factor que hace parte de la inseguridad alimentaria en la medida que el descontrol de acceso y adquisición puede derivar en fallas del equilibrio de dieta y nutrición (Becker, 2017; Dominguez-Vásquez et al., 2008; Lydecker & Grilo, 2019; Rasmusson et al., 2018).

Respecto de la procedencia urbana o rural de la población que padecen BN, las exploraciones indican que hay mayor vulnerabilidad en habitantes de zonas urbanas, esto probablemente relacionado con el acceso a medios y comunicación, que condicionan el pensamiento y creencias de los adolescentes y jóvenes (Gonzales, 2017; Ministerio de Salud [MIN-SALUD], 2013 citado en Camino-De Menchaca, 2021).

Factores de riesgo biológicos

Respecto de los factores biológicos, Bustamante-Cabrera y Justo-Quisbert (2013) señalan que la disminución del ácido GABA (gamma-amino-butírico) durante cuadros de ánimos bajos, se identifica un estado de percepciones distorsionadas sobre sí mismo, que pueden, en consecuencia, estimular un deseo incontrolable de comer con el fin de liberar serotonina y sentirse mejor. También en un factor biológico relacionado con la conducta alimentaria, se advierte que el gen de la Grelina puede estar relacionado con comportamientos de purga y atracones (Fabbri et al., 2015).

Respecto de la herencia, se halla evidencia parcial para atribuirle explicación a la BN, se presume que antecedentes familiares tiene efectos sobre las emociones (alteraciones de los neurotransmisores), los pensamientos y opiniones (sobre la imagen corporal propia), las dietas, los hábitos alimentarios de las personas que desarrollan el trastorno, sobre todo en edades tempranas (Berengüi et al., 2016; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013).

A pesar de no poder atribuir una relación directa entre BN y obesidad o sobrepeso, si hay factores genéticos que predisponen al sobrepeso y a la obesidad del niño, adolescente y adulto, en este sentido, el control de factores, entre ellos, los modificables relacionados con obesidad deben darse en etapas tempranas de la niñez y la misma pubertad, esto en la medida que el niño [posteriormente adolescente] con obesidad está en riesgo de tener fallas de autorregulación, sentimientos de exclusión, sentimientos de depresión, pérdida de autoestima, manifestaciones de ansiedad y problemas conductuales que pueden a su vez predisponer a la BN (Ortega-Miranda, 2018) como se verá más adelante.

Factores comportamentales

Los factores comportamentales pueden ser vistos de dos formas, unos como riesgo de BN y otros, en relación con otros comportamientos que afecta o agravan los signos y síntomas. Respecto de los comportamientos de relación directa con BN, Portela de Santana et al. (2012) identifican que la preocupación exagerada por el peso propio, la comparación con el ideal de

delgadez, la insatisfacción con la figura corporal, las estrategias inadecuadas para disminuir de peso, las dinámicas de afecto negativo y la falta de autoestima, son detonantes para los cambios de humor y estados de ánimo, lo que compromete la salud de la persona. Así, un antecedente de obesidad (infantil) advierte que para la atención segura haya observancia precoz y oportuna de estas manifestaciones (comportamientos) en el niño y su entorno familiar en la medida que esto aporta en el control de eventos no deseados en el manejo de la BN (Ortega-Miranda, 2018).

Entre los factores a destacar y que se identifican en la literatura están, la fijación excesiva por el cuerpo, las ideas perfeccionistas del cuerpo y el comportamiento narcisista (Bedoya-Hernández & Marín-Cortes, 2010; Franco-López, 2013; MIN-SALUD, 2013). Asimismo, el comportamiento de adelgazar con dieta restrictiva (Franco et al., 2010; Becker, 2017; Marfil et al., 2019; Morales et al., 2002; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; Portela de Santana et al., 2012). De igual forma, la constante preocupación por quemar calorías y moldear cuerpo con actividad física y ejercicio (Jáuregui, 2016; MIN-SALUD, 2013; Morales et al., 2002; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; Portela de Santana et al., 2012) son comportamientos a considerar previo y durante el tratamiento.

Otros comportamientos pueden relacionarse con impulsividad general y hacia la comida (Camarillo-Ochoa et al., 2013; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Engel et al., 2020; MIN-SALUD 2013; Sysko et al., 2017; Vilariño-Besteiro et al., 2020), esto relacionado o no con hiperingesta de alimentos y luego la necesidad de inducir vómito o usar purgantes (Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; MIN-SALUD, 2013; Neveu et al., 2016; Rienecke, 2017; Rodríguez & Mina, 2008 citado en MIN-SALUD, 2013). También, comportamientos como el uso de purgantes, enemas y/o laxantes (MIN-SALUD, 2013; Rodríguez & Mina 2008, citado en MIN-SALUD, 2013; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; Rienecke, 2017; Marfil et al., 2019), todo ello, sugiere para el equipo de salud mental el reconocimiento de uno o varios de esos comportamientos en cada caso.

La sugerencia de vigilancia y el control sobre los comportamientos expuestos está soportada incluso en que hay adolescentes o jóvenes que no alcanzan

a tener patologías suficientemente marcadas como para ser diagnosticados con alguno de los TAIA, y la BN específicamente (Berengüí et al., 2016), no obstante, cuentan con unos rasgos de comportamiento y personalidad perceptibles que demuestran afectación en sus conductas alimentarias. Estos rasgos pueden estar relacionados con compulsividad, impulsividad, perfeccionismo y narcisismo, es decir, el actuar sin pensar, pero a la vez la necesidad de control y exactitud frente a su cuerpo, estar en todo momento en busca del ideal y la necesidad de validación y admiración externa (Engel et al., 2020), estas manifestaciones no llevan a dar un diagnóstico de BN por la rigidez del criterio diagnóstico, pero exigen del equipo de salud vigilancia en la prevención de agravamiento y acen-tuación de las manifestaciones (Berengüí et al., 2016).

Por lo anterior, la atención excesiva hacia aspectos físicos como la altura, el peso y la talla, que se ven en el deseo por auto pesarse y auto medirse, además de la presencia de trastornos comórbidos de los que se hablará, entre ellos los psicológicos y los conductuales, representan manifestaciones que ayudan a identificar la BN (Engel et al., 2020), por supuesto, ayudan a hacer la atención menos riesgosa del evento. Es necesario tener presente que el ayuno, es de pronto el comportamiento más consistente en la BN, esto debido a que es más durable en cada episodio, diferente a las dietas, la purga, el ejercicio y los vómitos autoinducidos, que muestran menor duración (Portela de Santana et al., 2012).

Por otro lado, entre de otros comportamientos que agravan o complican la situación de BN, se enuncian los antecedentes o actualidad de uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol (Camarillo-Ochoa et al., 2013; Marfil et al., 2019; Mendez et al., 2008; Restrepo & Castañeda, 2020; Sysko et al., 2017), esto en la medida que dicha condición de consumo puede ser coexistente, causal e incluso consecuencia de la BN. Además, para el equipo de salud es útil reconocer y vigilar conductas asociadas a suicidio (Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica, 2011; Huete-Cordova, 2022; Martínez et al., 2017) como factores que pueden complejizar y complicar las intervenciones y que requieren de atención particular en prevención de eventos deseados dentro de la atención (Junta de Castilla y León 2009).

Factores de riesgo psicosocial

Entre de los factores que pueden estar presentes como riesgo o en concomitancia con la BN, la literatura refiere los antecedentes de afecto negativo desde familia y el entorno social, así como la presencia de frustración constante en el curso de vida (Camarillo-Ochoa et al., 2013; Marfil et al., 2019; MIN-SALUD, 2013; Portela de Santana et al., 2012; Rienecke, 2017).

De igual forma, se reportan manifestaciones de baja autoestima y necesidad de autolesionarse por parte del adolescente o joven (Berengüí et al., 2016; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Engel et al., 2020; Gismero-Gonzalez, 2001; Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica, 2011; Hamdan-Pérez et al., 2017; Huete-Cordova, 2022; Martínez-Baquero et al., 2017; Ortega-Miranda, 2018; Pineda et al., 2017; Portela de Santana et al., 2012), ello puede insinuar su participación como factor de riesgo para la BN o factor presente que incide en la intervención del equipo de salud.

Algunos autores como Castellini et al. (2013), Engel et al. (2020), Marfil et al. (2019), MIN-SALUD (2013), Reyes-Rodríguez et al. (2013), Rienecke (2017) y Vilariño-Besteiro et al. (2020), sugieren que la BN puede estar relacionada con antecedentes de maltrato y disfunción familiar, y la presencia eventual o continua de abuso sexual. Además, los antecedentes de ansiedad y/o depresión podrían presentarse en adolescentes o jóvenes con BN (Camarillo-Ochoa et al., 2013; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Huete-Cordova, 2022; Marmo, 2014; Mendez et al., 2008; Ortega-Miranda, 2018; Restrepo & Castañeda, 2020). Todo ello, probablemente implique que el adolescente llegue a la BN en respuesta a dichos antecedentes, incluso por lo que refieren Engel et al. (2020) y Vilariño-Besteiro et al. (2020) que la BN se puede relacionar a cuadros de estrés postraumático. Asimismo, los antecedentes o situaciones actuales de duelos por pérdida o separación de los padres o personas allegadas (Marfil et al., 2019; Losada, 2011 citado en Marmo, 2014) son factores que deben adicionarse a la vigilancia y estimación de la situación de enfermedad en la BN.

Por otro lado, el riesgo o evidencia de trastorno de personalidad o personalidad limítrofe (Berengüí et al., 2016; Camarillo-Ochoa et al., 2013; Engel et al.,

2020) aunque no es contundente la evidencia de su presencia previa a la BN o concomitancia con ella, sugiere una revisión desde los equipos de intervención en salud mental, en la medida que sí hay una relación entre la conducta suicida (que has sido enunada en otros comportamientos que pueden relacionarse con BN) y los trastornos de personalidad, aun más, el trastorno de personalidad es un factor a tener en cuenta en la medida que en general tienen una tasa de remisión de 4-53% y en hasta siete años despues de inicio del cuadro (Junta de Castilla & León, 2009).

En una mirada más externa, factores de influencia psicosocial como la necesidad de aprobación y validación social por los pares en el adolescente (Borda et al., 2015; Engel et al., 2020; Gomez-Sanchez et al., 2020; Portela de Santana et al., 2012) sugieren puntos de vigilancia, esto en la medida que la necesidad de validación social puede relacionarse con baja autoestima, lo que se reafirma en el estudio realizado en Perú, a estudiantes de tercer y cuarto grado de secundaria, cuyas edades oscilaban entre los 13 y 16 años, que concluyó que entre los factores de riesgo en el desarrollo de BN estaban: la influencia de familia y pares (25%), seguido de las actitudes irracionales -necesidad de aprobación, baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo, miedo a lo desconocido- (22%) este último ítem fue mayor en mujeres; baja autoestima (22%) y tendencia a la comparación (20%). El 21% de adolescentes con puntajes altos en este estudio presentaron alto riesgo para AN o BN (Gomez-Sanchez et al., 2020).

Para cerrar, se requiere la mirada a un factor clave, que es transversal a lo expuesto y, por tanto, aparece como protector o de riesgo, es la determinación de la composición familiar y su funcionalidad que puede condicionar la estructuración de la identidad y el carácter del adolescente (García-Ruiz & González-Romer, 2019; Marfil et al., 2019), frente a estas dinámicas se amplian descripciones en el siguiente apartado.

Factores de riesgo de la familia y sus dinámicas

La familia junto con sus dinámicas influyen sobre los comportamientos de dieta y comida, por ello se considera como un determinante en la

aparición, mantenimiento o extinción de la BN (Marfil et al., 2019), así, la dinámica familiar puede generar dificultades, en especial cuando se presentan vínculos disfuncionales que acrecientan el riesgo y favorecen la psicopatología del trastorno (Ruíz-Martínez et al., 2013).

En primera instancia, resaltar que la madre es uno de los principales agentes en transmisión de hábitos de alimentación (Álvarez-Amor et al., 2014). De allí se puede aseverar que es la familia un determinante en función de la adquisición de estilos de vida alimentarios positivos o negativos que se aprehenden por la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones (Dominguez-Vásquez et al., 2008). Así, los estilos de vida y de alimentación familiar, las creencias y costumbres pueden condicionar el consumo de alimentos (Álvarez-Amor et al., 2014; Berengüí et al., 2016; Borda et al., 2015; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Dominguez-Vásquez et al., 2008; Ponce et al., 2017).

A partir de la familia como modelo, Borda et al. (2015) advierte que es en este contexto, se pueden acentuar hábitos no adecuados de alimentación y, por tanto, la familia funge como factor para prevenir o reforzar los TAIA. En este estudio se identifica que no menos del 37.6% de las adolescentes con BN, indican haber sufrido pérdidas económicas familiares que por supuesto pueden estar derivando en carencias para adquisición de productos alimenticios; el 28,9% sufrieron la pérdida (muerte) de algún familiar lo que puede relacionarse con estados de ansiedad, depresión u otras comorbilidades por duelos no resueltos; por último, pero no menos importante el 30,8% mencionaron algún antecedente de padres separados, esto en coherencia con Marfil et al. (2019), y la relevancia de la funcionalidad de familia y comorbilidad psiquiátrica que predisponen para los TAIA.

Los factores tratados en el apartado anterior proponen reconocer la relación entre familia y comportamientos de la alimentación que provienen de los hábitos, las rutinas, las dinámicas y la funcionalidad familiar. En reiteración de lo expuesto, la vivencia de eventos traumáticos, sobre todo, en la adolescencia, puede acentuar aún más la vulnerabilidad de la persona, por tanto, se señala a la familia como determinante

en el desarrollo del TAIA (BN), no obstante, también el impacto que pueden generar amigos y medios de comunicación (Camino-De Machaca, 2021).

Adicionalmente, Borda et al. (2015) señalan como factor principal la conducta que padres y pares pueden transmitir; por ello, las familias pueden ser riesgo para la BN en la medida que marquen exceso de control sobre la alimentación, den valor a la figura corporal, reafirmen un modelo de figura corporal ideal y, reivindiquen en las personas la necesidad de instaurar hábitos alimentarios marcados por lograr un cuerpo ideal. Esto incluso atiende a la lógica que Marmo (2014) advierte en relación a que las conductas que reflejan un excesivo control sobre la alimentación, y que le dan mucho valor a la figura corporal, contribuyen a una insatisfacción e imagen negativa de sí mismo, lo que puede generar diversas conductas de riesgo y la aparición de BN.

Para López et al. (2014) es evidente que familias integradas por un miembro con BN suelen ser disfuncionales, en la medida que este trastorno puede funcionar como causa y como efecto del conflicto, esto puede estar explicado en que la disfuncionalidad se da por la baja cohesión y poca comunicación, así como gran dificultad para identificar y transmitir sus emociones, factores que pueden estar presentes en el riesgo y curso de la BN.

Factores de riesgo cultural y los medios de comunicación

El auto-concepto implica la relación de un ser interior con su cuerpo (el ser exterior, los elementos biológicos de él), cuando esta relación se distorsiona o se genera insatisfacción con la imagen corporal puede aparecer atención excesiva sobre todo lo que implica el cuerpo, su forma y figura (Bedoya-Hernández & Marín-Cortes, 2010) esto aunque es considerado un factor psicológico, claramente está determinado por las relaciones que una persona establece con su entorno y en este caso la exposición a la publicidad que promueve la delgadez como un ideal de éxito y belleza (Monterrosa et al., 2012).

De manera cotidiana, los adolescentes (y en general todas las personas) reciben información directa

e indirecta, por diversos medios, sobre exigencias estéticas que consideran que el ideal de belleza es la delgadez en las mujeres y la musculatura en los varones, lo que genera una preocupación constante por la apariencia física, la cual puede provocar un bajo auto-concepto y una evaluación negativa de su propio cuerpo en la medida que no se logre cumplir con el paradigma social, por tanto, supone la búsqueda a veces descontrolada del ideal, motivada por factores de presión social, cultural, e interpersonal (Franco-López, 2013); no en vano, Ponce et al. (2017) afirman que uno de cada 10 jóvenes se ha visto afectado por la sociedad, su entorno profesional y familiar, así como por los medios de comunicación y la cultura de su lugar de residencia para tener un diagnóstico presuntivo de TAIA, entre ellos la BN.

Los cambios en el uso de tecnologías de comunicación y redes sociales han generado presión social sobre este tema. La Asociación Contra la Anorexia y Bulimia reconoce como factor social y comportamental la influencia de información dispuesta en diferentes entornos de la internet, que sugieren y manifiestan apología de la anorexia y la BN (Sabater, 2018), lo anterior corroborado por Gomez-Sánchez et al. (2020) quienes advierten que no menos del 19% de personas con estos trastornos tienen influencia de medios de comunicación.

Si se tiene en cuenta que la moda y los modelos sociales hoy se relacionan con la estética y los hábitos de alimentación y consumo de alimentos que incluyen la aculturación en general y en específico de la alimentación (Carrillo-Durán & del Moral-Agúndez, 2013; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Dominguez-Vásquez et al., 2008; Jáuregui, 2016), es posible que la cercanía y acceso a medios de comunicación aporten en el aumento del riesgo de BN en la medida que ellos afianzan los modelos sociales; incluso exportados de otras culturas (cargados de modelos occidentales de belleza) y los reafirman de forma masiva.

Asociado a lo anterior, Restrepo y Castañeda (2020) han identificado que el uso de redes sociales, entre ellas Facebook, se presenta como un factor de riesgo para desarrollar un TAIA y para el caso de esta revisión de BN, esto en la medida que favorece la presión social en los adolescentes y jóvenes en relación a

la idea de una imagen corporal perfecta y de delgadez, a tal punto que dicho estudio sugiere una relación inversamente proporcional entre el uso de redes sociales y la satisfacción con el cuerpo y autoimagen.

Así, la influencia de los medios de comunicación, la interacción con otras personas, y su cultura y costumbres indican que alguien con BN además de su interés por su peso, puede centrar su atención en la forma del cuerpo o de partes del mismo, por ejemplo, su cara (Portela de Santana et al., 2012), esto puede estar influenciado por los medios de comunicación a través de programas de televisión, comerciales, redes sociales, anuncios de productos para adelgazar (Ponce et al., 2017) y la idea de cuerpo aceptado.

Lo descrito, permite hacer un enlace y articulación de conceptos para identificar factores administrativos y de asistencia directa que pueden mediar en la atención segura de la BN. Estos se exponen a continuación.

Factores administrativos que inciden en la seguridad de la atención a la BN

Se reconoce a la BN como un fenómeno complejo, que precisa en los equipos de salud se cuente con herramientas administrativas para organizar el trabajo, disponer las acciones y apoyarlas de manera efectiva. Para ello puede ser útil:

Apoyar el tratamiento clínico con estrategias de atención primaria en salud, educación (a equipos profesionales de salud) y apoyo al bienestar en ámbito laboral (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez, 2022; Lydecker & Grilo, 2019; Marfil et al., 2019; MIN-SALUD, 2013; Junta de Castilla y León, 2009). Todo ello de la mano con el uso de un protocolo de atención (Junta de Castilla & León, 2009; MIN-SALUD, 2013). Identificar al paciente en el sistema de salud, hacer vigilancia sobre su continuidad y mantenimiento en el proceso de atención (Cordero-Jiménez et al., 2012; MIN-SALUD, 2013).

Desarrollar trabajo interdisciplinario y multidisciplinario que atienda necesidades en relación con cada manifestación y riesgos desde diferentes miradas complementarias (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez, 2022; Martínez-Reyes et al., 2017; Muñoz-Calvo & Argente, 2019; Rodríguez-Jojoa & Sánchez-Alfaro,

2020; Treasure et al., 2010; Vilariño-Besteiro et al., 2020). Por lo anterior, se deben establecer dinámicas eficaces de comunicación del equipo asistencial; entre otros aspectos, comunicar errores en el equipo y entre equipos de atención [eventos adversos] (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez, 2022; Bolaños-Ríos, 2009; Cordero-Jiménez et al., 2012; Rocco & Garrido, 2017). Parte del trabajo de interdisciplinariedad converge en establecer instrumentos y herramientas de detección y seguimiento a eventos adversos [análisis de riesgo y curso] (Cordero-Jiménez et al., 2012; Junta de Castilla & León, 2009; MIN-SALUD, 2013).

Vigilar e implementar el uso de tecnologías de asistencia validadas y seguras (Cordero-Jiménez et al., 2012; MIN-SALUD, 2013), entre ellas la asistencia por telesalud, esto en la medida que el uso de atención mediada por tecnologías de comunicación puede aportar en seguimiento y continuidad del tratamiento, incluso puede ayudar en el control de eventos emergentes o adversos (Matheson et al., 2020; MIN-SALUD, 2013). Estas estrategias de atención remota, aportan en la exhaustividad para reconocer los recursos de la red de apoyo, el paciente y, en la orientación para regresar a la vida social alimentaria (Graell-Berna, 2020; Hueyte-Cordova, 2022; Matheson et al., 2020).

Factores asistenciales que inciden en la seguridad de la atención a la BN

A partir del apoyo de factores administrativos, en la asistencia directa hay factores que marcan la diferencia entre el riesgo como factor documentado y el riesgo real, que se debe tener vigilado en cada situación particular, es por ello que puede ser útil:

Explorar y conocer el entorno familiar y motivar su participación activa con consentimiento del paciente (Cordero-Jiménez et al., 2012; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo 2009; MIN-SALUD, 2013; Hail & Le Grange, 2018; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Rodríguez-Jojoa & Sánchez-Alfaro, 2020). Por ello, es necesario, generar procesos empáticos y de confianza con el paciente y su red de apoyo (Cordero-Jiménez et al., 2012; Martínez-Reyes et al. 2017; Muñoz-Calvo & Argente, 2019; Rodríguez-Jojoa & Sánchez-Alfaro, 2020; Vilariño-Besteiro et al., 2020), lo anterior para

facilitar el flujo de información, determinación de objetivos y estrategias con el paciente y la familia (Cordero-Jiménez et al., 2012; Perurena-Asis, 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2013).

Parte de estos procesos comunicativos pueden apoyar la distinción y elección de enfoques psicológico, psicodinámico o conductual, apoyado en la familia (Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Graell-Berna, 2020; Hail, & Le Grange, 2018; Hamdan- Pérez et al., 2017; MIN-SALUD, 2013; Reas & Grilo, 2021; Vilariño-Besteiro et al., 2020) en la medida que cada el equipo asistencial tenga herramientas para controlar riesgos en la BN.

Gestionar y construir una evaluación y abordaje integral temprano (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez, 2022; Martínez-Reyes et al., 2017; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Rienecke, 2017). Esta evaluación puede incluir la determinación de intervención ambulatoria y los beneficios de generar menor costo, comprometer al paciente y la familia en aportes para el autocuidado gradual, incluso involucrar al entorno social (Hail & Le Grange, 2018; Hay et al., 2019; Reyes-Rodríguez et al., 2013). En ese sentido, la evaluación ayuda a reconocer si esos tratamientos ambulatorios pueden aportar en aumentar la comunicación familiar, autonomía, identificación de un entorno natural de la familia y mantenimiento de roles sociales del paciente (Hay et al., 2019; Huete-Cordova, 2022; Marfil et al., 2019).

Por otro lado, durante la evaluación es clave la detección de patologías gastrointestinales para desarrollar tratamientos concomitantes. Además, es necesaria la exploración respecto de comorbilidades físicas (cardíacas, endocrinas, dentales, neurológicas etc.) y mentales — depresión, suicidio, trastorno de autoestima y de personalidad — (Bolaños-Ríos, 2009; Cordero-Jiménez et al., 2012; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica, 2011; Hamdan-Pérez et al., 2017).

Algunos factores de la intervención que pueden ser claves, se relacionan con mantener la vigilancia y generar procesos para identificar problemas psicológicos —autoestima, funcionalidad familiar entre otros— (Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica, 2011; Hay et al., 2019; Marfil et al., 2019; MIN-SALUD, 2013). Asimismo, controlar el estrés y la

ansiedad de la convivencia familiar para evitar conflictos en su interior (Matheson et al., 2020; Rienecke, 2017). Aunado a ello, puede ser importante tratar la revictimización de problemas psicológicos y sociales (antecedentes o conflictos de familia) y físicos (obesidad) factores que pueden marcar al joven con BN (Errandonea, 2012; MIN-SALUD, 2013; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Rienecke, 2017; Vilariño-Besteiro et al., 2020).

Se debe intervenir en concientizar sobre factores del entorno y percepción personal en relación con el peso y los alimentos (comida saludable). Esto incluye apoyo en seguridad alimentaria (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez, 2022; Camarillo-Ochoa et al., 2013; Erran-Donea, 2012; Lydecker & Grilo, 2019; MIN-SALUD, 2013), es decir, en relación con adquisición, acceso, tipo de alimentos y administración de ellos.

Por último, debe tenerse en cuenta que los seguimientos en tiempos prolongados pueden requerirse. El seguimiento por un año puede aportar a controlar síntomas y disminuirlos, incluso en algunos casos puede requerir de dos a cinco años de seguimiento (Aguaiza-Pichazaca & Alarcón-Méndez 2022; Camarillo-Ochoa et al., 2013; Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Hail & Le Grange, 2018; Keel & Brown, 2010).

Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran que son coincidentes algunos autores en relación con el sexo y la afectación de la BN, en este caso se reconoce más vulnerable a la mujer (Borda et al., 2015; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Hamdan- Pérez et al., 2017; UNICEF, 2002; Portela de Santana et al., 2012). En discrepancia con ellos, Franco et al (2010) plantea que se presenta en hombres y mujeres de forma similar, pero se diferencia en las formas de manifestarse. De igual manera, se reconoce en común que los ciclos de vida más afectados son la adolescencia y la juventud (Borda et al, 2015; Fandiño et al., 2007; Berengüí et al., 2016; Pineda et al., 2017), no obstante, los estudios muestran un rango entre 12 y hasta 30 años. Los resultados no permiten reconocer de manera clara en que ciclo de ellos afecta más y

cuáles son los riesgos más específicos para cada ciclo, lo anterior entre otros aspectos por la heterogeneidad de rangos de edad que se usan en los análisis de los diferentes estudios y documentos.

Parece ser que la BN tiene más presencia en la raza blanca (Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013) no obstante, ningún estudio es contundente en ello, incluso en controversia Guadarrama-Guadarrama y Mendoza-Mojica (2011) sugieren que la BN no es un trastorno específico de raza, para Crowther y Williams (2011) parece no ser de importante mención esto, pero si tener relevancia la connotación de ser mujer y por ello ser vulnerable a la BN. De igual forma, la ubicación geográfica o nivel social y económico (Guadarrama-Guadarrama & Mendoza-Mojica, 2011) parecen no marcar diferencia para la BN, frente al factor socioeconómico coinciden con esta idea también Camarillo-Ochoa et al. (2013) y García-Ruiz y González-Romero (2019) en la medida de reconocer que la BN no es necesariamente una condición de estratos.

En relación con factores biológicos, esta revisión evidencia limitadas fuentes que los aborden, si bien se reconoce a la obesidad y el sobrepeso relacionados con la herencia genética aún no es clara la interacción de ellos con la BN. En algunos casos, puede haber relación con procesos de malnutrición y déficit de vitaminas pero en la presente revisión solo se refiere en un reporte de caso (Bolaños-Rios, 2009). Además, para Camarillo-Ochoa et al. (2013) y Fandiño et al. (2007) un IMC normal o peso normal no exceptúa de la BN. De igual forma, aspectos relacionados con GABA (Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013) y el gen de la Grelina (Fabbri et al., 2015) se advierten como relevantes (Duarte & Mendieta, 2019), pero incluso este último autor y en general los documentos incluidos, tienen restricciones en el análisis sobre su presencia como factor de riesgo en la BN, incluso, parecen ser solo manifestaciones de atracones o algún mecanismo de compensación, pero no constituir como tal el cuadro de BN. Para Duarte y Mendieta (2019) los TAIA tienen factores de riesgo genéticos, anomalías de neurotransmisores y algunas hormonas como la leptina y oxitocina, respecto a éstas y su relación con BN esta revisión es restringida.

La revisión permite advertir la presencia de cada uno de estos factores sociodemográficos y biológicos

como voz de alerta al equipo de salud para que haga vigilancia en cada caso y según condiciones de cada persona con BN.

Los comportamientos como: adelgazar con dieta restrictiva (Franco et al., 2010; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019); quemar calorías y moldear cuerpo con actividad física y ejercicio (Jáuregui, 2016; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; Portela de Santana et al., 2012); excesiva atención a aspectos físicos como: talla, peso y altura; ansiedad por la imagen corporal e insatisfacción por el cuerpo y temores al aumento de peso (Berengüi et al., 2016; Crowther & Williams, 2011; Engel et al., 2020; Gissero-González, 2001; Hamdan-Pérez et al., 2017; Madruga et al., 2010); hiperingesta de alimentos seguido de vómito autoinducido o purgantes (Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; MIN-SALUD, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013);, enemas y/o laxantes (Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; Rienecke, 2017; Marfil et al., 2019) parecen ser reiterados en la literatura revisada, no obstante, como se ha mencionado, la heterogeneidad de rangos de edad en los análisis y por supuesto el alcance narrativo de este artículo limita para determinar diferencias entre el ciclo de adolescencia y la juventud.

La BN puede ser un trastorno de severidad en la medida que en muchas ocasiones se asocia a otros trastornos psiquiátricos como la depresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad y obsesivos, lo que lleva a dificultades en sus relaciones interpersonales, familiares y con sus pares (Marmo, 2014; Restrepo & Castañeda, 2020), dichos factores están documentados en la presente revisión. Esto coincide con lo reportado por Engel et al. (2020) en relación a que las personas diagnosticadas con enfermedades psiquiátricas y los que reportaban traumas infantiles, como abuso sexual y maltrato, podían tener mayor riesgo de padecer BN, en la medida que se presentan en comorbilidad con trastornos de depresión, ansiedad, límite de la personalidad, dismórfico corporal, estrés postraumático y trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Por lo anterior, es compromiso de la atención segura determinar concomitancias y comorbilidad de la BN.

La presión social y familiar por lograr la delgadez y un aspecto físico con el supuesto cuerpo perfecto, pueden ser factores de riesgo destacados para la BN

en adolescentes y jóvenes (Borda et al. 2015; Carrillo-Durán & del Moral-Agúndez, 2013; García-Ruíz & González-Romero, 2019; Hamdan-Pérez et al., 2017; Marmo, 2014; MIN-SALUD, 2013; Ponce et al., 2017) por esto mismo, la exposición a la publicidad y medios de comunicación sobre delgadez y ella relacionada con el éxito social pueden incidir en la aparición de la BN (García-Ruíz & González-Romero, 2019; Hamdan-Pérez et al., 2017; MIN-SALUD, 2013; Monterrosa et al., 2012; Ponce et al., 2017). En ese sentido, las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y el acceso a ellas pueden generar presión social en relación con la estética y salud del cuerpo. Los medios de comunicación y redes sociales pueden exaltar características de la BN y validarla como positivas (Camino-De Mencia, 2021; Carrillo-Durán & del Moral-Agúndez, 2013; Restrepo & Castañeda, 2020; Sabater, 2018).

Por lo anterior, desde la personalidad y con ella algunos mecanismos con los que una persona enfrenta sus conflictos internos y externos, pueden ser factor de riesgo para la BN o protector ante ella, no obstante, factores familiares son determinantes en la personalidad y en los recursos de la persona para que pueda afrontar situaciones y estructurar de mejor forma su identidad, su carácter y la consolidación de sus emociones (García-Ruíz & González-Romero, 2019).

El recorrido hecho sobre factores comportamentales, psicológicos y sociales sugiere como parte de la seguridad en la atención de estas personas una estrategia basada en los elementos enunciados en la medida que, la BN es un fenómeno de salud mental complejo donde convergen factores múltiples en su riesgos y efectos. Esto entre otros muchos aspectos puede verse en lo que refieren Berengüí et al. (2016), Pineda et al. (2017) y Engel et al. (2020) en relación con que las prácticas alimentarias inadecuadas son la respuesta de las personas para disminuir la ansiedad asociada a preocupación exagerada por su imagen corporal. Además, se suman los déficits de autoestima, autocontrol, manifestaciones de inseguridad, miedo y desequilibrios emocionales que explican de cierta forma la ansiedad, bien sea en la vida privada o pública.

La aplicación de los elementos citados y como estrategias para aumentar la seguridad de la atención de las personas con BN, significa ir más allá de

la seguridad en prevención hacia la primera víctima (el usuario) y trascender en mantener la estabilidad de una potencial segunda víctima —el profesional de salud— (Pérez, 2020) esto cumple con lo propuesto por Gutierrez-Álvarez et al. (2020) en relación a que el profesional sea objetivo de la gestión de las seguridad en todos los aspectos del entorno laboral. Esto facilita la adecuación del entorno de atención con factores de seguridad para el usuario y el profesional (Junta de Castilla & León, 2009; MIN-SALUD, 2013). Es de aclarar que aún con lo expuesto, los estudios no son concluyentes en relación con las formas de controlar los riesgos y por supuesto, esta revisión tiene limitaciones significativas para construir de manera compleja los factores que aporten en atención segura de la población en riesgo o con BN. A partir de allí, es necesario estudios específicos para BN con enfoques a nivel de salud pública y atención individual (Reas & Grilo, 2021), igualmente, queda el interrogante para reconocer la oportunidad de la intervención en la adolescencia o en la niñez para prevenir (Marfil et al., 2019) e incluso esa intervención precoz como factor para aumentar seguridad de la atención en particular de la BN.

Por último, desde lo metodológico es claro que esta revisión narrativa no escapa del nivel de flexibilidad característica de dichas revisiones. Deben considerarse los sesgos de selección de fuentes y los sesgos de depuración cualitativa usados por los autores de esta revisión y que fue aplicada a la mayoría de los documentos que soportan el desarrollo de las categorías.

Conclusiones

Debido a la multiplicidad de factores de riesgo, la BN es un trastorno que puede originarse y prevalecer de manera más frecuente en mujeres (Camarillo-Ochoa et al., 2013; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Hamdan-Pérez et al., 2017; Hudson et al., 2007; Gonzales, 2017; Martínez-Baquero et al. 2017) pero no exceptúa a los hombres; se centra en edades productivas, principalmente en adolescentes y jóvenes (Borda et al. 2015; Bustamante-Cabrera & Justo-Quisbert, 2013; Hamdan-Pérez et al., 2017; UNICEF, 2002; Portela de Santana et al., 2012).

Algunos estudios insinúan mayor prevalencia en raza blanca y habitantes de países industrializados, pero esto no está determinado, se advierte que no es exclusiva de culturas occidentalizadas por lo que puede darse en cualquier raza y situación geográfica (Marmo, 2014; Osorio-Cerrón & Moran-Ynga, 2019; UNICEF, 2002).

Por otro lado, los antecedentes de genética en sobrepeso y obesidad pueden requerir vigilancia en la medida que niños y adolescentes con cualquiera de estas dos condiciones transitan a preocupaciones por el estado de imagen corporal-peso-talla (Errandonea, 2012; Ortega-Miranda, 2018) y que pueden resultar en manifestaciones de una parte o la totalidad del cuadro de BN.

Se advierte que, para esta revisión, no hay claridad de factores genéticos en la BN, aunque según Duarte y Mendieta, (2019) la BN como otros TAIA tienen relación con estos factores. No obstante, en relación con el riesgo biológico, es necesario reconocer condiciones de exceso de peso y las formas en que se ha convivido con dicha condición en la familia, los manejos y administración de las conductas modificables en relación con ello; esto le permite al equipo de salud identificar el nivel de influencia positiva o negativa que ha tenido la familia. En este sentido, saber en qué nivel la familia ha sido factor clave para el inicio, reforzamiento o extinción de conductas o manifestaciones de la BN. Conocer sus antecedentes, acercarse a la familia y establecer canales de comunicación efectiva, incluso la negociación de metas en el tratamiento con el usuario y su red de apoyo. Además, una exploración de factores de riesgo biológicos e individuales que permitan tener la historia y proceso actual puede evitar errores en la planeación y ejecución de las intervenciones de las diferentes áreas profesionales. Entre otros aspectos, identificar los errores asistenciales implica involucrar a los pacientes (Rocco & Garrido, 2017).

Otros elementos de tipo ambiental, que llevan a las personas a presentar conductas compensatorias (purgativas o no purgativas) ante el consumo excesivo de comida, se encuentran la presión social que genera ansiedad, la preocupación excesiva por la imagen corporal y que tiene reforzamiento en el entorno

familiar como de sus hábitos. En este sentido, parte de la seguridad en la atención de estas personas implica una mirada sistémica que permita caracterizar el entorno familiar y social, su influencia y, de igual forma reconocer la disposición de estos para apoyar los procesos asistenciales implementados. Por supuesto, el rastreo de antecedentes psiquiátricos es una herramienta clave.

Actualmente, se reconoce que las costumbres, la moda y las tendencias de vestir, comer y convivir, pueden llegar a ser determinantes de la BN, esto, además, se asocia al acceso a los medios de comunicación y las tecnologías de la información, incluidas todas las formas de redes sociales y comunicación que hoy se conoce son de uso cotidiano para todos los grupos etarios. Lo anterior, se vincula de forma directa con la necesidad de aprobación por pares, es por ello que la atención segura de la BN (en su componente de prevención) sugiere afinar herramientas en la estructuración del carácter desde las etapas escolar y preadolescente y con ello probablemente hacer contención de la presión cultural y social ofrecida por los medios de comunicación. El equipo de salud en su enfoque integral debe explorar el entorno, los medios de comunicación usados por la persona con BN y de allí reconocer los elementos como sus niveles de influencia en la conducta.

Entre otros aspectos, la seguridad en la atención en la BN implica una mirada a redes de servicios que apoyan la prevención en estas poblaciones, esto incluso puede permitir determinar el nivel en que los servicios llegan a ser barrera o facilitador para la aparición o mantenimiento de la BN.

En relación con la seguridad de la atención desde lo administrativo-asistencial, se hace necesario desplegar y articular la atención del medio clínico con la Atención Primaria en Salud (APS); generar un buen sistema de información eficaz en seguimiento de las personas y su red de apoyo; de igual forma, implementar estrategias de seguimiento y comunicación interprofesional sobre la efectividad y errores en el proceso — eventos e incidentes adversos — (Junta de Castilla & León, 2009; MIN-SALUD, 2013; Rocco & Garrido, 2017).

Referencias

- Aguaiza-Pichazaca, M, E, & Alarcón-Méndez, P, L. (2022). Bulimia y cuidados de enfermería: una revisión sistémica. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 6(2), 1-26. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2111
- Aguilera-Eguía, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Revista Sociedad Española del Dolor*, 21(6), 359-360. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Álvarez- Amor , L., Agueda-Roldan, M. J., & Ezquerro-Cabrera, M. (2014). *La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250752>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Becker, C. B., Middlemass, K., Taylor, B., Johnson, C., & Gomez, F. (2017). Food insecurity and eating disorder pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.22735>
- Bedoya-Hernández, M. H., & Marín-Cortes, A. F. (2010). La inclusión social por la vía del cuerpo en mujeres diagnosticadas con anorexia bulimia en la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Iatreia*, 23(4), 319 - 328. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180515586001>
- Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 1 - 8. <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
- Bolaños -Rios, P. (2009). Tratamiento de trastornos comórbidos en Bulimia Nerviosa: influencia de un error diagnóstico. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1101-1111. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3214089>
- Borda, P, M., Celemín, A., Celemín, A., Palacio , L., & Fajid, M. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 31(1), 36 - 52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81739659005>
- Bustamante-Cabrera, G., & Justo-Quisbert, J. (2013). Bulimia. *Revista de Actualización Clínica*, 35, 1798-1803. http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v35/v35_a03.pdf
- Camarillo-Ochoa, N. Cabada, R. E., Gómez, M. A. J, & Munguía, A. E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326333008>
- Camino-De Menchaca, M. C. (2021). *Funcionamiento Familiar y Desarrollo de la Bulimia y anorexia nerviosa en mujeres jóvenes adolescentes* [Tesis de pregrado]. Universidad de Lima. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13147>
- Carrillo-Duran, M, V. (2004). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias de la Información. Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4615/1/T25151.pdf>
- Carrillo-Durán, V., & del Moral-Agúndez, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 468-484. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200017>
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Godini, L., Vignozzi, L., Rellini, A, H., Faravelli, C., Maggi, M., & Ricca, V. (2013). Childhood Sexual Abuse Moderates the Relationship Between Sexual Functioning and Eating Disorder Psychopathology in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A 1-Year Follow-Up Study, *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2190-2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.12232>
- Cordero-Jiménez, J. R., Delgado, F. R., Jiménez, G. F., García, C. S., & Toledo, T. J. N. (2012). Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(6), 540-557. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180025023013>
- Crowther, J. H., & Williams, N. M. (2011). Body Image and Bulimia Nervosa. En: T, Cash & L, Smolak (eds), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (33, 288-295). The Guilford Press. https://digitalcommons.odu.edu/psychology_books/3
- Danner, U. N., Sthernheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry research*, 215(3), 727-732. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>
- Del Bosque-Garza, J. M., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones Psiquiátricas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Medigraphic*, (66), 398-409. <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n5/v66n5a2.pdf>
- Dominguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos , J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos*

- latinoamericanos de nutrición, 58(3), 249-255. <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/#>
- Duarte., J. M., & Mendieta, Z., H. (2019). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Problema de Salud Pública. *Inteligencia Epidemiológica*, 33-38. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/104520>
- Engel, S., Steffen, K., & Mitchell, J. E. (2020). Bulimia nerviosa en adultos: características clínicas, curso de la enfermedad, evaluación y diagnóstico. *Wolters Kluwer*, 1-27. <https://www.uptodate-com.ez.unisabana.edu.co/contents/bulimia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessment-and-diagnosis>
- Errandonea., M, I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Condes*, 23 (2), 165-171. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702948>
- Fabbri., A, D., Deram, S., Shikanai, K, D., & Cordas T, A. (2015). Ghrelin and eating disorders. *Archives of Clinical Psychiatry*, 42(2),52-62. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000048>
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P., & Espinosa, R. (2007). Factores Asociados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes Universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(004), 344-351. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/518/965>
- Fondo de las Naciones Unidas. (UNICEF-2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. DC: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://ibdigital.uib.es/greentone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/unicefoo/02.dir/unicefoo02.pdf
- Fortich-Mesa, N. (2013). ¿Revisión sistemática o revisión narrativa?. *Ciencia y Salud Virtual*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.22519/21455333.372>
- Franco, K., Martínez, A., Diaz, F., López, E. A., Aguilera, V., & Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 1, 102 - 111. <http://journals.iztacala.unam.mx/>
- Franco-López, M. (2013). *Estrés y sintomatología de trastornos alimenticios* [Tesis de Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5100>
- García-Ruíz, L. J., & González-Romero, Y. (2019). *Los factores psicosociales de la anorexia y bulimia en adolescentes* [Tesis de Psicología]. Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15314/1/2019_psicosociales_bulimia_anorexia.pdf
- Gismero-Gonzalez, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Clínica y Salud*, 12(3), 289 - 304. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618319001>
- Golden, N., Katzman, D., Kreipe, R., Stevens, S., Sawyer, S., Rees, J., Nicholls, D., & Rome, E. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 496-503. doi: 10.1016/S1054-139X(03)00326-4. PMID: 14642712.
- Gomez-Sánchez, P., Gutierrez , K., & Gutierrez, E. L. (2020). Frecuencia de factores de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia en un colegio de Lima, 2017. *Apuntes Universitarios*, 10(3), 197-206. doi: <https://doi.org/10.17162/au.v10i3.480>
- Gonzales, F. (2017). Situación de salud en los adolescentes y jóvenes en el Perú. *Ministerio de salud*, 1(1), 1-124. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Graell-Berna, M. (2020). Trastornos de alimentación en la infancia y adolescencia. Nuevas perspectivas para nuevos tiempos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(3), 3-7. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a1>
- Guadarrama-Guadarrama, R., & Mendoza-Mojica, S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 125 - 136. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963011>
- Gutierrez-Álvarez, A. K., Cruz-Almaguer, A. Y., & Zaldivar, E. D. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-10. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3704/556>
- Hamdan-Pérez, J. A., Mela, B. A. D., Pérez, H. M., & Bastidas, B. E. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Revista Facultad de Salud*, 9(1), 9-20. <https://doi.org/10.25054/rfs.v9i1.1827>
- Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 11-16. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135326>
- Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalization and waiting list for people with eating disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey

- Replication. *Biological Psychiatry*. 61(3), 348-58. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Huete-Cordova., M. A. (2022). Trastorno de conducta alimentaria durante la pandemia del SARS-CoV-2. *Revista de Neuropsiquiatría*, 85(1), 66-71. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4156>
- Jáuregui, I. (2016). Modas y modelos sociales en salud mental. Anorexia y bulimia. *Trastornos de Conducta Alimentaria*, 23(4), 2489-2501. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250819>
- Junta de Castilla y León. (2009). *Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaseguridadadencionpersonascontrastornos.pdf>
- Keel, P. K, Mitchell, J, E, Miller, K, B, Davis, T, L, & Crow, S, J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1):63-9. doi:10.1001/archpsyc.56.1.63
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3),195-204. doi: 10.1002/eat.20810. PMID: 20186717.
- Kolar, D. R., Mejía- Rodríguez, D. L., Mebarak-Champs, M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000279>
- López, C., Herrero , O., & Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de psicoterapia*, 25(99), 69-81. https://www.researchgate.net/publication/271839121_Dinamica_familiar_y_vinculo_parental_en_pacientes_diagnosticados_de_Trastorno_de_la_Conducta_Alimentaria
- Lopez, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Medica Clinica Condes*, 22(1), 85-97. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
- Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2019). Food insecurity and bulimia nervosa in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6),735-739. doi:10.1002/eat.23074.
- Madruga-Acerete, D., Leis-Trabazo, R., & Lambruschini-Ferri, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*, 7, 325 - 339. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
- Marfil, R., Sánchez, M. I., Herrero, M. G., Jáuregui, L. I. (2019). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative & no Positive Results*, 4(9), 925-948. <https://www.jonnpr.com/PDF/3171.pdf>
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183>
- Martínez, B. L. C., Viancha, P. M. A., Pérez, P. M. P., & Avendaño, P. B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta colombiana de Psicología*, 20(2), 178-188. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>
- Martínez-Reyes, C. R., Agudelo , Durango, J., Areiza, S. M., & Giraldo , D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17 (33), 277-292. <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2017.2/a17>
- Matheson, B. E., Bohon, C., & Lock, J. (2020). Family-based treatment via videoconference: Clinical recommendations for treatment providers during COVID-19 and beyond. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1142–1154. <https://doi.org/10.1002/eat.23326>
- Mendez, J. P., Vasquez- Velasquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Medico del Hoispital Infantil de México*, 65, 579-592. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- Ministerios de Salud y Protección Social. (MIN-SALUD-2013). *Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud*. Documento elaborado en el Marco del Convenio de Cooperación Internacional 363 de 2013 entre el Ministerio de Salud y Protección Social – Organización Internacional para las Migraciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
- Monterrosa, A., Ruiz, J., & Cuesta, G. (2012). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), 300- 305. https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=91979&id_seccion=3890&id_ejemplar=9016&id_revista=237
- Morales, A., Ramirez, W., Ureña, M. E., Sevilla-Vargas, A., Umañan, P., & Chaves-Viquez, R. (2002). Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de

- Adolescentes. *Acta Pediátrica Costarricense*, 16(3), 93-108. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902002000300002
- Muñoz-Calvo, M. T., & Argente, J. (2019). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protocolos Diagnóstico Terapéutico Pediátrico*, 1, 295-306. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_trastornos.pdf
- Neveu, R., Fouragnan, E., Barsumian, F., Carrier, E., Lai, M., Nicolas, A., Neveu D., & Coricelli, G. (2016). Preference for Safe Over Risky Options in Binge Eating. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 10(65), 1-9. <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00065>
- Ortega-Miranda, E. G. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Hereidiana*, 29, 111-115. doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Osorio-Cerrón, P. & Moran-Ynga, S. L. (2019). *Insatisfacción con la imagen corporal y estilos de crianza parental en adolescentes de una institución educativa estatal de Lima Este*. [Tesis de Psicología]. Universidad Peruana Unión. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/1814>
- Pacanowski, C. R., Pissetsky, E. M., Berg, K. C., Crosby, R. D., Crow, S. J., Linde, J. A., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Klein, M. H., Smith, T. L., Le Grange, D., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2016). Self-weighing behavior in individuals with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 49(8), 817-821. <https://doi.org/10.1002/eat.22537>
- Peebles, R., Lesser, A., Park, C. C., Heckert, K., Timko, A., Lantzouni, E., Liebman, R., & Weaver, L. (2017). Outcomes of an inpatient medical nutritional rehabilitation protocol in children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 5(7), 1-14 <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0134-6>
- Pérez, V. (2020). Repercusión de la conducta suicida en el personal de sanitario: segunda víctima. En J, Giner, M, Moreno., & Giner, L. (eds), *Clinica y consecuencias de la conducta suicida en el adulto joven* (pp. 27-35). Canal Editorial S.L. <https://www.encuentrosenpsiquiatria.com/wp-content/uploads/2020/10/CLI%CC%81NICA-Y-CONSECUENCIAS-DE-LA-CONDUCTA-SUICIDA-EN-EL-ADULTO-JOVEN.pdf>
- Perurena-Asis, A. (2019). *Bulimia Nerviosa y su Tratamiento Cognitivo-Conductual*. Montevideo. [Tesis de Psicología]. Universidad de la República de Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23007>
- Pineda, G. G., Gómez, P. G., Platas, A. S., & Velásco, A. V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista mexicana de trastornos alimenticios*, 8(1), 49 - 55. <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425749960006.pdf>
- Ponce, C., Salazar, C., Turpo, K.V., Carhuancho, J., Ileri, C. L., & Taype, R., A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 1 - 11. https://www.researchgate.net/publication/320912080_Trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_estudiantes_de_medicina_de_una_universidad_de_Peru_Eating_disorders_in_medical_students_of_a_Peruvian_university
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro, H. J., Mora, G. M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391- 401. http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/o8_revisi07.pdf
- Rasmusson, G., Lydecker, J. A., Coffino, J. A., White, M. A., & Grilo, C. M. (2018). Household food insecurity is associated with binge-eating disorder and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22990>
- Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2021). Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together? *Clinical therapeutics*, 43(1), 17-39. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.006>
- Restrepo, J. E., & Castañeda, Q. T. (2020). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>
- Reyes-Rodríguez, M. L., Bulik, C. M., Hamer, R. M., & Bacon, D. H. (2013). Promoviendo una Alimentación Saludable (PAS) design and methods: engaging Latino families in eating disorder treatment. *Contemporary Clinical Trials*, 35(1), 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.01.005>
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. (8), 69-79. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica - CONDES*, 28(5), 785-795. https://www.researchgate.net/publication/320705987_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_CULTURA_DE_SEGURIDAD
- Rodríguez-Jojoa, C. E., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2020). Fundamentos bioéticos y científicos para el manejo integral de pacientes con bulimia en odontología. Estudio cualitativo en estudiantes y profesores de odontología

- en una Universidad de Colombia. *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO*, 1(21), 76-90. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2021/08/RevisitaBioetica22.pdf>
- Rother, T. E. (2007). Revisión sistemática y Revisión narrativa. *ACTA*, 20(2), 9-10. <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?format=pdf&lang=es>
- Ruíz-Martínez, A. O., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., Viladrichi, S. C., & Halley, C. M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a6.pdf>
- Sabater, R. M. I. (2018). Influencia de las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria. *Escola Universitária d'Infermeria*, 1-64. <http://hdl.handle.net/20.500.13002/508>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nerviosa: valorada y visible. Un modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal y sus implicaciones para la investigación y la práctica. *British Journal of Clinical Psychology*, 15(5), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Sierra-Puentes, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(1), 79 - 87. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910108>
- Silva-Fara, M. H. & Mate, C. H. (2015). Una discusión sobre las prácticas de la anorexia y la bulimia como estética de la existencia. *Educação e Pesquisa*, 41(4), 883-898. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022015021539>
- Sysko, R., Ojserkis, R., Schebendach, J., Evans, S. M., Hildebrandt, T., & Walsh, B. T. (2017). Impulsivity and test meal intake among women with bulimia nervosa. *Appetite*, 112, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.005>
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375 (9714), 583-93. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Vilariño-Besteiro, P., Unzeta, C. V., Pérez, F. C., López, M. B., Uría, R. T., & Baños, M. I. (2020). Bulimia Nerviosa y Trauma: ¿Asociación Casual o Mecanismo Perpetuador?. *Interpsiquis*. XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental. 1-24. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-36-COMU8.pdf>