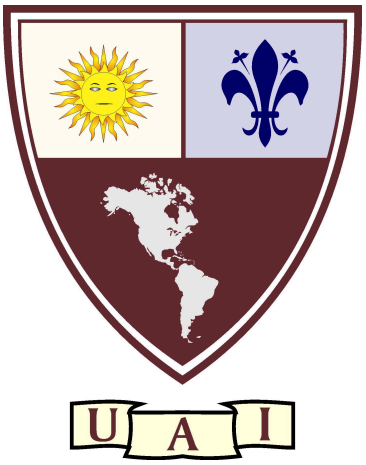



**Universidad Abierta Interamericana**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

# “Percepción de la imagen corporal respecto a su Índice de Masa corporal en jugadoras de hockey de 18-25 años de un Club deportivo de la localidad de Rosario en el año 2024”.

**Tesista: Botto Martina**

**Título a obtener: Licenciada en Nutrición.**

**Licenciatura en Nutrición**

**Febrero, 2025.**

**Resumen:**

La imagen que cada individuo tiene de su propio cuerpo es tan subjetiva que no necesariamente ha de coincidir con la real. La construcción social del cuerpo comprende mucho más que la realidad de su estado nutricional. Y se encuentra moldeada simbólicamente por aspectos mucho más allá de los biológicos, tales como: sociales, culturales, demográficos, emocionales, entre otros.

El propósito de esta investigación fue analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la percepción de la imagen corporal de jugadoras de entre 18 a 25 años de un Club deportivo ubicado en la localidad de Rosario, para evaluar si existe una distorsión de la misma. El estudio adoptó un enfoque cuali-cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal.

La muestra consistió en 32 jugadoras de hockey, mujeres.

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó una encuesta anónima a cada una de las jugadoras, donde debían reflexionar y responder una pregunta en torno a la percepción de su cuerpo. Para poder evaluar dicha percepción de la imagen corporal y determinar si había una distorsión o no, se utilizó el modelo de las 9 figuras de Stunkard.

Para determinar el estado nutricional de las deportistas, se tomaron las medidas antropométricas correspondientes para poder calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).

Se concluyó que un 75% de las encuestadas se percibió con una imagen corporal aumentada comparada con la imagen real. El análisis afirmó la hipótesis inicial, mostrando que la mayoría de jugadoras de hockey del club evaluado percibían una incorrecta imagen corporal propia.

**Palabras claves:** Índice de Masa Corporal, Percepción de la imagen corporal, Estado nutricional, Jugadoras de hockey, Mujeres.

**Dedicatoria**

A mi familia, por acompañarme en cada paso.

A mis papás, por empujarme a perseguir mis sueños.

A mis amigas de la facultad, Yanil y Tamara, nada de esto hubiera sido lo mismo sin ustedes.

A mi novio, por mostrarme que todo es posible y enseñarme a soñar en grande.

A mi, por todo el esfuerzo. Prometo ejercer esta profesión con mucho respeto y orgullo.

Agradezco de todo corazón a la institución, profesores y compañeros con los que he compartido estos años.

Cada paso, cada materia, cada charla, me ha convertido en aquella persona que se encuentra a un paso de ser Lic. en Nutrición. Una persona de la cual me siento muy orgullosa y que anhela una larga vida profesional, llena de estudio e introspección. Hoy "Solo sé que no sé nada" y espero que siempre así sea.

Solo me queda agradecer. Todo el esfuerzo valió la pena.

**Resumen:** 1
**Dedicatoria** 2
**Introducción:** 6
**Marco Teórico** 7
Hockey 7
Beneficios de la actividad física sobre la salud 7
Juventud 9
Nutrición 10
Nutrición deportiva 10
Peso corporal 11
Índice de Masa Corporal (IMC) 11
Requerimientos nutricionales 12
Necesidades nutricionales 13
Alimentación en la actividad físico-deportiva 13
Energía 14
Deficiencias nutricionales 15
Hidratos de carbono 16
Grasas 18
Micronutrientes 19
Vitaminas 20
Minerales 20
Hidratación 22
Momento adecuado para la ingesta de alimentos 23
Hábitos alimentarios 24
Leyes de la Alimentación 26
Ciclicidad femenina 27
Ritmos biológicos que influencian la ciclicidad femenina 28
Ciclo menstrual 28
Valoración del cuerpo 29
Redes sociales 30
Estereotipos de belleza 33
Dietas de moda 34
Imagen corporal 37
Trastorno de la imagen corporal 38
Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) 39
Anorexia nerviosa (AN) 40
Etiología 40
Tipos específicos 42
Comorbilidad 42
Bulimia nerviosa (BN) 43
Etiología 43
Tipos específicos 45
Trastornos alimentarios especificados (TAE) 45

Factores de Riesgo....47
Niveles de prevención y sus características....48
Anamnesis alimentaria en casos de TCA....49
**Antecedentes....51**
**Planteamiento del Problema:....55**
**Justificación....55**
**Hipótesis....56**
**Objetivos....56**
Objetivo general....56
Objetivos específicos....56
**Marco Metodológico:....57**
Área de estudio....57
Tipo de estudio....57
Universo....57
Población....58
Muestra....58
Criterios de inclusión:....58
Criterios de exclusión:....58
Materiales y Métodos....59
Variables y punto de corte....60
**Trabajo de campo....62**
Analisis e interpretacion de datos....62
Gráfico N°1: Estado Nutricional....63
Gráfico N°2: Figura percibida....64
Gráfico N°3: IMC según la percepción de la imagen corporal....64
Gráfico N°4: Relación entre la imagen corporal real y la percibida....65
Gráfico N°5: Imagen corporal percibida según Estado Nutricional: Bajo peso....66
Gráfico N°6: Imagen Corporal percibida según el estado nutricional: Normopeso....66
Gráfico N°7: Imagen Corporal percibida según Estado Nutricional: Sobrepeso....67
Gráfico N°8: Imagen Corporal percibida según Estado Nutricional: Obesidad....68
Conclusión....69
**Bibliografía....72**
**Anexos....79**

## Introducción:

Hoy en día, resulta difícil para las mujeres no encontrarse influenciadas por la cultura de la imagen, donde la preocupación por la apariencia física supera cuestiones biológicas, y en muchos casos, descuida la salud física y mental. Todo ello, con el fin de encajar en la sociedad donde se habita.

Aquella preocupación desmedida por la imagen corporal, logra trascender e instaurar nuevos pensamientos y actitudes que quizás antes no corrían por la mente de las mismas. Un ejemplo podría ser la incorrecta percepción de la propia imagen corporal. La cual se define como "La manera en que la persona siente, vive, visualiza su propio cuerpo, y cómo se siente respecto a él". [4]

El hecho de no sentirse a gusto en su propia corporeidad puede llevar a las mujeres a desatar conflictos internos con su apariencia física y provocar cambios en sus patrones alimentarios o conductuales, tales como, dietas, sentimientos de culpa, insatisfacción, cirugías, actitudes compensatorias. Cuestiones alarmantes para la integridad y salud tanto física como mental de aquellas mujeres.

Hoy en día, ese ideal de belleza, estereotipado principalmente por la masividad de las redes sociales, provoca en las mujeres un cambio en la conducta y manera de valorar a su propio cuerpo. Siendo esto un grave problema de salud, ya que induce a las mujeres a comportamientos que atentan contra su bienestar físico y mental, ya que en paralelo al crecimiento exponencial de las redes sociales, también se incrementó la masividad de promoción de dichos regímenes, cirugías y patrones que incentivan a la pérdida de peso y a la disconformidad de la propia percepción de la imagen corporal.

En el hockey, en estos últimos años, la exigencia y demanda por tener un cuerpo saludable y esbelto ha crecido exponencialmente, donde más allá de buscar un mejor rendimiento físico, se busca una mejor estética corporal en las jugadoras.

En un contexto social y cultural donde la belleza es sinónimo de delgadez, resulta importante entender de donde parten aquellos estereotipos y cómo afectan en la percepción de la imagen corporal de las jóvenes y de sus estados nutricionales.

## Marco Teórico

### Hockey

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la actividad física (AF) se define como "cualquier movimiento corporal generado por la acción muscular que produce un aumento en el gasto energético". La AF se clasifica en estructurada y en no estructurada. [8]

**-La actividad física no estructurada:** es cualquier movimiento de la vida diaria como caminar, limpiar, jugar, etc.

**-La actividad física estructurada o Ejercicio:** actividad planificada, estructurada y repetitiva. Su objetivo principal es mejorar y mantener una correcta aptitud física. [1]

**-El deporte** es el ejercicio físico que requiere de reglas/normas, está relacionado a una disciplina como el hockey y su objetivo principal es competir. [8]

Según la carta Europea del deporte de 1992, dice que éste "involucra toda forma de actividad física que, mediante la participación casual u organizada, tiende a expresar o mejorar la condición física y el bienestar mental, estableciendo relaciones sociales y obteniendo resultados en competición a cualquier nivel". [8]

El deporte nació como actividad física con una finalidad de recreación y pasatiempo, y a lo largo del tiempo ha ido incorporando nuevos elementos que lo caracterizan. [12]

**La realización de actividad física involucra todos los sistemas del organismo, no hay célula que no se beneficie con el movimiento**. Esta integridad corporal que se produce tiene un impacto positivo sobre la salud y el rendimiento deportivo. [12]

### Beneficios de la actividad física sobre la salud

-Mejora el funcionamiento del miocardio
-Aumenta la capacidad diastólica máxima
-Aumenta la capacidad del contraccion del musculo cardiaco
-Aumenta la capacidad aeróbica
-Mejora la capacidad diastólica

-Reduce las lipoproteínas de baja y muy baja densidad y los triglicéridos
-Reduce el colesterol
-Aumenta las lipoproteínas de alta densidad
-Disminuye el tejido adiposo
-Aumenta la masa muscular
-Mejora la tolerancia a la glucosa
-Favorece la densidad ósea
-Mejora la función inmune. [12]

**El Hockey** es un deporte en el que dos equipos rivales de once jugadores compiten para meter una bocha en la portería del equipo contrario (gol) con la ayuda de un palo que permite controlar la pelota. El objetivo consiste en marcar más goles que el equipo contrario al finalizar el tiempo de juego reglamentario. [8]

En relación con las demandas metabólicas, el hockey sobre césped es una actividad deportiva rápida de tipo intervalado, con muchas carreras cortas, combinadas con detenciones, cambios de dirección y giros. [1]

Durante la temporada habitualmente se entrena 4 veces por semana y se juega el fin de semana. Las sesiones de entrenamiento duran generalmente 1-2 horas con trabajos mas intensos al principio de la semana y con menor intensidad hacia finales de la misma por la proximidad de la competencia. Sesiones de entrenamiento de resistencia, flexibilidad, velocidad pueden formar parte de estas sesiones o incorporarse como entrenamiento adicional durante la semana.[8]

El alto nivel de gasto de energía, junto con la pérdida de líquidos y las lesiones, requiere estrategias inteligentes de nutrición e hidratación para optimizar el rendimiento. **(Grupo de nutrición deportiva, 2012)** [8]

El hockey está **integrado por cuatro componentes principales**: técnica, táctica, preparación física y cualidades psiquiátricas para la competencia. [8]

La **técnica** implica el desarrollo coordinado de los movimientos del jugador y su seguridad en el manejo con el palo y la bocha. Es uno de los factores centrales del juego y es el rasgo decisivo de la capacidad del juego. [8]

La **táctica** comprende fundamentos, reglas y métodos del juego. Su esencia está dada por el empleo efectivo de los medios del juego y la lucha bajo constantes cambios de las situaciones del juego y su disputa con el contrincante. [8]

La **preparación física** es el componente físico del rendimiento de juego. Abarca todas las cualidades condicionantes y coordinadas que influyen de distinta manera sobre el rendimiento. Las exigencias físicas son la velocidad, la agilidad y la resistencia especial. [8]

Las **cualidades psíquicas** para la competencia son reglas de conducta propias de cada jugador. [8]

La práctica regular de actividad física (AF), ya sea en forma de ejercicio físico o deporte o bien integrada en un estilo de vida activo, es un comportamiento fundamental en un estilo de vida saludable junto con otros hábitos, como el seguimiento de un correcto patrón alimentario, horas de sueño adecuadas, etc. El hecho de que los pacientes con TCA manipulen (utilizan de manera incorrecta) algunos de estos hábitos para conseguir su objetivo, no implica que los programas de prevención deban evitar la incorporación de la práctica de la AF. En realidad, la última revisión de los programas comunitarios para prevenir los TCA concluye que los programas con mayor éxito son aquellos que incluyen intervenciones educativas sobre AF y nutrición con los adolescentes y sus figuras parentales desde múltiples contextos: el lugar de trabajo, centros de bienestar, centros deportivos, vía *online* , etc. [37]

**Juventud**

Una vez finalizado todo este proceso de cambio, alrededor de los 18 o 20 años, se inicia una nueva etapa, la de la juventud, que se extiende hasta los 25 años aproximadamente.

El cuerpo de la mujer pasa por varios años de estabilidad en la que los cambios solo ocurren en caso de producirse un embarazo. Esta estabilidad no sólo se produce a nivel físico sino también a nivel interno. Es habitual que la mujer atraviese un ciclo más tranquilo consigo misma, alcanzando ese equilibrio más característico de la época adulta.

El autoconocimiento y la autoaceptación empiezan ya a tener su efecto durante estos años. Se trata sin duda de un momento muy constructivo en las fases de una mujer. [11]

## Nutrición

Desde la visión del doctor Pedro Escudero, pionero del estudio de la nutrición en América Latina, la nutrición "es el resultado de un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí que tienen como finalidad mantener la composición e integridad normal de la materia y conservar la vida". Si bien esta concepción de la nutrición tiene un enfoque netamente biológico, la doctrina de Escudero tuvo también una marcada orientación social, que se ve reflejada en posicionamientos como "la base de la conservación del ser viviente es la nutrición; vida, vigor, reproducción espiritual y moral dependen de ella". [12]

El consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica Americana, en 1963, sugiere que la nutrición es la ciencia que estudia los alimentos, nutrientes, la interacción en relación con la salud y la enfermedad; los procesos fisiológicos y metabólicos que ocurren en el organismo. La nutrición puede interpretarse en el sentido más amplio ya que puede verse afectada por muchos otros factores culturales, socioeconómicos y psicológicos, relacionados con los alimentos y la alimentación. [12]

## Nutrición deportiva

La nutrición deportiva es un área de estudio relativamente nueva cuyo objetivo es la aplicación de los principios nutricionales a la mejora del rendimiento deportivo. Si bien los investigadores han estudiado la interacción entre la nutrición y los diversos tipos de deportes y ejercicios durante más de cien años, ha sido durante las últimas décadas cuando se han realizado estudios respecto a las recomendaciones específicas para los deportistas. [1]

Los nutrientes establecidos en una dieta para deportistas realizan tres funciones principales: Proporcionan energía (hidratos de carbono y las grasas son las principales fuentes energéticas), contribuyen en el crecimiento y desarrollo del organismo a través de la construccion y reparacion de los diferentes tejidos del cuerpo y por último regulan el metabolismo. [1]

La alimentación influye sobre el rendimiento deportivo independientemente del nivel de competición del deportista. [1]

Cada deporte necesita una adaptación nutricional distinta y específica. Es decir, dependiendo de su entrenamiento y objetivos finales se hace hincapié en uno u otro alimento**.** [1]

Algunos de los **objetivos** de una alimentación adecuada sobre el rendimiento físico son:
-Optimizar los beneficios del programa de entrenamiento. [12]

-Mejorar la recuperación entre los entrenamientos y las competencias.

-Alcanzar y mantener la composición corporal.

-Reducir el riesgo de lesiones y enfermedades.

-Brindar al deportista confianza sobre su adecuada preparación integral.

-Disfrutar de la comida

**Peso corporal**

Se trata de una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimentos e incluye fluidos. Junto a la talla permite calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). **2**
Según la OMS "El peso corporal es la forma de medir la fuerza gravitatoria universal ejercida sobre la masa del cuerpo de una persona. Este se cuantifica en Kilogramos, que es la unidad básica de masa del Sistema Internacional de Unidades.
**Instrumental:** Balanza de precisión o báscula de pie con un margen de error de 100g. **2**
**Método:** Paciente de pie, parado en el centro de la balanza, con ropa interior o prendas livianas y descalzo. **2**
**Resultados:** En kilogramos (kg). **2**
**Observaciones:** Calibrar la balanza frecuentemente. No utilizar las de tipo familiar de baño. **2**

**Índice de Masa Corporal (IMC)**

Es un indicador antropométrico de uso extensivo para la definición de sobrepeso y obesidad. Tiene buena correlación con la grasa subcutánea y grasa corporal total de los individuos. [2]

Consiste en relacionar la talla de un individuo con el peso , como forma de obtener un índice que refleje la situación ponderal y el riesgo. El Índice de Masa Corporal (IMC) propuesto por el astrónomo belga Quetelet se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado. [2]
La interpretacion del IMC depende la la edad y sexo del individuo.

La fórmula es:

**IMC = PESO (Kg) / TALLA 2 (m)**

**Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet (1869)**

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Actual (kg)}}{\text{Talla}^2\text{ (m)}}$$

| IMC (kg / $m^2$) | Clasificación |
|---|---|
| < 15,9 | Desnutrición Severa (Grado III) |
| 16 – 16,99 | Desnutrición Moderada (Grado II) |
| 17 – 18,49 | Desnutrición Leve (Grado I) |
| **18,5 – 24,9** | **NORMAL** |
| 25 – 29,9 | Sobrepeso |
| 30 – 34,9 | Obesidad Grado I |
| 35 – 39,9 | Obesidad Grado II |
| 40 o más | Obesidad Grado III o mórbida |

**Requerimientos nutricionales**

Se entiende por requerimiento nutricional a la menor cantidad de este que debe ser absorbida o consumida diariamente por un individuo a lo largo de un periodo de tiempo para mantener una adecuada nutrición. Los requerimientos se establecen para personas que se encuentran en un buen estado de salud, aunque también es posible determinarlos en individuos que presenten diferentes patologías, especialmente las crónicas. Debido a que una persona puede encontrarse en un buen estado de salud con diferentes niveles de ingesta de un nutriente en particular, es posible definir dos tipos de requerimientos; por

un lado, el **requerimiento basal o mínimo**, que es la cantidad necesaria para impedir un deterioro clínicamente demostrable de las funciones en las que el nutriente participa. Las personas que alcanzan este grado de requerimiento pueden mantener un nivel de crecimiento y reproducción adecuados, aunque poseen en los tejidos reservas muy bajas o nulas de este nutriente y son por lo tanto susceptibles de carencias causadas por inadecuaciones dietéticas en cortos periodos de tiempo. [12]

Surge entonces el concepto de **requerimiento óptimo,** que es la cantidad de ingesta de un nutriente necesaria para mantener las reservas tisulares. [12]

**Necesidades nutricionales**

Se refiere a las cantidades de ingesta de un nutriente que sobre la base del conocimiento científico se consideran adecuadas para cubrir las necesidades nutricionales de casi todas las personas sanas.

Las necesidades nutricionales varian de acuerdo al peso corporal, la talla, la edad y el sexo y se calculan sobre la base de una actividad fisica moderada.

En forma convencional, las necesidades nutricionales pueden expresarse en una cantidad absoluta diaria o en una determinada cantidad del nutriente por kg de peso por día. [12]

**Alimentación en la actividad físico-deportiva**

Las personas que realizan actividad física gozan de una mayor calidad de vida, porque padecen menos las limitaciones que normalmente se asocian con el envejecimiento y las enfermedades crónicas, viéndose además beneficiadas con una mayor esperanza de vida. [12]

Ya Hipócrates, padre de la medicina preventiva mencionaba en sus obras que la alimentación no bastaba para mantener la salud, que comer bien no era suficiente: era necesario también realizar actividad física. Con el avance de la ciencia en las ultimas décadas se puede documentar la importancia que tiene la alimentación adecuada y la actividad física sobre la promoción de la salud, el bienestar fisico, emocional y el rendimiento deportivo. [12]

La alimentación ideal de un deportista de resistencia es la que contempla las necesidades de energía, y nutrientes, y el momento adecuado para la ingesta de alimentos y bebidas, y la suplementación nutricional. 12

**Energía**

La alimentación es una variable que se debe contemplar para obtener beneficios sobre la salud y sobre el rendimiento deportivo.

**Cada deportista tiene necesidades de energía y de nutrientes específicos**. El tamaño y composición corporal, las actividades de la vida diaria, la carga del entrenamiento, nivel de entrenamiento, el tipo de terreno donde se entrena, la pendiente, el viento, etc. Son factores que se deben contemplar para determinar las necesidades de energía y de nutrientes diarios (**Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2016).** [12]

El gasto producido por la actividad física es el componente más variable del gasto energético. El sedentarismo puede representarse solo un 10-15% del total de energía utilizada al día, pero en deportistas de resistencia puede aumentar por encima del 50%. [12]

Existe una variedad de ecuaciones que estiman las necesidades energéticas diarias. La ecuación de reducción del gasto energético en reposo **(GER)** desarrollada por Harris Benedict es de utilidad para estimar el gasto energético total **(GET)**. El GER se debe multiplicar por un factor de actividad, considerando el valor de 1,8 a 2,3 como actividad moderada a muy intensa respectivamente. [12]

Sin embargo, utilizar como único referente el valor calórico que surja de la utilización de ecuaciones puede conducir al profesional a un error en el momento de determinar en valor calórico a asignar en el plan de alimentación del deportista. Parte del análisis necesario requiere confrontar la ingesta de energía que surge en la evaluación nutricional con el resultado de las ecuaciones, contemplar el objetivo de composición corporal que se aspira llegar y evaluar el rendimiento deportivo actual. [12]

**Deficiencias nutricionales**

En deportistas de alto nivel, existen factores en el mantenimiento óptimo de la salud para evitar posibles perjuicios derivados de la práctica deportiva. Este menoscabo aparece derivado del elevado gasto energético, respecto a la población general, y de sus requerimientos tanto energéticos como nutricionales, aumentados. La justificación fisiológica del riesgo de déficits en deportistas se debe a un aumento del catabolismo proteico, de hidratos de carbono y de energía, y una mayor eliminación de vitaminas y minerales a través de heces, sudor y orina. Los problemas generales más prevalentes que aparecen cuando no se cubren los requerimientos mínimos necesarios son: baja disponibilidad energética, descenso del rendimiento, déficits vitamínicos y problemas psico-nutricionales. Actualmente, casi el 50% de la población femenina mundial se muestra interesada en el deporte, creciendo de forma exponencial. La mayoría de los estudios relacionados con el deporte se investigan en población masculina, por lo que es importante que se aumenten las investigaciones en las deportistas femeninas. El riesgo de padecer déficits nutricionales es acentuado en población femenina por su fisiología presentando mayores necesidades de determinados micronutrientes como hierro, calcio o folatos. Este problema se agudiza en deportistas ya que presentan un mayor riesgo de déficits por una menor disponibilidad de energía, lo que provoca un aumento en el riesgo de lesiones y alteraciones en el ciclo menstrual, pudiendo interferir en su rendimiento deportivo. Los requerimientos de hierro, calcio y vitamina D son especialmente importantes para la mujer deportista. Calcular y monitorizar las necesidades concretas de cada deportista, de manera individualizada, es la forma de prevención o tratamiento más adecuada para evitar déficits energéticos que son recurrentes en esta población. [17]

**Déficit energético**. Las necesidades energéticas varían mucho en las deportistas femeninas, dependiendo de su deporte, características y momento de la temporada. Poseen mayor riesgo de padecer "baja energía" debido a la menstruación y desórdenes alimentarios, con preocupación por el peso e imagen corporal siendo, el déficit energético, un factor limitante en la práctica deportiva. En cualquier grupo de deportistas de entrenamiento de resistencia, se puede esperar que 1 de cada 3-4 mujeres cumplan los criterios de identificación de déficit energético. [17]

**Consumo de proteínas**. Las necesidades de proteínas dependen del tipo e intensidad de la actividad física realizada, de la masa muscular, de los depósitos de glucógeno muscular almacenados y la cantidad de hidratos de carbono de la dieta. Las recomendaciones que existen actualmente acerca de la ingesta diaria de proteínas

(0,8g/kg/día) son insuficientes para cubrir los requerimientos de este macronutriente en los deportistas. Sin embargo, existe un consumo por encima de estas recomendaciones en la mayoría de las deportistas. [17]

**Hidratos de carbono**

El rol de los hidratos de carbono en la alimentación de los deportistas comprende:
-Reservar energía en el hígado y en los músculos en forma de glucógeno.
-Mantener el nivel de glucosa en sangre estable.
-Prevenir la utilización de las proteínas corporales como fuente energética.
-Disminuir la respuesta inflamatoria al disminuir los niveles de cortisol durante la actividad (Rossi, 2010).
-Reponer el glucógeno después del ejercicio. [12]
Los hidratos de carbono se dividen de acuerdo con su tamaño, en **simples y complejos.** Los primeros son los que no pueden degradarse en sustancias más pequeñas: glucosa y fructosa. Los complejos consisten en: sacarosa, lactosa, maltosa, almidón, entre otros. Sin embargo, cualquiera sea el hidrato que se ingiere, el cuerpo necesita glucosa.
El *cerebro solo usa glucosa*, aunque la cantidad de esa sustancia en la masa cerebral representa únicamente el quince o veinte por ciento del nivel de glucosa en sangre. Por esa razón tan sensible la glucosa debe mantenerse en niveles constantes. El organismo controla esta variable a través de células nerviosas especializadas del arcuato, además de otros núcleos cerebrales que detectan cambios en este nutriente. Los hidratos que no se usan se almacenan como glucógeno (un polímero de la glucosa) en el hígado y músculos. La cantidad de hidratos que almacena el cuerpo equivale prácticamente a los ingeridos en un día por una persona sana. **Por eso los hidratos no deben eliminarse de la alimentación**, ni es aconsejable realizar dietas que disminuyan o reduzcan drásticamente este nutriente. [13]

En el pasado se sugiere que la recomendación de macronutrientes se realizará en función al porcentaje del valor calórico total; por ejemplo, la alimentación con mas del 60% de la energía proveniente de los hidratos de carbono se consideraba alta en ese nutriente. En la actualidad, para la población de deportistas se sugiere partir de una

indicación basada en **gramos de nutriente por kg de masa corporal por día**. Los HC y las proteínas se calculan a partir de los gramos recomendados en función de la masa corporal y las grasas surgen por diferencia del valor calórico. [12]

Las reservas corporales de glucógeno están limitadas a 100-110g en hígado y 300-350g en los músculos. El deportista debe consumir suficiente cantidad de alimentos de hidratos de carbono durante el día con el objetivo de optimizar estas reservas o para recuperarlas una vez que se han agotado después de la actividad. Las reservas de glucógeno disminuidas reducen la calidad y el tiempo en que un atleta es capaz de ejercitarse. **(International Olympic Committee, 2011)** [12]

Así como no todos los días de entrenamiento son intensos o prolongados, tampoco todos los días de entrenamiento requieren una ingesta alta en HC. Por ello, el cálculo se puede calcular contemplando las horas de entrenamiento diarios, o el promedio semanal. [12]

**Cantidad de hidratos de carbono en función del promedio de horas entrenadas**

| Promedio hs entrenamiento | Gramos HC/ kg-1/dia-1 |
|---|---|
| 2-5 por semana | 4-5 |
| 5-7 por semana | 5-6 |
| 1-2 por dia | 6-7 |
| 2 a 4 por dia | 7-8 |
| Más de 4 por dia | 8-10 |

Fuente: Onzari, 2021, Bean, 2011.

**Proteínas**

Las necesidades de proteínas de un deportista están aumentadas por encima de las de una persona con un patrón de vida sedentaria. La ingesta de proteínas necesarias para producir la adaptación metabólica, reparación, regeneración y para el recambio proteico oscila entre 1,2 a 2g/kg/día **(Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2016).** Los valores más bajos son adecuados para los deportistas que entrenan en deportes de resistencia o equipo maratonistas, ciclistas, fútbol, hockey) y los valores mas altos para los deportistas que entrenan deportes de fuerza como musculación, también pueden ser indicados por períodos cortos durante entrenamientos muy intensos o cuando se reduce la ingesta de energía. El plan de alimentación debe proporcionar cantidades moderadas de proteínas de alta calidad en cada comida a lo largo de todo el

día y después de sesiones extenuantes de entrenamiento. El consumo de energía adecuada, en particular de HC, es importante para que los aminoácidos cumplan su función plástica y no sean oxidados para brindar energía. [12]

**Grasas**

Son componentes necesarios en la alimentación diaria, proveen energía, ácidos grasos esenciales y vitaminas. El rango de ingesta recomendada surge de la diferencia entre la sumatoria de las calorías aportadas por los hidratos y las proteínas del valor calórico total; debería estar entre un 20 y un 35% del total de la energía ingerida en el día. Cuando la demanda energética es muy alta, este porcentaje puede incrementarse siendo necesario hacer hincapié en adecuar la selección prefiriendo las de origen vegetal. Ingestas insuficientes de grasas no favorecen el rendimiento deportivo y ponen en riesgo de carencias nutricionales. [12]

Además de proveer energía de reserva, las grasas son la base de las hormonas, representan el acolchado natural de los órganos, proveen de aislamiento térmico al cuerpo, forman parte de las membranas de las células-y nada más y nada menos- constituyen el sesenta y cinco por ciento del cerebro. [14]

Las grasas son cadenas de moléculas de carbono de diferente longitud y se pueden clasificar de distintas maneras. La clasificación más conocida las ordena de acuerdo con la forma en que las cadenas están unidas. Las grasas **saturadas** no presentan tan doble ligadura entre los átomos de carbono. Son sólidas a temperatura ambiente y se encuentran en la manteca, lácteos enteros, quesos duros y la crema.

Las **monoinsaturadas** se caracterizan por una sola doble ligadura entre átomos de carbono. Están principalmente en el aceite de oliva, palta, almendras y nueces. Son además, líquidas a temperatura ambiente. [13]

Las grasas **poliinsaturadas**, como su nombre lo indica, poseen varias dobles ligadura entre las moléculas de carbono y son líquidas a temperatura ambiente. Frecuentemente se las caracteriza por el lugar donde se produce la primera doble ligadura en la cadena de carbonos. Según ese criterio, hay dos tipos principales de ácidos grasos: los **Omega 6,** presentes en los aceites vegetales, como girasol o maíz, y los **Omega 3**, típicos del pescado y el lino. [13]

Por último, las grasas trans son insaturadas, poseen dobles ligaduras, pero su conformación las vuelve rígidas, como las saturadas a temperatura ambiente. Si bien se encuentran en la naturaleza, el tipo más común en el mercado es el que se obtiene de la hidrogenación de aceites en productos de pastelería y en margarinas. [13]

**Micronutrientes**

Son las vitaminas y los minerales. Su función es controlar y regular el metabolismo. No son nutrientes energéticos, pero son esenciales para el ser humano ya que no pueden ser producidos por el propio organismo sino que se reciben del exterior mediante la ingestión de alimentos. Son importantes para mantener un buen estado de salud, sobre todo si se practica deporte, puesto que intervienen en los procesos de adaptación que tienen lugar en el cuerpo durante el entrenamiento y el periodo de recuperación. Para mantener unos niveles adecuados de micronutrientes es recomendable consumir una dieta variada y equilibrada, abundante en alimentos de origen vegetal, que son los más ricos en vitaminas y minerales (en lugar de abusar de los suplementos). [29]

Entre las numerosas funciones de los micronutrientes, las que se relacionan fuertemente con la actividad deportiva son participar del proceso de producción de energía, proteger al organismo del daño oxidativo, participar en la síntesis de hemoglobina y ayudar a la síntesis y reparación de los tejidos musculares durante la recuperación de la actividad y las lesiones. [12]

El estrés que producen las actividades intensas incrementan las necesidades de micronutrientes y también puede incrementar las pérdidas corporales, por lo que los deportistas tienen las necesidades de vitaminas y minerales incrementadas por encima de las personas sedentarias. En general estas necesidades se cubren cuando el atleta consume suficiente energía proveniente de una alimentación variada.

Los deportistas vulnerables a desarrollar carencias de vitaminas y minerales son dietantes que cubren la energía diaria a expensas de alimentos de baja calidad nutricional, como gaseosas, productos de pastelería, golosinas o que no consumen frutas y verduras o no varían su alimentación y comen siempre los mismos alimentos. [12]

Los deportistas que no tienen carencias de micronutrientes no se benefician con un consumo adicional a través de la suplementación. [12]

**Vitaminas**

Las vitaminas son elementos complejos (moléculas) de composición muy diversa. Participan activamente en el control de los procesos para la obtención de energía (a partir de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas) y en la síntesis de multitud de sustancias y estructuras vitales (enzimas, hormonas, proteínas, etc.). Algunas también tienen otras funciones muy específicas (por ejemplo, la vitamina A interviene en la visión, la vitamina K en los procesos de coagulación sanguínea, etc.). [1]

• Vitaminas liposolubles:

- vitamina A o retinol,

- vitamina D o calciferol,

- vitamina E o tocoferol,

- vitamina K o filoquinona.

• Vitaminas hidrosolubles:

Complejo B - vitamina B1 o tiamina

- vitamina B2 o riboflavina, - vitamina B3 o niacina

- vitamina B5 o ácido pantoténico, - ácido pantoténico

- vitamina B6 o piridoxina,

- vitamina B9 o ácido fólico, - ácido fólico,

- vitamina B12 o cianocobalamina.

-Vitamina C o ácido ascórbico. [1]

**Minerales**

Los minerales son elementos esenciales, por lo que, al igual que las vitaminas, deben formar parte de la dieta diaria del deportista en cantidad adecuada. Participan en procesos muy variados, tanto del metabolismo general (mecanismo de obtención de energía, síntesis de multitud de sustancias y estructuras vitales, etc.) como cumpliendo

funciones más específicas (formando parte del hueso, transporte de oxígeno, contracción muscular, etc.). [1]

El **calcio**. Es el elemento esencial del esqueleto. Su ingesta apropiada junto con el ejercicio adecuado y unos niveles hormonales normales son fundamentales para alcanzar y mantener la masa ósea óptima durante los años en que un deportista es joven. Desde la infancia las necesidades de calcio van aumentando, haciéndose máximas en la adolescencia. Es importante cubrir las raciones recomendadas de calcio en todas las edades. Aunque el ejercicio ayuda a mantener los huesos fuertes, si se practica de forma extenuante puede llegar a ser perjudicial, dando lugar a una disminución de la densidad mineral ósea, sobre todo en las mujeres deportistas que tienen problemas con sus ciclos menstruales. [1]

El **hierro**. Muchos deportistas pueden tener una disminución de los niveles de hierro en sangre como consecuencia de su menor absorción intestinal, aumento de la eliminación y/o destrucción de glóbulos rojos, ingestas bajas de hierro en la dieta, y en el caso de las mujeres, por la menstruación. Esta deficiencia dificulta la llegada de oxígeno a las células y se asocia con una merma del rendimiento deportivo. La disminución de hierro y la anemia se producen con menor frecuencia cuando la dieta proporciona suficiente cantidad de alimentos ricos en este mineral. [1]

El **zinc**. Es un mineral que en los últimos años ha adquirido especial interés en el mundo del deporte, debido a las importantes funciones que desempeña: - ayuda a regular la actividad de muchas enzimas, - favorece el adecuado transporte de nutrientes, - mantiene la excitabilidad nerviosa y muscular, - es un componente estructural de los huesos, - refuerza el sistema inmunológico y es antioxidante. Todos estos aspectos son fundamentales en la fisiología del ejercicio. Este mineral ayuda a combatir el estrés oxidativo generado por la actividad física intensa, mediante su acción antioxidante. También facilita la regeneración de las pequeñas lesiones musculares que se pueden producir en el deportista, incluso modifica la acumulación de ácido láctico debido a su influencia sobre la enzima lactato deshidrogenasa.[1]

El **magnesio**. El magnesio es esencial porque interviene en más de 300 reacciones enzimáticas diferentes. Participa en el metabolismo de los componentes de los alimentos, en la transformación de los nutrientes complejos en sus unidades elementales y en la síntesis de numerosos productos orgánicos. Es un mineral básico para el deportista por su papel en la relajación muscular y en el buen funcionamiento del corazón. Las deficiencias de magnesio aparecen en raras ocasiones, pero cuando esto ocurre hay importantes repercusiones: calambres y dolores musculares, latidos cardíacos

irregulares, reducción de la presión sanguínea, debilidad... La práctica deportiva extenuante genera una pérdida de magnesio, y la falta del mismo conduce a una reducción de las capacidades de resistencia y de adaptación al esfuerzo. Por todo ello es fundamental valorar la disponibilidad de magnesio en la dieta del deportista. Este mineral abunda en los frutos secos, legumbres, granos de cereales integrales y vegetales verdes (lechuga, escarola, acelga, espinacas...). Las carnes, los productos lácteos y los mariscos son fuentes algo más pobres. Este mineral está presente también en la composición de algunas aguas minerales naturales. [1]

El **selenio**. Es un mineral que retrasa el envejecimiento celular y ayuda a prevenir la degeneración celular. También aumenta la producción de glóbulos blancos y neutraliza el efecto de los metales pesados. Su acción está estrechamente vinculada con la actividad de la vitamina E. Se encuentra de forma natural en alimentos de origen animal, algunos vegetales y cereales integrales, y en los frutos secos. [1]

**Hidratación**

**El rol de este nutriente esencial durante la práctica deportiva es regular la temperatura corporal, prevenir la deshidratación (pérdida de agua corporal que excede de 2 a 3% de masa corporal) y transportar nutrientes y oxígeno. [1]**

Beber adecuada cantidad de líquidos antes, durante y después del ejercicio es importante para la salud y para un rendimiento deportivo óptimo. [1]

Los síntomas de deshidratación son sed, desgano, sensación de fatiga general, calambres, cefaleas, pérdida de apetito, sensación de calor excesivo y náuseas. El color de la orina y el volumen son indicadores del estado de hidratación. La orina debe ser clara y abundante, ya que la orina concentrada de color oscuro y con poco volumen indica posible deshidratación. **[12]**

La sensación de sed inicia el deseo de beber, siendo un importante determinante de la cantidad de líquido que se ingiere, pero no es un buen indicador del estado de hidratación. La regulación de la sed está controlada por la presión osmótica y el volumen de los fluidos corporales. [12]

Los receptores del hipotálamo responden directamente a cambios de la osmolaridad, volumen y presión de la sangre. También recibe estímulos de los receptores periféricos a estas variables. Un aumento del 2.3 % de osmolaridad del plasma es suficiente para producir sed. **[12]**

Las recomendaciones generales de hidratación brindadas por el Colegio Americano de Medicina del Deporte en 2007 sugieren que 4 horas antes del ejercicio el atleta debería

beber aproximadamente 5 a 7 ml/kg de agua o bebida deportiva. Este periodo es suficiente para optimizar el estado de hidratación y para excretar el exceso de líquido a través de la orina. Si el deportista no orina o la orina es muy oscura debería agregar de 3-5 ml/kg durante las 2 horas previas al evento. Luego, durante el ejercicio, dependiendo de las características del deporte y condiciones ambientales, la tasa de sudor puede variar en un rango de 0.3 a 2,4 litros por hora. La cantidad aproximada de bebida es 6-8 ml/kg de peso/hora de ejercicio. La forma sugerida para ingerir esta cantidad es cada 15-20 minutos 150-350 ml de bebida de rehidratación con 6-8% de hidratos de carbono y 20-30 meq/L de sodio. Para la recuperación rápida y completa del estado de hidratación se recomienda, en las primeras 6 horas tras el ejercicio, la ingesta de aproximadamente 450 a 675 ml de bebidas con electrolitos por cada medio kilo de masa corporal perdida durante el ejercicio. [12]

Un aporte inadecuado de agua conduce a la deshidratación, que se define como la pérdida de un 1% o más del peso corporal como resultado de la pérdida de líquidos. La deshidratación puede ser aguda o crónica como consecuencia de un ejercicio físico intenso, o crónica cuando por periodos prolongados el consumo de agua es menor que las pérdidas diarias. Los primeros síntomas incluyen cefalea, fatiga y resistencia disminuida a la actividad física, ojos y boca secos, sensación de ardor en el estómago, orina oscura y de olor intenso. Cuando la pérdida es mayor a 10% existe riesgo de muerte. [12]

**Momento adecuado para la ingesta de alimentos**

Para optimizar el rendimiento deportivo es tan importante saber que comer como cuál es el momento adecuado para hacerlo.

La última comida (UC) previa al comienzo de la práctica deportiva debería realizarse entre 1 a 4 horas, dejando un periodo mínimo de una hora de reposo digestivo para que los alimentos se digieran y puedan ser fuente de energía durante el entrenamiento o competencia. El momento y la cantidad de alimento están muy influenciados por la tolerancia y preferencia individual del deportistas y de las características del entrenamiento que realice después de la UC. [12]

Las características de la UC son:

-Contener alimentos de fácil digestión

-Ser de volumen moderado

-Proveer suficiente fluido para mantener un estado de hidratación adecuado

-Incluir alimentos con un alto contenido de hidratos de carbono (HC) para mantener la glucosa sanguínea. La cantidad de alimento se calcula en función del tiempo que resta entre la UC y el entrenamiento. Una hora antes de comenzar la actividad, la UC no debería aportar más de 1 gramo de HC/kg. Esta cantidad se incrementa hasta 4 gramos de HC/kg cuando existen 4 horas para el comienzo de la actividad. Este rango es flexible y se debe adaptar a cada deportista.
-Estar compuesta por alimentos de tolerancia conocida por los deportistas
-Incluir alimentos con bajo contenido de grasa y fibra para facilitar el vaciamiento gástrico y minimizar malestares gastrointestinales. [12]

**Hábitos alimentarios**

La alimentación es un proceso influenciado por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, es decir, existen factores fisiológicos, sociales y familiares que condicionan nuestra conducta alimentaria. Dicha conducta se define como el comportamiento que se relaciona con los hábitos alimentarios, la selección o elección de los alimentos que ingerimos, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de esos alimentos. **[16]**

Desde el conocimiento del sentido común comer se nos presenta como un hecho "biológico", "natural". El hecho que necesitemos comer y que para ello, los humanos, hoy y en el pasado, tratemos de procurarnos alimentos según nuestras necesidades y preferencias parece algo "evidente" que no merece reflexión. Es esta cotidianidad del acto alimentario lo que lo opaca naturalizando y lo saca de la esfera de la reflexión. Una característica importante de la alimentación vista desde el punto de vista antropológico es que las formas culturales de comer terminaron condicionando la necesidad biológica de hacerlo. **[13]**

Los mecanismos que intervienen en el aprendizaje alimentario son variados. Las experiencias son capaces de alterar las preferencias innatas, de mantenerlas y aún de reforzarse, pero también puede favorecer la adquisición de nuevas preferencias. Cuando se sale satisfecho de un restaurante, se llevará la huella de esa experiencia y se aprenderá a buscarla al día siguiente y por qué no, en la siguiente comida. [13]

**El acto de comer es una necesidad biológica vital y al mismo tiempo una función social esencial,** y sus diferentes aspectos se ordenan en dos dimensiones básicas. La primera se extiende de lo biológico a lo cultural, y la segunda de lo individual a lo colectivo. El ser humano biológico y el ser humano social están intrínsecamente relacionados en el hecho alimentario. Por ello la forma en que la gente come resulta un

indicador de esas prácticas que se construyen socioculturalmente entre los grupos, interpretando y reproduciendo así su realidad, y por tanto asegurando el establecimiento de sus reglas y normas sociales. [14]

La comida es una parte esencial de la vida de las personas, no solo es un medio de supervivencia; se considera un factor diferenciador entre las personas ya que está fuertemente influenciada por su origen geográfico y social, que determina el uso de variedades de alimentos e ingredientes específicos, fusiona productos y formas de elaborar los platos, y celebra o conmemora eventos importantes con determinados tipos de preparaciones específicas. Es esa característica cultural de la alimentación del hombre, la que no solo le permite distinguirse del resto de los animales respecto a su nutrición, sino lo que es más importante, que se identifiquen hábitos alimentarios distintos dentro de las pautas alimentarias según la cultura en la que se halla inmerso. [14]

Para la mayor parte de los organismos internacionales, como la FAO, **la cultura alimentaria** está referida a los modelos alimentarios y nutricionales que forman parte de la herencia cultural de todos los grupos de personas y pueblos. El concepto también se refiere a las formas de cultivar, cosechar y preparar los alimentos, así como a los ritos y celebraciones asociados. Pero la cultura alimentaria puede abarcar muchos más ámbitos, incluyendo el físico: comer, conservación y comercio; y el metafísico: la gastronomía, es decir, **la apreciación espiritual del comer con placer.** Pero si la gastronomía es lo metafísico de la alimentación, esta no puede existir sin la identidad del origen del alimento, transformado o natural. [14]

El concepto semiótico de cultura alimentaria supone la existencia de un **sistema de símbolos interactivos que guían el comportamiento externo del ser humano**, específicamente las conductas alimentarias o la de ingesta de alimentos. Estas son creaciones intelectuales producidas colectivamente con un "sentido" que no está sujeto a experiencia sensible, pero sí sujeta a ser comprendida por otros receptores a través del lenguaje. Luego, la internalización individual de estos significados colectivos va a depender en gran medida de la situación biográfica de cada cual, entendiéndose ésta como el medio físico y sociocultural que define al individuo y donde este ocupa una posición espacio temporal, así como un rol dentro del sistema social y un posicionamiento moral e ideológico. [14]

**Comer es mucho más que ingerir alimentos. Comer es imaginar, pensar, memorizar, decidir, buscar, cocinar, esperar, deglutir, absorber, digerir, formar y excretar. Cualquiera sea el significado que cada uno le asigne, comer siempre implica destruir para construir. Se destruye un alimento y se construye cerebro,**

**pensamiento, corazón, emoción, latidos, huesos, tejidos, músculos, calor, movimiento.** [13]

**Comer es asimilar el mundo. Es apropiarse de la cultura, la historia y la gastronomía.** [13]

Cuando ingerimos alimentos incorporamos energía y placer, pero además normas y cultura. [13]

**Leyes de la Alimentación**

Pedro Escudero se refirió a estas leyes o postulados en los siguientes términos:

***"La cantidad de la alimentación debe ser suficiente para cubrir las exigencias calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance"***. Esta recomendación hace referencia a las necesidades de energía, surgiendo el concepto de requerimiento energético, es decir, que el organismo debe reponer mediante un adecuado aporte que provenga de los alimentos la cantidad de energía liberada. La referencia al balance comprende la importancia de administrar en las cantidades necesarias no solo la energía, sino también los nutrientes involucrados en la formación tisular y la regulación de los procesos metabólicos como las proteínas, las vitaminas, los minerales y el agua. Surge el concepto de "requerimiento mínimo" de un nutriente, que es la cantidad necesaria para reponer las pérdidas obligatorias: "Toda sustancia eliminada que forma parte de la materia viva debe ser repuesta en cantidad y calidad". Desde el punto de vista fisiológico, el balance, entendido como la diferencia entre la cantidad de un nutriente que se incorpora y la que se elimina, puede ser positivo, negativo o estar en equilibrio. Desde el punto de vista clínico, el balance puede ser normal o anormal. Uno normal es el que permite recuperar o conservar el estado de salud y puede tener resultado positivo, negativo o en equilibrio. **Aquella alimentación que cumple con esta ley se considera suficiente**; si no cubre las exigencias calóricas o la cantidad de un nutriente para mantener el balance, es insuficiente, y si el aporte es superior a las necesidades, se considera excesivo. [12]

***"El régimen de alimentación debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran"***. El organismo es una unidad indivisible biológicamente, formado por células y estas a su vez por sustancias elementales como carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno, hierro, entre otras, que son necesarias para la estructura y el funcionamiento celular. Para

mantener la salud es necesario ingerir todos los principios nutritivos que integran al organismo y esto se logra mediante la ingesta de una variedad de alimentos en cantidades y proporciones adecuadas. Cuando tales aportes no se garantizan, pueden manifestarse distintos grados de desnutrición que, según el momento biológico en el que se presenten, pueden tener secuelas irreversibles para la salud. Las reservas corporales de los nutrientes son importantes para cubrir las necesidades en caso de que el consumo con la alimentación no sea apropiado. [12]

***"Las cantidades de los diversos principios nutritivos que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre sí".*** De esta recomendación surge el concepto de proporcionalidad entre los distintos nutrientes, es decir, que no deberían administrarse de modo arbitrario, porque condicionan modificaciones en el medio interno que se presentan como consecuencia de la desarmonía en la alimentación. [12]

***"La finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo".*** De este postulado se destacan dos conceptos: el de finalidad de la alimentación, que debe satisfacer todas las necesidades del organismo; en el hombre sano debe conservar la salud y en el enfermo debe favorecer la curación y mantener el estado general. El otro concepto es el de adecuación, es decir, que solo puede lograrse esta finalidad si la alimentación se adapta al individuo, en el hombre sano a sus gustos, hábitos, patrones de vida y situación socioeconómica; en tanto que en el enfermo se tendrá en cuenta el estado del aparato digestivo, las perturbaciones del órgano o sistemas enfermos, los síntomas y síndromes concomitantes y el momentos evolutivo de la enfermedad.

Estos conceptos que sientan la base de una alimentación saludable están relacionados entre sí y se complementan, de modo que el abandono de alguna de estas premisas lleva forzosamente al incumplimiento del resto. Desde el punto de vista biológico se puede concluir que existe una sola #"ley" de la alimentación: ***"La alimentación debe ser suficiente,completa, armónica y adecuada".*** [12]

**Un plan de alimentación saludable es el que responde al cumplimiento de estas premisas: cubre las necesidades de energía y nutrientes, mantiene la proporcionalidad entre ellos y se adapta a los gustos, hábitos y costumbres del individuo.** [12]

**Ciclicidad femenina**

La ciclicidad femenina es la fluctuación del estado físico, psíquico, mental y comportamental de las personas con genitales femeninos, que se reproduce de forma cíclica e influenciada por las hormonas. Empieza sobre todo en la menarquia (primera menstruación), pasando por la etapa fértil, posibles embarazos y puerperios (periodo tras el parto), por el climaterio (periodo antes de la menopausia) hasta llegar a la menopausia (última menstruación). [10]

Antes de la menarquia y después de la menopausia, somos más lineales con nuestras fluctuaciones hormonales.

Hablamos de una ciclicidad femenina común, basada en componentes biológicos. Después, cada una la vivencia de forma única de acuerdo a sus experiencias, entorno, hábitos y herencia. Aspectos que, junto a los ciclos fisiológicos, van a influenciar el cómo se sienten, cómo se comportan y cómo se relacionan. [10]

Para entender la ciclicidad femenina, hemos de saber que **el cuerpo se rige por unos ritmos biológicos** propios. Los ritmos biológicos son actividades y funciones biológicas que se repiten periódicamente (en ciclo), generalmente sincronizadas con los ciclos de la naturaleza. [10]

**Ritmos biológicos que influencian la ciclicidad femenina**

Dentro de la cronobiología (o ritmos biológicos), se habla sobre todo de dos ritmos; **el ritmo circadiano** (duración de unas 24h) y **el ritmo infradiano** (tarda más de 24h en repetirse). [10]

Uno de los ritmos infradianos propio de las personas con genitales femeninos, es el ciclo menstrual. De media se le otorgan 28 días, pero variará según la duración del ciclo de cada una. Se encarga de regular nuestra salud femenina. Principalmente regirá tu ciclo menstrual, pero también es el encargado de regular los otros ciclos vitales, como el embarazo o el climaterio. [10]

**Ciclo menstrual**

El ritmo infradiano regulará cada uno de los ciclos vitales. Se empieza definiendo y explicando el ciclo menstrual porque va a ser la etapa de la ciclicidad femenina que más tiempo va a convivir con las mismas. [10]

El ciclo menstrual se conforma a su vez por 4 fases: menstrual, folicular, ovulatoria y lútea. Se refiere al periodo existente entre el primer día de la menstruación y el primer día de la menstruación siguiente.

Para que se pueda tener un signo vital tan importante como es la **menstruación**, cada una de estas fases tiene unas características neuroendocrinas propias, que se repiten de forma cíclica mes a mes.

**Es importante hablar de la ciclicidad de las mujeres, ya que se trata de un vaivén conductual, emocional y físico, acentuados por cambios hormonales que condicionan y predisponen a diferentes interpretaciones, dependiendo de la etapa del ciclo en la que se encuentre la mujer.** [10]

**Valoración del cuerpo**

Es posible decir que **el cuerpo es generador y portador de identidad**. La construcción social del cuerpo se produce en dos sentidos: uno objetivo o físico, que lo moldea y define, y el de la imagen corporal que le da sentido y función a esta construcción. Asimismo, la autora menciona que esta creación actúa en tres dimensiones: a) la identidad -el nosotros con, frente y para los otros-; b) la autopercepción -el nosotros para nosotros- y c) el atractivo sexual, que funcionan socialmente, ya que en la imagen corporal influye cómo nos percibimos, cómo nos perciben los demás y cómo esa percepción influye en nosotros. Además, a través de esa imagen corporal los individuos transmiten o expresan creencias, valores, diferenciación, pertenencia, estatus, poder y, de alguna manera, se manifiesta el lugar que ocupan en la sociedad, sus roles y quiénes son. [24]

La construcción social del cuerpo, emerge de la hipótesis que afirma que la relación entre el cuerpo y el contexto sociocultural se da en ambos sentidos, y **que la sociedad y la cultura influyen en la formación de sus individuos.** Del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva. Por lo tanto, el cuerpo comprenderá, además de la dimensión biológica, la psíquica, social, histórica y cultural. Incluso, las prácticas relacionadas de forma directa

con la dimensión física o material del cuerpo se realizan y se interpretan dentro del marco sociocultural, y están en interrelación constante con el medio natural y social.
Asimismo, la sociedad ejerce cierta influencia en la manera en que se moldea y construye simbólicamente al cuerpo, como portador de ideologías sociales, y se deja fuera de su comprensión al determinismo biológico/natural. [29]
**La importancia del cuerpo** y su cuidado está presente en todos los sectores sociales, a pesar de sus diferencias, principalmente en el contexto urbano aunque no se manifiestan del mismo modo. Los discursos normalizadores del cuerpo y las prácticas corporales regulatorias desplegadas son una forma de observar esas diferencias y desigualdades en torno al cuerpo; no sólo por la **exigencia mayor hacia el de la mujer** respecto al del hombre, sino entre las culturas y clases sociales. [22]

En relación con el cuidado y control del cuerpo en la actualidad, el pensamiento social le ha dado **supremacía a la delgadez como canon de belleza**, auspiciado por el saber biomédico que refuerza dicha construcción, a través de varios dispositivos de control y normatividad. Se señala que esta idealización de los cuerpos delgados se agudizó a partir de que se estigmatizó a los cuerpos robustos, sobre todo en las últimas tres décadas, con la emergencia de la obesidad a escala mundial. En esta realidad **se complejiza la concepción del cuerpo**, al manejar un discurso ambivalente: al tiempo que se advierte sobre los peligros de la obesidad y del riesgo e incremento de las patologías asociadas con los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, se exalta el cuerpo delgado y el deber de cuidarlo. **Esto deriva en una paradoja: en la actualidad, mientras que la delgadez es la norma que delimita el ideal estético del momento, los índices elevados de exceso de peso se presentan como nunca antes en todo el mundo.** [22]

**Redes sociales**

Los medios de comunicación, a través de la publicidad, **transmite un ideal de belleza no real asociado** con rasgos positivos como popularidad, aprecio, aceptación, inteligencia, etc. Esto puede constituir uno de los factores que comprometen la salud emocional y física, siendo responsables de **crear expectativas poco realistas** e insatisfacción corporal y ejerciendo una influencia muy destacada en el desencadenamiento o mantenimiento de los malos hábitos alimentarios que pueden

abocar en trastornos de la conducta alimentaria. La población más joven tiene una baja capacidad para prever los efectos nocivos de ciertos mensajes con intereses comerciales, por lo que se requiere la puesta en marcha de programas preventivos basados en la educación mediática, acompañada de un modelado del núcleo familiar en el que se promueva un estilo de vida saludable. [32]

**Cada mujer se encuentra inmersa en complejas estructuras sociales que marcan y organizan el comportamiento.** Tanto la identidad nacional como las finanzas y la religión, pero también los ideales estéticos, la salud y el consumo, se generan en el marco de redes sociales. [13]

Interesa el estudio de las redes sociales, ya que se trata de estructuras que organizan la relación entre personas agrupadas por intereses comunes. Las redes marcan cada vez más intensamente el ritmo de la sociedad, modificando normas sociales a todo nivel, desde la vida pública hasta los intereses más privados. Los miembros de las redes comparten conocimientos y pueden generar modos de apoyo comunitario. Toda red implica una trama social con una arquitectura abierta, dinámica y descentralizada. El estilo de información circula, se crea y se transforma dentro de cada red. Se establecen formas fijas de relacionarse y sus miembros se conectan y desconectan muy dinámicamente. [13]

Las redes sociales tienen una fuerte presencia en la sociedad contemporánea, afectando incluso la percepción de los estándares de belleza y la creación y el mantenimiento de ciertos estereotipos. [34]

**Cabría preguntarse: ¿Cómo incide la transmisión de la información sobre una conducta problemática que está contagiando a toda la sociedad?** [13]

Las ciencias sociales han estudiado el proceso de pérdida del sentido de individualidad, ese fenómeno colectivo en el cual el anonimato y la disminución de responsabilidad personal refuerzan los mecanismos de masificación y reducen la capacidad de resistencia a conductas problemáticas. Si se vive entre gente que come mucho, ingerir alimentos en exceso acabará por convertirse en conducta normal, por emulación. [13]

Un aspecto importante a tener en cuenta en los trastornos de la conducta alimentaria dentro del ámbito sociocultural es la influencia de la publicidad, la cual recrea los valores y comportamientos presentes en la sociedad. La publicidad utiliza los estereotipos y los transmite en un pequeño espacio concentrado. Es frecuente encontrar anuncios publicitarios en los que se produce una estimulación impulsiva de la delgadez, apareciendo imágenes de modelos famosas en las que se utiliza su cuerpo delgado como símbolo de triunfo. En la mayoría de revistas, periódicos o anuncios televisivos

podemos encontrar consejos de cómo llevar a cabo dietas restrictivas para perder peso, utilizando la inanición, el ayuno o incluso laxantes. [32]

Una figura nueva que ha surgido en pocos años en la transmisión de publicidad y consejos publicitarios son los "influencers". Estos ganan la confianza y la amistad de sus seguidores. Prometen una forma simplificada de optimizar la apariencia como la clave de la felicidad. Los jóvenes se identifican con los roles e ideales demostrados por los "influencers" y sus necesidades se satisfacen en varios niveles diferentes. Esto crea una relación de dependencia (en la felicidad, el bienestar, la salud y la belleza) entre estos y sus seguidores. Los mensajes y la publicidad que muestran implican que una imagen corporal ideal no se puede lograr sin seguir el consejo dado, lo que empuja predominantemente al **consumo de los bienes presentados**. Solo aquellos que son hermosos pueden alcanzar la felicidad . [32]

**Los adultos copian por estatus superior del emulador**, imitan las conductas de los líderes de opinión o los famosos. Mucho myor es el impacto de la TV y cine. Y aunque el proceso de imitación parece deliberado, en realidad es inconsciente. [13]

En un mundo que es testigo de un desarrollo tecnológico sin precedentes en el área de comunicación, la manipulación de la opinión es un asunto cotidiano. **Resulta llamativa la sencillez con la que se impone una nueva dieta o cirugía estética, solo porque una actriz famosa la ha recomendado.** [13]

**¿Seremos lo suficientemente independientes como para no seguir la moda, para decidir lo mejor para nuestra salud, para no comprar productos que la afecten?** ¿O estaremos condenados a seguir la corriente de la opinión mayoritaria?

Desde los estudios que el sociólogo y psicólogo social Gabriel Tarde realizó en el siglo xix se sabe que la emulación, en muchos casos, deriva de la conformidad. Es decir, que bajo determinadas condiciones los individuos, ya sea por conformidad, sugestión o prestigio ajeno, abandonan sus principios, olvidan opiniones, venden sus valores sin mayores cuestionamientos o autocrítica. [13]

Las redes podrían conformar una vía alternativa para hallar soluciones de alto impacto sanitario. Es posible alcanzar a un enorme número de personas y así provocar cambios de hábitos. Pero para que esto pueda ocurrir, se debe alcanzar a una masa **crítica** de gente. Es hora de aprovechar este fenómeno en pro a conservar la salud de la gente. [13]

**Estereotipos de belleza**

Resulta difícil hablar de estereotipos de belleza sin hacer continua referencia a los medios de comunicación, ya que se encuentran íntimamente relacionados, al punto que Murolo afirma sencillamente que **Belleza es lo que los medios dicen que es.** Los mensajes mediáticos ofrecen una narrativa de lo posible en la que todo es fácil y se presenta como al alcance de la mano, desde bajar unos kilos de más hasta lucir más joven, todo se muestra posible y al alcance de la mano. [27]

Un estereotipo es, en todo orden discursivo, un canon, un modelo a seguir. En cuanto a belleza física se trata, el estereotipo designa no sólo un orden estético a seguir sino también todo un modo de vida que se crea en el mismo devenir de perfeccionarlo, sustentarlo y perpetuarse. [27]

La belleza es perfección, es éxito, es el camino indiscutido; belleza es bondad y verdad. En este contexto los estereotipos de belleza gritan "Sé Yo", anímate a emprender el camino a la perfección física, ser delgada, rubia, sonriente, con tu piel lisa como la mía, que serás finalmente, rica, exitosa y joven. [27]

A la vez, la publicidad adopta un plan B, y susurra el mensaje "Sé Tú", empleado cuando de tan explícitas buscan desviar su mensaje estereotipado hacia los márgenes. En esos casos, la "actitud", la espontaneidad, el ser uno mismo, definen a una persona. Sobre todo si a pesar de no contar con los rasgos físicos del desideratum, debe vivir en esta misma sociedad y 193 ser aceptada. Esta contra imagen es siempre sublimada con la posesión del objeto, el no bello pasa, de algún modo, a serlo mediante la completitud que le brinda la mercancía. [27]

Si bien la belleza no es una categoría exclusivamente femenina, como imposición moral, sí lo es. La mujer debe ser bella, porque es necesario para el éxito social, para ser aceptada por sus pares, para pertenecer, para conquistar al varón complementario que le ofrezca sostén y reconocimiento. [27]

**En la actualidad, nos encontramos ante una sociedad en la que el uso de la tecnología está a la orden del día y donde cada vez son más las jóvenes que se inician en las RRSS, por consiguiente, es importante valorar la influencia de estas y de los medios de comunicación en el desarrollo de las dismorfias corporales.** [29]

**El estereotipo de belleza femenina predominante es bastante estricto:**

Uno de los componentes principales del estereotipo de belleza femenina predominante se refiere a las medidas ideales. En este sentido, se puede encontrar el conocido canon 90-60-90 que hace referencia a que la mujer, para tener un cuerpo ideal debe cumplir

con esas medidas. También en lo que respecta a las características visibles, la piel debe estar libre de celulitis, estrías, granos, etcétera. Y tener una altura promedio de entre 1.70 y 1.75 metros. [27]

"**El sistema premia el movimiento en un camino hacia la perfección física**. Previamente es consciente de que los destinatarios de los mensajes no se asemejan, en su mayoría, al estereotipo a alcanzar. Al mismo tiempo, brinda los elementos necesarios para que todos crean que pueden lograrlo. Por medio de la publicidad y la insistencia, se presenta una amplia variedad de innovadoras mercancías para pertenecer, donde el destinatario y rehén no es otro que el cuerpo: intervenciones quirúrgicas, planes de adelgazamiento mágico que omiten cuestiones de salud, cremas antiarrugas, piercings y tatuajes variados, accesorios, cortes y colores de pelo, y fundamentalmente indumentaria con fecha de vencimiento. Se propone de este modo, una carrera perenne contra la exclusión y contra el tiempo. Nunca termina el "estar a la moda"." [27]

**Estos mecanismos hacen que la búsqueda de la belleza y la perfección no solo sea inalcanzable**, sino que demande de renovación y consumo constantes, ya que el cambio en los criterios estéticos es suficientemente rápido como para que la mujer deba cambiar varias veces a lo largo de su vida de ideal de belleza. [27]

**La belleza, pasa a ser así un factor determinante y esencial para el éxito social y la felicidad, que le es negada a los que no alcanzan los criterios de atractivo aceptables para ser respetados y apreciados por su entorno.** [27]

**Puede afirmarse categóricamente que el ideal de belleza transmitido por la publicidad y los medios de comunicación** puede ser unos de los factores que comprometen la salud emocional y física en las mujeres, teniendo una influencia muy destacada en el desencadenamiento o mantenimiento de malos hábitos alimentarios que puedan abocar en verdaderos trastornos de la conducta alimentaria. [32]

**Dietas de moda**

Actualmente, la cultura de la dieta no promueve en la sociedad un estilo de vida saludable, sino que promueve a la salud como algo pasajero e inmediato. Por lo tanto, se enfoca a la salud solo en el cuidado del cuerpo y se dejan de lado los factores psicológicos, espirituales y medio ambientales. El estado nutricional no se basa solo en la composición corporal, sino que también se evalúan factores bioquímicos, hallazgos físicos, clínicos, antecedentes del paciente y su historial alimentario, los cuales complementan el diagnóstico.[21]

**La Sociedad Argentina de Nutrición afirma que las dietas promovidas por los medios de comunicación son conocidas bajo el concepto "dietas de moda"**. Este tipo de dietas prometen **soluciones rápidas** promoviendo el consumo de alimentos "mágicos", combinaciones específicas de estos, compra de determinados productos o la restricción de alimentos o grupos completos de los mismos. Las dietas de moda o dietas "milagro" **suelen no cumplir con las características de una alimentación correcta y equilibrada**. [35]

Estas dietas no son publicadas en revistas científicas, ni están avaladas científicamente y ninguna ha demostrado ser más eficaz que un plan de alimentación prescrito por un profesional. Además, los gustos, las preferencias y los hábitos alimentarios del individuo quedan desplazados por el solo hecho de adecuarse a un plan impuesto, totalmente generalizado donde no se produce un proceso de educación alimentaria, ya que probablemente las personas retomen las prácticas nutricionales que llevaban a cabo antes de iniciar dicha dieta. Por esta razón, son prácticas que carecen de adherencia a largo plazo y no promueven la adopción de hábitos alimentarios saludables por parte de la población. La cultura de las dietas cobró mayor relevancia al comienzo del siglo XXI. Lo que comenzó con el objetivo de alcanzar un estado integral de salud, desvió su foco y pasó a convertirse en una dieta restrictiva, con un propósito meramente estético: adelgazar. [21]

Se ha demostrado que seguir dietas de moda que prometen resultados rápidos y, a corto plazo, no es una estrategia efectiva para la pérdida de peso y puede tener consecuencias negativas para la salud en el largo plazo. Por el contrario, **adoptar un enfoque de alimentación consciente e integral que incluya una variedad de alimentos saludables y nutritivos puede ayudar a mejorar la salud y prevenir enfermedades crónicas.** Un estudio realizado por la Asociación Dietética Americana indica que las dietas de moda suelen ser muy restrictivas y limitantes en términos de los tipos de alimentos permitidos, lo que puede provocar deficiencias nutricionales y afectar negativamente la salud. Además, estas dietas a menudo no son sostenibles a largo plazo y pueden llevar a un aumento de peso después de terminarlas. En lugar de centrarse en dietas específicas, se recomienda adoptar un enfoque de alimentación consciente e integral que promueva la elección de alimentos nutritivos y satisfactorios en función de las necesidades individuales de cada persona. Esto puede incluir comer una variedad de alimentos de todos los grupos alimenticios, prestando atención a las señales de hambre y saciedad, y disfrutando de la comida de manera consciente y sin culpa. [21]

**Por ejemplo: Una dieta que ha ganado popularidad en los últimos tiempos, sobre todo en el ámbito del deporte es la dieta hiperproteica**. La misma se define como aquella que involucra una ingesta de proteínas mayor al nivel mínimo necesario para mantener el equilibrio de nitrógeno a corto plazo, bajo condiciones de consumo de energía controlado. Este tipo de dietas se aplica terapéuticamente en patologías que causen estrés metabólico como quemaduras o úlceras por presión. [21]

**Las dietas van asociadas creencias, mitos, prácticas, emociones y normas sociales, entre otros componentes, que hacen que los alimentos puedan ser percibidos como "buenos" o "correctos"** pudiendo diferir dependiendo de la cultura, pues los ritos y las actitudes hacia la comida son parte de las tradiciones de un lugar en particular A su vez, se ha demostrado que estas dietas se relacionan de forma directa con el desarrollo de altos niveles de ansiedad, depresión, e insomnio, afectaciones que impactan y afectan en gran medida al desarrollo de la vida sana de la persona**.** [26]

**La presión sociocultural ejercida por los medios de comunicación y, más recientemente, por las redes sociales, emerge como un factor de riesgo para los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal.** [26]

Es evidente el conocimiento sobre la popularidad y el impacto que están generando los influencers del fitness por medio de las redes sociales en la salud pública, al promover conductas saludables. Sin embargo, en lo que respecta al contenido y a las técnicas de comunicación, estas son selectivas y garantizan que
la transmisión de su contenido sea popular, lo cual puede incluir información engañosa, alterada o sin fundamento científico. Por ejemplo, en Europa algunos estudios han contrastado la deficiente calidad de información relacionada con nutrición por parte de los influenciadores en redes sociales, y en donde las cuentas con mejor calidad y precisión son publicadas por nutricionistas y dietistas**. 43**

Teniendo en cuenta esta situación, es recomendable una intervención política que suprima la difusión de información errónea por los influenciadores que incitan a mantener una dieta y un peso adecuado utilizando regímenes de
alimentación que no han sido validados científicamente. Esto se busca debido a que no existe protección para el público frente a los influenciadores que generan consejos nutricionales engañosos, y, en vista de que, dadas las mejoras a menudo temporales los efectos desfavorables en la ingesta dietética y los datos inadecuados que demuestran la seguridad a largo plazo, para la mayoría de las personas, los riesgos de las dietas de moda pueden superar los beneficios. [43]

**Imagen corporal**

La imagen corporal es **"la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se manifiesta"**. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales. [4]

**Es considerada uno de los factores con mayor influencia en las elecciones alimentarias.** Así, a través de la abstinencia o de la selección alimentaria, se han llegado a generalizar una serie de mecanismos individuales dirigidos a adecuar la Imagen Corporal a unos criterios estéticos predeterminados y orientados hacia la delgadez. [39]

El término "imagen corporal" se utiliza para referirse a la idea que se tiene y a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo, los cuales pueden ser de satisfacción o insatisfacción. En la actualidad existen estándares de belleza basados en modelos pro delgadez. La internalización de estos ideales es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. [4]

La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción). [4]

La preocupación anómala por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días. Cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo Como consecuencia de esto, la imagen corporal está influida por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. [18]

En la actualidad existen unos estándares de belleza basados en modelos pro delgadez, suponiendo la internalización de estos ideales un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal. La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Numerosos estudios han encontrado que las tendencias occidentales cada vez se difunden por un mayor número de países por lo

que la distorsión de la imagen corporal es un problema mundial que cada vez tiene una mayor influencia tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. [19]

**Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc... de forma reiterada y con demandas irracionales .** [19]

**Trastorno de la imagen corporal**

**En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal.** [21]

De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA, el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un "defecto corporal" inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. [21]

Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo. Así, en la esquizofrenia es habitual que existan alucinaciones perceptivas y visuales de tipo somático; en la manía los pacientes se ven más atractivos y más delgados; en la depresión más viejos y feos, en la transexualidad existe una falta de correspondencia entre los órganos sexuales y la identidad de género. En todos estos casos, las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma más dentro del cuadro que presenta el paciente y no son abordados específicamente. En cambio, en los trastornos de alimentación, en la dismorfofobia, y en la vigorexia las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación y una intervención específica. [21]

**Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)**

**En la actualidad se denomina TCA a un conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociado a una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal. Las personas con TCA presentan una serie de conflictos psicosociales y se sienten condicionadas por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez . Los factores que influyen en el desarrollo de TCA están interrelacionados y se clasifican en factores individuales, familiares y socioculturales.** [21]

Uno de los factores de riesgo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria es precisamente la cuestión psicológica donde las mujeres que los experimentan crean una **mala relación con la comida y con su cuerpo**.[21]

Los TCA afectan tanto a la esfera biológica como a la psicosocial, siendo las mujeres adolescentes y jóvenes el principal grupo de riesgo, aunque también se presenta en hombres y en otras edades. Estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada gravedad psiquiátrica y somática, pudiendo llegar a la muerte. [33]

Existen *diferentes factores* que inciden para que finalmente alguien tenga un "trastorno de la alimentación", pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que *causan* un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más *vulnerable* para desarrollarlo. [24]

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. **Se caracterizan por la insatisfacción de la percepción de la imagen corporal**, miedo a engordar y pensamiento obsesivo con la alimentación. Las 2 variantes más conocidas son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. Estos trastornos tienen un **origen multifactorial,** dado que surgen de la **interacción de factores psicológicos, físicos, sociales y culturales.** La AN y BN muestran una gran variabilidad en su presentación y en su gravedad, lo que va a condicionar diferentes consideraciones terapéuticas y la individualización del tratamiento. En la actualidad, se conoce que la AN o BN son condiciones médicas que alteran los procesos emocionales, cognitivos, asociados a un deterioro funcional

que afecta la calidad de vida del individuo o incluso la vida en sí. El objetivo de esta revisión bibliográfica es brindar información relevante y actual a los profesionales en el área de la salud con respecto a la etiopatogenia de la enfermedad, conductas diagnósticas y terapéuticas a seguir ante la sospecha y confirmación de un paciente con AN o BN, y mejorar la calidad de vida de estas personas. [24]

**Anorexia nerviosa (AN)**

El término AN deriva del término griego para «pérdida de apetito» y de una palabra latina que implica un origen nervioso. Es un síndrome caracterizado por **tres criterios fundamentales**: una búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad, es decir, una psicopatología, una inanición autoinducida de una intensidad significativa, esto es, un comportamiento, y la presencia de signos y síntomas médicos debidos a la inanición, esto es síntomas fisiológicos. [24]

La AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras el asma y la obesidad en las adolescentes, además los TCA se consideran el principal problema psiquiátrico de la pubertad y adolescencia en ambos sexos. Las edades de inicio más habituales se sitúan en la mitad de la adolescencia, entre los 14 y los 18 años, pero hasta en el 5% de los pacientes se inicia a principios de la década de los 20 años. Se estima que la prevalencia de la AN se da en alrededor del 0,5-1% de las adolescentes. Es de 10 a 20 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Los cambios en los criterios diagnósticos introducidos por el DSM-5 se tradujeron en un incremento de casos catalogados como AN y BN, y una reducción significativa de aquellos identificados como TCA no especificados. [24]

**Etiología**

Existen múltiples causas de los AN; esta patología surge de la interacción de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que impactan en el comportamiento del individuo. La **preocupación excesiva por el peso** o los antecedentes de dieta parecen

indicar un mayor riesgo, se identificó una predisposición genética sin haberse identificado aún las variantes genéticas asociadas, además la desregulación en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, más las alteraciones en los circuitos neurales relacionados con la recompensa y el autocontrol son ejemplos de factores neurobiológicos relacionados con estas enfermedades. En la sociedad occidental, la obesidad se considera poco atractiva y saludable; el deseo de ser delgado es dominante, incluso entre los niños. **Más del 50% de las niñas en edad prepuberal hacen dieta o adoptan otras medidas para controlar su peso.** Algunos antecedentes comunes en la AN son la **preocupación excesiva por el peso, la obsesión por un cuerpo delgado, el distrés sociofamiliar, el antecedente de realización de una dieta y el de abuso sexual en la infancia.** [24]

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe cumplir con los **siguientes requisitos:** [24]

El diagnóstico de la AN es fundamentalmente clínico y se basa en los tres criterios del Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DMS-5) . [24]

• **Criterio A.** Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado. [24]

• **Criterio B.** Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

• **Criterio C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso

corporal actúa. [24]

Todos los pacientes con AN tienen un gran miedo a aumentar de peso y convertirse en obesos, lo que indudablemente contribuye a su falta de interés, o incluso a la resistencia al tratamiento. Presentan conductas restrictivas, como reducción de las porciones de comida ingerida, ayunos, evitación de cierto tipo de alimentos, presencia de reglas estrictas relacionadas con la alimentación, conductas ritualizadas en la compra, preparación y consumo de alimentos, y evitación de las comidas habituales en el hogar y del comer en situaciones sociales. La conducta obsesivo-compulsiva, la depresión y la ansiedad son síntomas psiquiátricos de la AN destacados con frecuencia en el cuadro clínico. La mayoría de las conductas anormales para perder peso se producen en secreto. Además, los pacientes tienen alteración en la imagen corporal, con miedo excesivo de ganar peso. [24]

**Tipos específicos**

Existen a su vez dos formas en que la AN puede presentarse:

a) **Restrictiva**: durante el episodio de AN, la persona *no se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos). [24]

b) **Purgativo:** durante el episodio de AN, la persona *se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos). [24]

**Comorbilidad**

En general, esta se asocia a depresión en el 65% de los casos, a fobia social en el 34%, y al trastorno obsesivo-compulsivo en el 26%. Otros padecimientos psiquiátricos asociados son el trastorno obsesivo compulsivo, ataques de pánico, déficit de atención e hiperactividad, desorden bipolar, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático. [24]

**Bulimia nerviosa (BN)**

La Bulimia Nerviosa (BN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en el que una persona presenta **episodios de ingesta exagerada de alimentos en periodos cortos de tiempo, acompañadas de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida que eviten el aumento de peso por los atracones.** El malestar físico (p. ej., dolor abdominal o náuseas) dan fin al atracón, que a menudo va seguido por sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo. [24]

La BN es más prevalente que la AN. Las estimaciones de prevalencia oscilan entre un 1.2% y 4% en las mujeres jóvenes. Al igual que con la AN, la BN es significativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero a menudo su inicio se produce en etapas más avanzadas de la adolescencia que en la AN. La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años, pero puede producirse incluso durante las primeras fases de la vida adulta. [24]

**Etiología**

Se cree que la etiología de la BN, al igual que la AN, es **multifactorial**, con una combinación de predisposición genética, influencias ambientales y rasgos psicológicos que influyen. En la BN, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros. Socialmente, los pacientes con BN tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Asimismo, muchos están deprimidos y tienen un mayor grado de depresión familiar, como sucede en los pacientes con AN, pero las familias de los primeros suelen ser menos cercanas y más conflictivas que las de estos últimos. [24]

El diagnóstico de la BN es fundamentalmente clínico y se basa en los tres criterios del Según el DMS-5 (12). [24]

• **Criterio A.** Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por ambos: 1.

Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

• **Criterio B**. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.

• **Criterio C**. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

• **Criterio D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso del cuerpo.

• **Criterio E.** La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de AN.[24]

Las pacientes bulímicas comparten con las anoréxicas el rechazo a ganar peso y la preocupación centrada en aspectos y peso. Las pacientes con BN tienen mayor conciencia de la enfermedad, si bien niegan su trastorno en fases iniciales, es más fácil que reconozcan el trastorno y la gravedad de sus conductas respecto a las comidas, mejorando así su pronóstico. El atracón se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes, de unas dos horas de duración, durante los cuales se ingieren grandes cantidades de alimentos, de forma rápida y acompañado de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta. [24]

Durante los atracones, los pacientes ingieren alimentos dulces, ricos en calorías y, por lo general, de textura blanda o lisa, como los pasteles y la bollería. Estos episodios se deben sospechar en jóvenes que aumentan progresivamente de peso a pesar de evidenciar una ingesta disminuida o normal durante las comidas habituales. Posteriormente realizan conductas compensatorias, tanto purgativas como vómitos autoinducidos y uso indebido de laxantes, diuréticos y/u otros medicamentos o no purgativas tales como restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo. Los vómitos son comunes y suelen provocarse introduciendo un dedo en la garganta, aunque algunos pacientes son capaces de vomitar a voluntad. Estos

reducen el dolor abdominal y la sensación de estar hinchado, y permiten que los pacientes sigan comiendo sin temor al aumento de peso. Con frecuencia aparece tras el episodio la depresión, denominada en ocasiones angustia post atracón. Las complicaciones de la BN se deben a la frecuencia y al modo de estos comportamientos. En las conductas purgativas tienden a esconderse (por culpa, vergüenza o para evitar suspenderlas) y pueden pasar desapercibidas durante años. Deben sospecharse, por ejemplo, cuando existen visitas frecuentes al baño durante y después de las comidas. La mayoría de los pacientes con BN se encuentran en un rango de peso normal, pero algunos pueden estar por debajo de este o tener sobrepeso, además no suele haber amenorrea. Estos pacientes están preocupados por su silueta corporal y por su aspecto, se preocupan por cómo les ven los demás y por su atractivo sexual. [24]

**Tipos específicos**

a) **Purgativo:** la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

b) **No purgativo:** la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos. **[24]**

**Trastornos alimentarios especificados (TAE)**

Con la **nueva versión el DSM-5 se conserva esta categoría, pero ahora se llamarán *especificados*** y se solicita al clínico que en este apartado se especifique -de ahí su nombre- por qué no se cumplen los criterios, es decir, que se aclare con relación a qué trastorno se está vinculando, para ello se dan una serie de ejemplos, *anorexia nerviosa* atípica, *bulimia nerviosa* de frecuencia baja, etc. Se incluye al trastorno de atracones, el trastorno por purgas. Es importante aclarar que se dan algunos ejemplos para mostrar al clínico cómo puede referirse al trastorno, ya sea por la falta de un criterio, o porque no se cumple la frecuencia de la conducta problema, pero no estarían incluidos todos casos, por lo que se pueden incluir otras variantes. **[36]**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que **predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar** clínicamente significativo o **deterioro en lo socia**l, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que **no cumplen todos los**

**criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos**. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados", seguido del motivo específico p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja". Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación "otro especificado" son los siguientes: [36]

*1.* ***Anorexia nerviosa atípica*****:** se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

*2.* ***Bulimia nerviosa*** *(de frecuencia de baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

*3.* ***Trastorno de atracón*** *(de frecuencia baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

*4.* ***Trastorno por purgas****:* comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

*5.* ***Síndrome de ingesta nocturna de alimentos*****:** episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación. [36]

## Factores de Riesgo

La etiología de los trastornos alimentarios es compleja y multifactorial. En ella intervienen factores de riesgo biológico, psicológico y ambiental, construyendo un modelo interactivo de influencias biopsicosociales. Factores ambientales o biológicos incidentes ya en el periodo prenatal (estrés, infecciones, diabetes gestacional…) y la presencia de factores psicológicos y socioculturales posnatales influyen en la expresión del riesgo genético y pueden causar alteraciones en el espectro de la conducta alimentaria, así como otras psicopatologías asociadas. Dilucidar cómo interactúan los factores de riesgo es crucial en la mejora de las estrategias preventivas de la aparición del trastorno alimentario. [30]

### El IMC, la dieta y el ejercicio físico como factores de riesgo

El IMC y el porcentaje de masa grasa corporal elevados están asociados con un mayor riesgo de síntomas en el espectro de los TCA en las adolescentes cuando otros factores psicológicos y psicosociales están presentes. Entre estos se encuentran las características de la personalidad y emocionales previamente citadas, así como las conversaciones y la crítica sobre la apariencia por parte de los compañeros y otras influencias sociales y familiares, lo cual conduce a la interiorización de determinados ideales corporales y la insatisfacción corporal. Todos estos factores psicosociales, junto con el alto IMC, pueden afectar a ambos géneros, aunque generan un efecto más negativo en las chicas que en los chicos. [30]

Desde el punto de vista clínico, y teniendo en cuenta que las personas con obesidad presentan mayor frecuencia de problemas alimentarios y emocionales, indica que las intervenciones en el tratamiento de la obesidad deben incluir la evaluación de los factores de riesgo de TCA tanto antes como después de la intervención y en el seguimiento. Así, cuando se prescribe la modificación de la dieta, deben también valorarse las distorsiones cognitivas relacionadas con la comida y la alimentación, los comportamientos obsesivos o compensatorios, el sesgo de peso interiorizado y la IC. [30]

**Niveles de prevención y sus características**

A lo largo de los años se han ido describiendo las diferentes características de las actuaciones de prevención. En un principio se estructuró la prevención desde un punto de vista de la salud pública en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. Esta clasificación se basaba en el grado de afectación que tenían los sujetos en la evolución natural de la enfermedad. [30]

− En la prevención primaria, las actuaciones se dirigen a la población general oa grandes grupos de población con mayor presencia de los factores de riesgo de los TCA. En principio, su objetivo se ocupaba de la reducción de la incidencia de la enfermedad y posteriormente se amplió el concepto para incluir la promoción de la salud en este nivel. [30]

− Las actuaciones de la prevención secundaria se dirigen a los sujetos que presentan un elevado riesgo de padecer la enfermedad por presentar alguno de los factores de riesgo del trastorno, pero en los que aún no se ha iniciado la enfermedad o lo está haciendo de forma silenciosa, sin haber manifestado signos o síntomas evidentes. Dado que a este nivel las personas no se sienten enfermas, la identificación de los sujetos con riesgo requiere de la realización de estrategias de detección que los identifique, para poder realizar en ellos el control de sus factores de riesgo, junto al diagnóstico y un tratamiento precoz y efectivo. La aplicación de estas medidas incide sobre la reducción de la duración de la enfermedad y, por tanto, de su prevalencia. [30]

− La prevención terciaria se dirige a los sujetos que padecen la enfermedad con la finalidad de prevenir las complicaciones y la cronicidad de la misma. Los esfuerzos de prevención terciaria no buscan reducir la incidencia ni la prevalencia de la enfermedad, sino que se dirigen a la reducción de la discapacidad asociada a la evolución de la enfermedad mediante acciones de rehabilitación y prevención de recaídas. Incluye también acciones para el mantenimiento de las interacciones sociales. [30]

**Anamnesis alimentaria en casos de TCA**

Es un dato de gran utilidad en los TCA ya que permite calcular el valor calórico total ingerido, carencias, selección de alimentos, frecuencia de las ingestas, horarios, "atracones". [2]

Dentro del registro alimentario podemos comprobar el desorden que presentan en el área de comer: restricción calórica, selección muy restringida de alimentos, ausencia de horarios, largos periodos de ayuno, descontroles alimentarios, mecanismos de compensación. [2]

Se auto imponen dietas cada vez más reducidas en cantidad, calidad y frecuencia. Pierden así la noción de un patrón alimentario normal. [2]

Son incapaces de reconocer porciones normales de alimentos. "Sobredimensionan los alimentos así como lo hacen con su cuerpo". Esto representa una dificultad para el cálculo del valor total ingerido y requiere de mucho tiempo y paciencia del que efectúa la anamnesis alimentaria. [2]

Cuando aun se reunen para comer con la familia, comen comidas diferentes al resto, preparadas por ellas o vigilada su preparación para que no se incorporen alimentos qie ellas se prohíben, como aceite, huevo u otros que se consideren "engordantes", cortan los alimentos en trozos muy pequeños, y pasan más tiempo desplazándose de un lado al otro del plato que están comiendo. [2]

Algunas abandonan rápidamente la mesa para ir al baño a vomitar.

Beben abundante cantidad de líquidos, agua, mate y diversas infusiones que consumen en cualquier momento del día, con edulcorante. [2]

Seleccionan alimentos dietéticos, principalmente lácteos y quesos, cuando aún los consumen (en poca cantidad). [2]

Son consumidoras de productos derivados de la soja (ensaladas, milanesas, quesos, leche). [2]

Con respecto a los vegetales y frutas, la selección que hacen en cuanto a sabor redunda en las manos dulces, y en lo referente al color, en las verdes o naranja preferentemente. En vegetales todos los de hoja, zapallo, calabaza y zanahoria. En frutas, manzanas verdes o cítricos, de los menos a los más dulces (limon, lima, naranja, pomelo). [2]

Este consumo es cada vez más restringido, pasando a comer a través de esta peculiar selección, comidas muy reducidas en volumen y valor calórico, poco elaboradas, sin condimento, seleccionando alimentos con poco sabor propio (como si inconscientemente evitasen la fase cefálica de la estimulación del apetito), espaciando los horarios y comiendo diferentes alimentos aisladas del resto de la familia. [2]

En los pacientes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa el registro alimentario nos muestra claramente los episodios de restricción alimentaria, seguido de "atracones alimentarios". Son ingestas que varían entre 1500 y 7000 calorias segun nuestros registros, y que reúnen las siguientes características: [2]

•Se ingieren grandes cantidades de alimentos, mezclando sabores

•Lo hacen en un periodo corto de tiempo.

•Sin saborearlos.

•A escondidas, en soledad.

•La ingesta finaliza debido al malestar abdominal, interrupción externa o por recuperación del control.

•Es seguido por sentimientos de culpa o fracaso.

•Ayunos o dietas muy restringidas anteriores y posteriores a los atracones.

•Asociados con estrés y ansiedad.

•Suelen preparar los atracones con anterioridad y sabiendo que van a recurrir al vómito como conducta compensatoria.

•Esconden o roban los alimentos o dinero para comprar comida. [2]

Los protocolos de tratamiento deben incluir la EN como uno de sus pilares, mediante la implementación de programas de educación nutricional para lograr cambios en la conducta alimentaria. Estos programas pueden llevarse a cabo en las diferentes fases o modalidades de tratamiento (hospitalización, hospital de día, consultas externas, etc.), si bien cada una tiene objetivos diferentes y aborda distintas áreas temáticas, y deben desarrollarse de forma multidisciplinar con una delegación de funciones clara para cada profesional, en favor de la recuperación y la estabilidad del paciente y su entorno sociofamiliar. **41**

La educación nutricional (NE), como parte del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), desempeña un papel crucial para ayudar a los pacientes a cambiar sus hábitos y actitudes alimentarias, superar los miedos y recuperar un patrón de alimentación saludable. Todos estos cambios pueden contribuir a mejorar su estado nutricional. [42]

## Antecedentes

**Tema:** Concordancia entre percepción de la imagen corporal y estado nutricional real en estudiantes de la carrera de nutrición de universidades privadas de Asunción, según Patricia Ferreira-Risso, Johana Ocampos-Romero, Patricia Velázquez-Comelli 01/09/2024.

Introducción: La alteración en la percepción de la imagen corporal es una característica de ciertos trastornos de la conducta alimentaria. Entre los grupos de riesgo se encuentran los estudiantes de nutrición. Objetivo: Determinar la concordancia entre el estado nutricional real y la percepción de la imagen corporal de estudiantes de primer y segundo año de la carrera de nutrición de universidades privadas de Asunción en agosto de 2019. Método: En un estudio analítico de correlación, se incluyeron 97 estudiantes por muestreo no probabilístico. Se empleó un cuestionario autoadministrado de datos sociodemográficos, el estado nutricional real se determinó por el Índice de Masa Corporal y la percepción de la imagen corporal por la escala de siluetas de Stunkard. Se consideró distorsión de la imagen corporal cuando la diferencia entre el IMC real y el percibido estuvo por encima o debajo de -2 y +2; para las asociaciones entre variables se consideró un valor $p<0,05$ como significancia estadística. Resultados: El estado nutricional real fue normal en el 68% y el 36% tuvo distorsión de su imagen corporal. La concordancia entre el estado nutricional real y la percepción de imagen corporal fue moderada (Kappa 0,491); la discrepancia entre el IMC real y el percibido fue mayor en quienes presentaron bajo peso y exceso de peso. Conclusión: Los estudiantes con bajo peso sobrestimaron su peso lo que podrían ponerlos en riesgo de algún trastorno de la conducta alimentaria y quienes subestimaron su peso son pasibles de padecer obesidad por no dimensionarlo como un problema. [5]

**El propósito de esta investigación fue analizar el grado de alteración de la imagen corporal en relación al verdadero estado nutricional. Siendo considerada esa alteración como un factor de riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Dicha investigación fue llevada a cabo en estudiantes de la carrera de Nutrición en la ciudad de Asunción. La muestra fue por muestreo no probabilístico, compuesta por 97 alumnos. Se utilizó un cuestionario autoadministrado sobre datos sociodemográficos, las siluetas de Stunkard para categorizar la percepción corporal y se estimó el IMC para evaluar el estado nutricional.**

**El 36% de los encuestados demostraron una distorsión de la imagen corporal y un 68% presentó una adecuada imagen corporal. La concordancia entre el estado nutricional real y la percepción de imagen corporal fue moderada.**

**Los estudiantes con bajo peso sobrestimaron su peso lo que podría ponerlos en riesgo de algún trastorno de la conducta alimentaria y quienes subestimaron su peso son pasibles de padecer obesidad por no dimensionarlo como un problema.**

**Tema:** Percepción de la imagen corporal en mujeres jóvenes deportistas, según Valverde Paloma. 01/09/2024

El valor otorgado a la imagen corporal es cada vez mayor en la sociedad actual y esto afecta especialmente a las personas que practican ciertas modalidades deportivas. La preocupación por el cuerpo influye en la alimentación y en la práctica diaria del deporte y en algunos casos puede desembocar en una obsesión por el deporte y un estricto control en la alimentación. En el presente trabajo se analiza la percepción de la propia imagen corporal y su influencia en prácticas alimentarias en dos grupos de adolescentes que practican dos modalidades deportivas diferentes: gimnasia rítmica y hockey sobre hierba. El objetivo principal es comparar la percepción que las adolescentes tienen respecto a su propia imagen corporal, la presión social que las jugadoras sufren por conseguir un cuerpo magro y musculoso y en qué medida la realización de actividad física interviene en su vida personal en ambas modalidades deportivas. El estudio ha contado con la participación de 62 mujeres jóvenes deportistas de entre 12 y 19 años de las cuales, 17 eran jugadoras de hockey hierba y 45 practican gimnasia rítmica. Los resultados muestran que las deportistas de hockey hierba tienen menor autoestima corporal que las deportistas de gimnasia rítmica. [6]

**El objetivo fue evaluar la percepción de la imagen corporal en diferentes mujeres deportistas ya que la preocupación y exigencias por la silueta física cada vez se incrementa más en el ámbito deportivo. Los principales deportes evaluados fueron hockey sobre césped y gimnasia rítmica.**

**Se evaluaron 62 adolescentes de entre 12-19 años que practican hockey sobre césped y gimnasia rítmica a través de la categorización de su imagen corporal con las siluetas de Stunkard. Los resultados mostraron que las jugadoras de hockey tenían una menor autoestima corporal.**

**Tema:** Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical, según Gerbotto Mariana y Paturzo Carla. 28/09/24

Los hábitos alimentarios son un conjunto de costumbres que condicionan la forma en que las personas o grupos sociales seleccionan, preparan y consumen los alimentos. Si bien se adquieren durante la infancia y la familia desempeña un papel fundamental en la configuración del patrón alimentario, al alcanzar la adolescencia, el papel de la familia pierde relevancia y el grupo de amigos/as y las referencias sociales se convierten en condicionantes claves de la dieta de las/os adolescentes. La adolescencia es una etapa de cambios, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Estos cambios influyen directamente sobre el equilibrio nutricional en este singular momento. El objetivo de esta investigación fue describir los hábitos alimentarios y la percepción de la imagen corporal en un grupo de estudiantes de comedia musical. El enfoque metodológico adoptado fue cualitativo. Se pudo observar que la mayoría de las/os adolescentes entrevistadas/os tienden a omitir comidas, principalmente, por falta de tiempo por sus rutinas cargadas de actividades. También se observó que, en épocas cercanas a una presentación en el escenario, muchas/os adolescentes modifican su conducta alimentaria, omitiendo o evitando algunos alimentos buscando sentirse bien con su cuerpo en el escenario. Asimismo, hicieron referencia a la incomodidad de utilizar determinados vestuarios ya que se sienten muy expuestos, y en relación a esto mencionaron que evitaban algunos alimentos durante las muestras teatrales. En este sentido, este trabajo de investigación contribuye a entender cómo la percepción del cuerpo influye en las conductas alimentarias de los/as adolescentes que formaron parte del proyecto. [15]

**El principal objetivo de dicha investigación fue evaluar cómo los factores sociales y familiares podrían condicionar la elección de hábitos alimentarios y modificar la percepción de la imagen corporal de adolescentes que realizan comedia musical.**

**Y con el fin de entender también cómo esa percepción de la imagen corporal influye en las conductas alimentarias.**

**El presente estudio se realizó desde un enfoque cualitativo. Se trabajó con un grupo de 12 adolescentes de entre 14- 18 años estudiantes de comedia musical de una escuela artística de la ciudad de Rosario, durante el año 2018.**

**Como conclusión, 8 de las 12 jóvenes salteaban su alimentación previo a una muestra por miedo a sentirse “hinchadas ”. Y en cuanto a su imagen corporal, la**

**mayoría de jóvenes mostraron disconformidad en la manera en la cual visualizaban y perciben su cuerpo,**

**Relacionando estos tres estudios se puede concluir que a pesar de estar analizando diferente disciplinas deportivas y mujeres de diferentes edades y regiones, de igual manera se encuentran numerosos casos de jóvenes con una alteración en la percepción de su imagen corporal, mostrando discrepancias con sus verdaderos estados nutricionales y pudiendo esto, desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria; donde uno de los principales criterios diagnóstico es la incorrecta percepción de la imagen corporal, acompañado de sentimientos de perturbación en cuanto a la manera en cómo se vivencia al propio cuerpo.**

**Resulta interesante que lo único que tienen en común los diferentes grupos de estudio, es que todas las encuestadas fueron mujeres. Lo cual potencia mucho más la situación ya que residimos en una sociedad donde la idea de belleza y éxito se vincula con la delgadez. Y en estos tiempos donde las exigencias a las mujeres crecen más y más, resulta importante entender la valoración con la cual cada mujer entiende y visualiza su propia corporeidad.**

**Planteamiento del Problema:**

¿Existe una percepción de la imagen corporal adecuada al IMC en jugadoras de hockey de 18-25 años en un Club deportivo de la ciudad de Rosario?

**Justificación**

Actualmente, las mujeres cada vez se encuentran más influenciadas por el entorno social y cultural en el que se encuentran inmersas. Donde la aparición de las redes sociales ha trascendido en la vida de la mayoría de mujeres, impactando de una manera masiva y transversal. De forma que despierta un nuevo deseo de querer modificar sus cuerpos con comportamientos relacionados a la alimentación, pudiendo producir alteraciones en la salud, desde problemas digesto absortivos hasta psicosociales.

La alteración de la imagen corporal se define como la diferencia entre la autopercepción de esta y la real. Y la discrepancia que hay entre la percibida y la deseada es lo que se traduce como insatisfacción corporal. [4]

**Lo cual resulta interesante porque la incorrecta percepción de la imagen corporal es uno de los criterios diagnóstico para un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y en un contexto país, donde actualmente Argentina es el segundo país en el mundo con más casos de TCA en el mundo.** [23]

Para poder prevenir la aparición de dichos trastornos y lograr una mayor claridad en la percepción de la imagen corporal, resulta vital poder derrocar mitos relacionados a la alimentación, trabajar sobre los hábitos saludables y lograr un equilibrio entre ellos.

La alimentación es un pilar fundamental en cualquier etapa biológica, y aún más en el deporte o rendimiento deportivo. Son dos conceptos que se retroalimentan y potencian mutuamente. Es necesario nutrirse para rendir deportivamente. Los alimentos son energía, es decir, combustible para el cuerpo. Mientras mejor combustible se tenga, mejor va a ser el desempeño deportivo.

El hockey, al ser un deporte intermitente, necesita de una reposición energética constante. Para esto, se necesitan todos los grupos de nutrientes, en cantidades y calidades adecuadas. Para favorecer el rendimiento deportivo y la recuperación muscular, evitando cualquier tipo de lesión o patología. [1]

## Hipótesis

Las jugadoras de Hockey de un Club deportivo de Rosario presentan una incorrecta percepción de la imagen corporal comparada a su IMC.

## Objetivos

### Objetivo general

Analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la percepción de la imagen corporal de jugadoras de entre 18 a 25 años de un Club de hockey en la localidad de Rosario.

### Objetivos específicos

-Evaluar estado nutricional
-Catalogar el nivel de percepción de la imagen corporal de cada jugadora.
-Determinar concordancia entre la imagen corporal percibida y la real.

## Marco Metodológico:

### Área de estudio

Esta investigación se realizó con alumnas del plantel superior de hockey, de un Club deportivo ubicado en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.
El Club evaluado es de los clubes más grandes y renombrados de Rosario. Es un club nativo de la ciudad desde hace más de 120 años.
La recolección de datos se llevó a cabo en sus instalaciones.

### Tipo de estudio

**Se realizó una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva, observacional y de corte transversal.**
El enfoque **cuantitativo** se refleja en los datos numéricos, en la realización de mediciones y en la comparación de los resultados con valores de referencia. Por otro lado, el enfoque **cualitativo** se manifiesta al intentar obtener un significado más profundo de los datos recolectados.
Este estudio es de carácter **descriptivo y observacional**, ya que evalúa y mide de manera independiente las características y aspectos específicos de jugadoras de hockey de manera observacional.
Es un estudio **transversa**l, ya que la recolección de datos se lleva a cabo en un momento y lugar determinados, sin que haya períodos de seguimiento posteriores.

### Universo

El universo abarca a todas las jugadoras del plantel superior C de entre 18-25 años que realizan hockey de manera federada en el Club deportivo evaluado, de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

**Población**

La población está formada por 40 jugadoras de hockey de entre 18-25 años que asisten al Club deportivo evaluado.

**Muestra**

Está compuesta por 32 deportistas entre 18-25 años, que realizan hockey federado en el Club deportivo evaluado y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

-Ser jugadora de hockey de entre 18-25 años de edad
-Pertenecer al Club deportivo evaluado.
-Pertenecer al grupo federado del Plantel Superior C.

**Criterios de exclusión:**

-Personas diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)
-Personas diagnosticadas con depresión, ansiedad o algún cuadro psiquiátrico.
-Personas con algún impedimento físico que no permita la realización de medidas antropométricas.

## Materiales y Métodos

Para poder llevar a cabo la investigación, se pidió autorización a los profesores a cargo del grupo.

La técnica empleada para la recolección de datos, fue una encuesta anónima a cada una de las jugadoras, que debían responder de manera individual. (anexo)
En primera instancia se realizó la evaluación antropométrica correspondiente a cada deportista. Donde se pesó y midió a cada una de ellas.

Tras recolectar los datos necesarios, se realizó una evaluación nutricional efectuando los cálculos para establecer el IMC y comparar los datos obtenidos con los propuestos por la OMS. A partir de allí, se contrastó la comparación de la imagen corporal percibida con la imagen corporal real y se catalogaron los resultados.

### Instrumento de evaluación de distorsión en la percepción de la imagen corporal

Las técnicas de evaluación de la percepción de la imagen corporal se caracterizan por ser herramientas de estimación de partes corporales, y del cuerpo en su totalidad, permitiendo entender cómo el sujeto percibe su propia corporeidad. Esto es posible mediante la evaluación a través de siluetas y fotografías corporales propuesta por varios autores, desde Stunkard (1983) hasta Harris (2003).[28]
Para establecer la percepción de la imagen corporal se utilizó el conjunto de 9 siluetas de Stunkard y Sorensen (1993), las que se interpretaron como: silueta 1: bajo peso; 2-3: normopeso; 4-6: sobrepeso y 7-9: obesidad. Se consideró que las deportistas presentaban una alteración de la imagen corporal, cuando elegirían una silueta que no correspondía a su verdadero estado nutricional. [28]

### Instrumento de evaluación del estado nutricional

Para establecer el respectivo estado nutricional de las jugadoras, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Consiste en relacionar la talla de un individuo con el peso , como forma de obtener un índice que refleje la situación ponderal y el riesgo. El Índice de Masa Corporal (IMC) propuesto por el astrónomo belga Quetelet se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado. [2]
La fórmula es:

**IMC = PESO (Kg) / TALLA 2 (m)**

**Instrumento de evaluación del peso corporal**

Para evaluar el peso corporal se utilizó una **balanza** digital portátil de uso personal marca OMRON. Entre sus características se destacan su superficie de vidrio resistente, una capacidad máxima de 150kg y apagado automático.

Se trata de una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimentos e incluye fluidos. Junto a la talla permite calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). [2]

**Método:** Persona evaluada de pie, parado en el centro de la balanza, con la ubicación de las piernas paralelamente, con prendas livianas y descalzo. [2]

**Resultados:** En kilogramos (kg) y gramos (g). [2]

**Instrumento para la evaluación de la talla corporal**

Para estimar la altura de las deportistas, se empleó el uso de un **tallímetro** marca MEDNIB. De característica colgable, con una capacidad máxima de 2,5 metros.

**Método:** Persona evaluada de pie, sobre y contra una superficie plana, los pies deben estar juntos y planos, las piernas rectas, los brazos a los lados y los hombros en el mismo nivel. La persona debe mirar hacia el frente con su mentón en posición al plano de Frankfort (línea horizontal que se traza desde la parte más alta del meato auditivo externo a la parte más baja del punto orbitario).

La medición de la talla junto con el peso permite calcular el Índice de Masa Corporal (IMC).

**Variables y punto de corte**

-Para establecer la **percepción de la imagen corporal** se utilizó el conjunto de 9 siluetas de Stunkard y Sorensen (1993), las que se interpretaron como: silueta 1: bajo peso; 2-3: normopeso; 4-6: sobrepeso y 7-9: obesidad. [28]

-Para identificar el **estado nutricional** se utilizó el Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet. El Índice de Masa Corporal (IMC) propuesto por el astrónomo belga Quetelet se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado. [2]

| IMC = Peso Actual (kg) / Talla $^2$ (m) | |
|---|---|
| **IMC (kg / m$^2$)** | **Clasificación** |
| < 15,9 | Desnutrición Severa (Grado III) |
| 16 – 16,99 | Desnutrición Moderada (Grado II) |
| 17 – 18,49 | Desnutrición Leve (Grado I) |
| **18,5 – 24,9** | **NORMAL** |
| 25 – 29,9 | Sobrepeso |
| 30 – 34,9 | Obesidad Grado I |
| 35 – 39,9 | Obesidad Grado II |
| 40 o más | Obesidad Grado III o mórbida |

## Trabajo de campo

La investigación fue llevada a cabo en el mes de Noviembre 2024, donde fueron evaluadas y encuestadas 32 jugadoras de hockey de Plantel Superior de un Club deportivo de la ciudad de Rosario. Las 32 deportistas de sexo femenino.

El trabajo de campo consistió en dos etapas. En primera instancia, se realizaron mediciones antropométricas, específicamente, peso y talla. Para el peso corporal se utilizó una balanza calibrada marca Omron y para la medición de la talla corporal se usó un tallímetro marca Mednib.Una vez ya realizadas las correspondientes mediciones, se estimó el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada jugadora para establecer su Estado Nutricional.

En segunda instancia, se realizó una encuesta anónima a cada una de las jugadoras con el objetivo de analizar la percepción de la imagen corporal de cada jugadora, a través de las 9 siluetas de Stunkard.

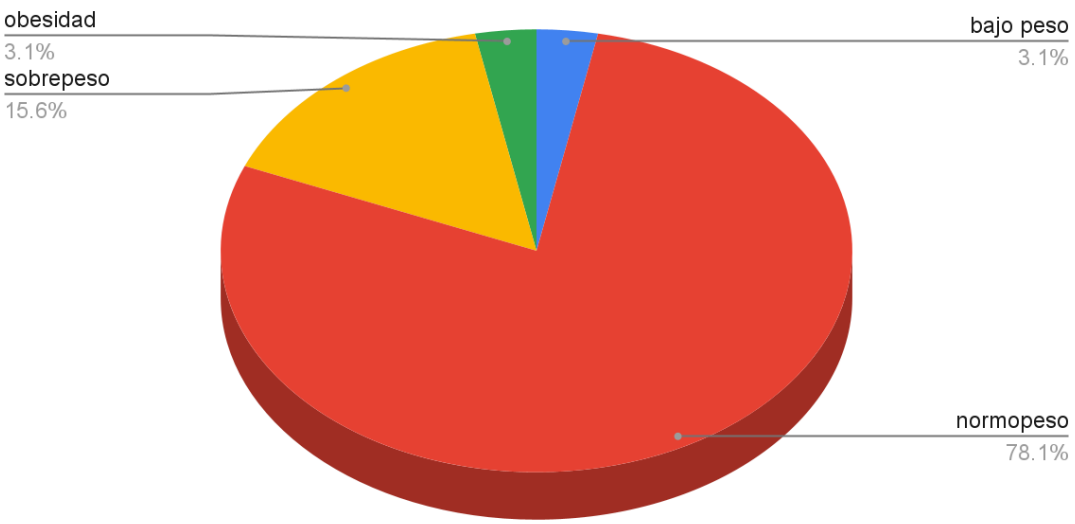
La finalidad fue analizar la percepción de la imagen corporal de las evaluadas en relación a su Índice de Masa Corporal (IMC). A partir de estos resultados, se pudo evaluar el estado nutricional,catalogar el nivel de percepción de la imagen corporal de cada jugadora y determinar concordancia entre la imagen corporal percibida y la real.

## Analisis e interpretacion de datos

Para la carga y el análisis descriptivo de los datos se utilizó la herramienta de Gráficos de Google.

Se analizó la información y se volcaron los datos en gráficos de torta y barra según correspondiera.

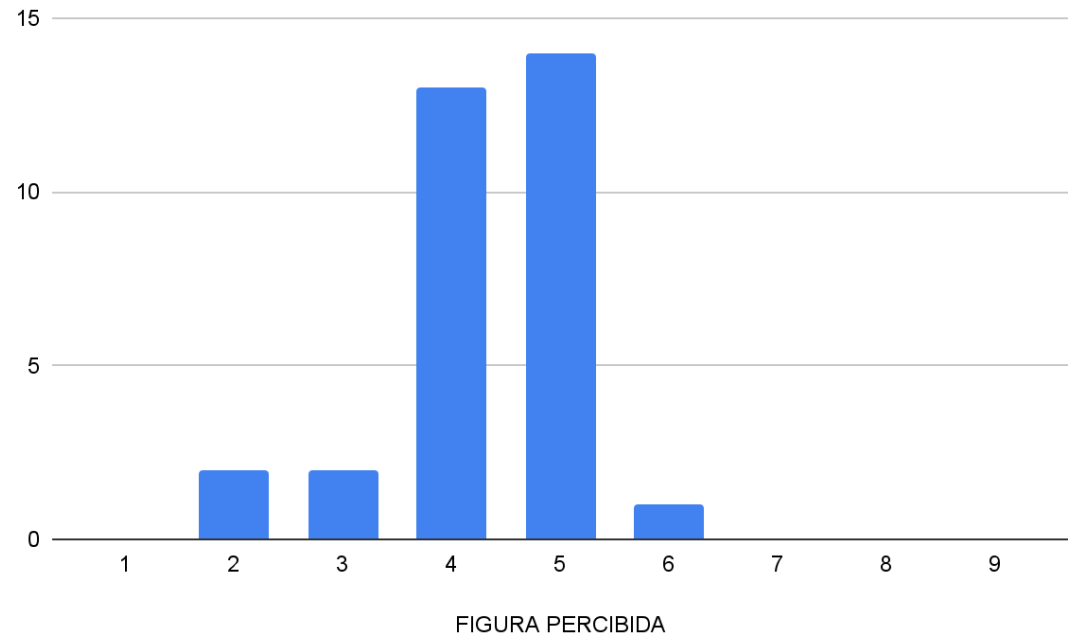
**Gráfico N°1: Estado Nutricional**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

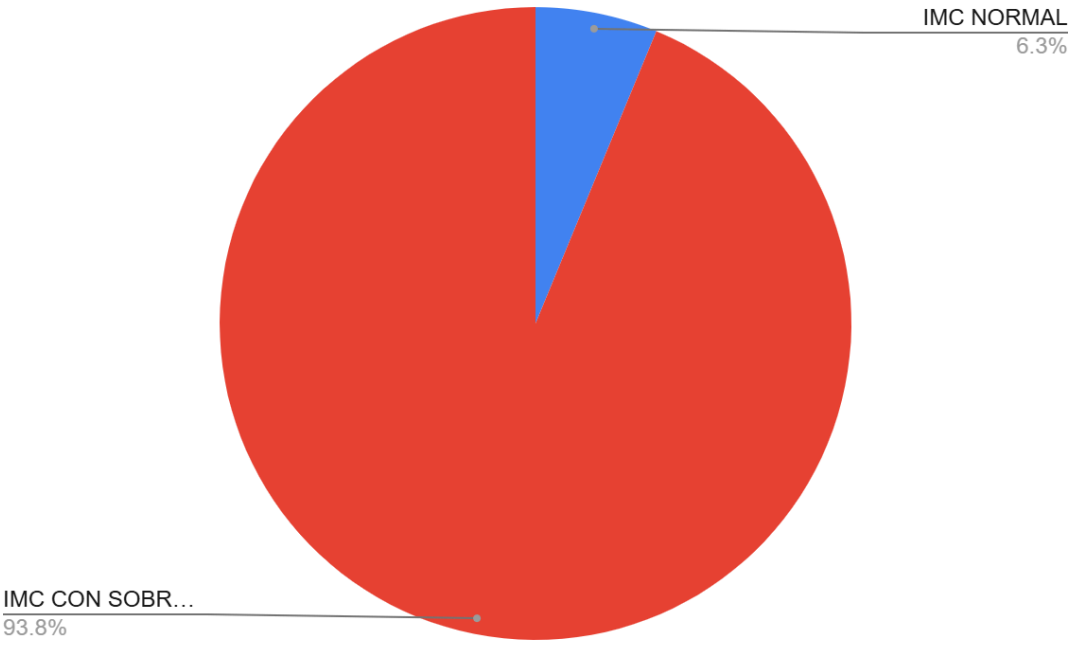
En el gráfico 1 se observa que el 78,1% (25 jugadoras) se encuentra con un estado nutricional normal, el 15,6%(5 jugadoras) con sobrepeso, el 3,1% (1 jugadora) con obesidad y el 3,1% (1 jugadora) con bajo peso.

**Gráfico N°2: Figura percibida**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

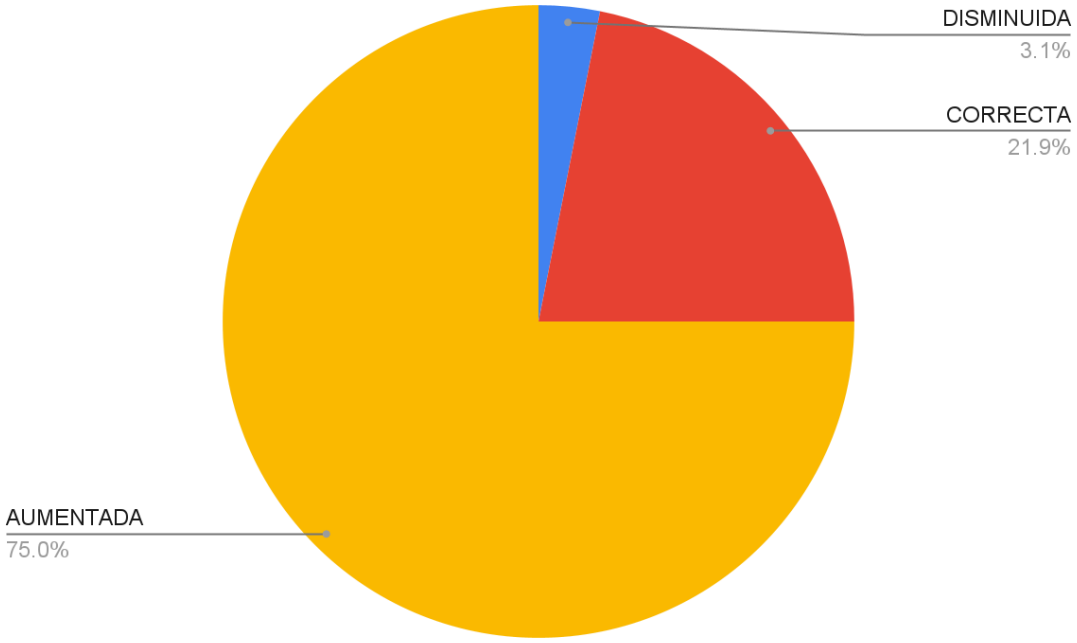
**Gráfico N°3: IMC según la percepción de la imagen corporal**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

En los gráficos N° 2 y 3 se observa que el 93.8% (30 jugadoras) de las encuestadas se identificó con un IMC con sobrepeso.

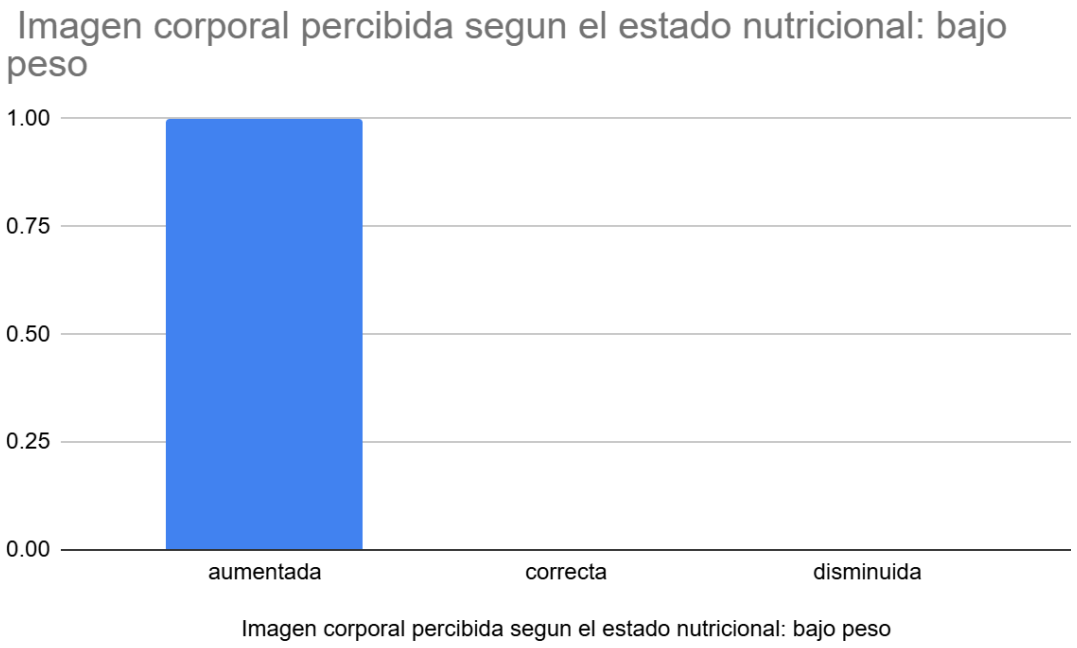
**Gráfico N°4: Relación entre la imagen corporal real y la percibida.**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

En el gráfico N°4 se identificó que el 75% (24 jugadoras) se identificó con una percepción de la imagen corporal aumentada, el 3% (1 jugadora) con una percepción disminuida y el 22% (7 jugadoras) con una correcta percepción.

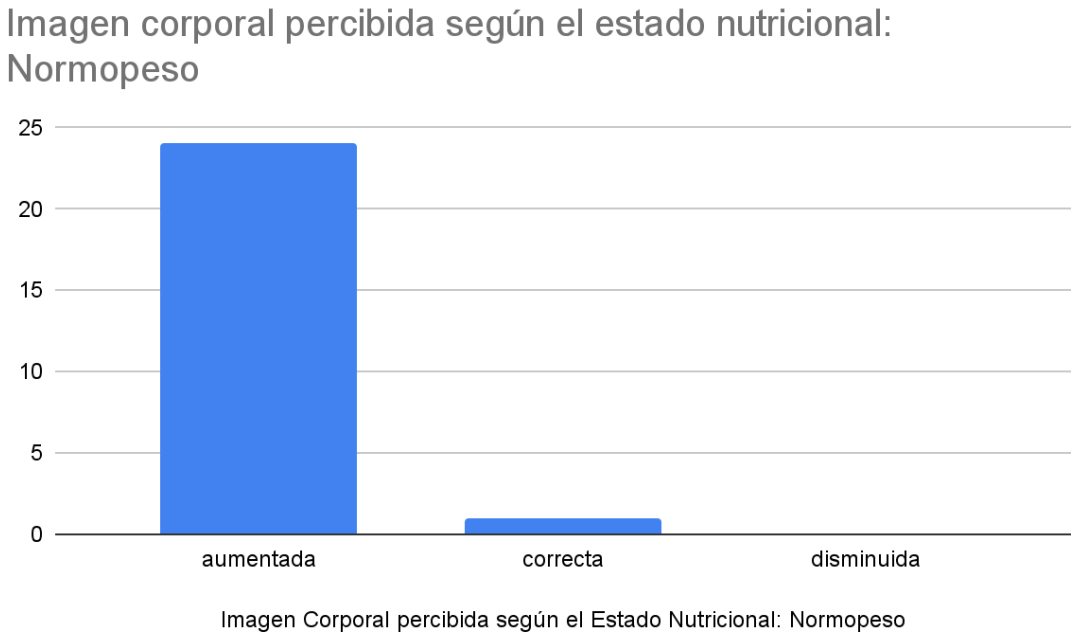
**Gráfico N°5: Imagen corporal percibida según Estado Nutricional: Bajo peso**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

En el gráfico N°5 se pudo observar que la única encuestada que corresponde a un estado nutricional con bajo peso, sobreestimó su imagen corporal.

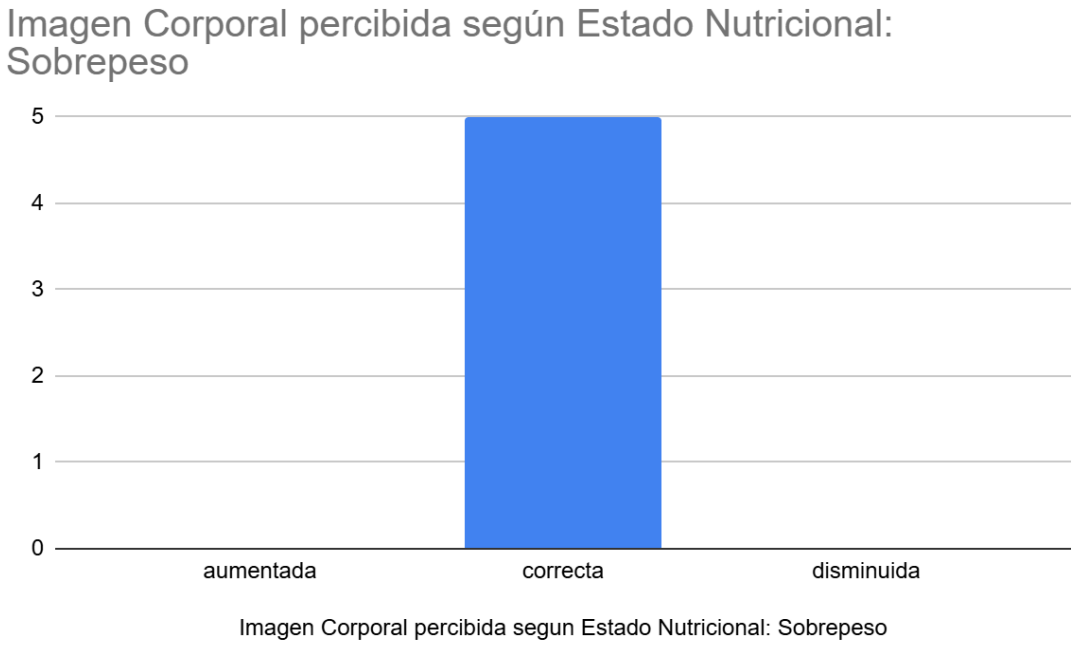
**Gráfico N°6: Imagen Corporal percibida según el estado nutricional: Normopeso**



Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

El gráfico N°6 enseña que de 25 jugadoras evaluadas con un estado nutricional con normopeso, 24 de ellas se perciben con una figura aumentada y solo 1 evaluada presenta una correcta percepción de su imagen corporal.

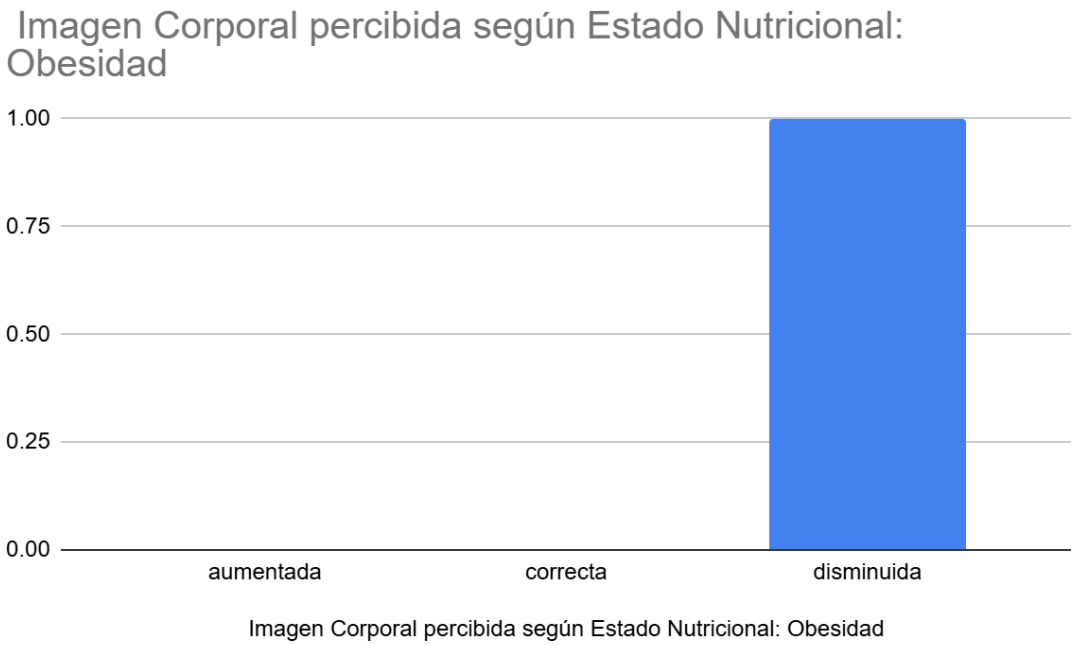
**Gráfico N°7: Imagen Corporal percibida según Estado Nutricional: Sobrepeso**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

En el gráfico N°7 se puede observar que las 5 jugadoras evaluadas con sobrepeso estimaron correctamente su imagen corporal.

**Gráfico N°8: Imagen Corporal percibida según Estado Nutricional: Obesidad**




Fuente: Elaboración propia a través de los datos obtenidos, 2024.

El gráfico N°8 muestra que la deportista evaluada y catalogada con un estado nutricional con obesidad, percibió su imagen corporal disminuida.

**Conclusión**

Los resultados arrojados corresponden al estudio realizado a las 32 jugadoras de 18 a 25 años de edad que realizan hockey en un club deportivo de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.
Esta investigación fue realizada con el fin de cumplir con los objetivos planteados y especificados a continuación.
El objetivo general de esta investigación fue analizar la percepción de la imagen corporal de jugadoras de hockey, mediante la comparación de la imagen corporal percibida y el estado nutricional evaluado.

En referencia a la percepción de la imagen corporal, un 75% de las encuestadas se percibió con una imagen corporal aumentada comparada con la imagen real.

Pudiendo determinar, que a dichas jóvenes deportistas se les dificulta percibir su imagen corporal real.

El hecho de que sobreestimar su imagen corporal, podría desencadenar prácticas dañinas para la salud tanto física como mental de las jóvenes, tales como, dietas restrictivas, ayunos prolongados, uso de medicamentos o laxantes, prácticas purgativas, entre otras.

Respecto a los objetivos específicos, uno de ellos era evaluar el estado nutricional.

Los datos reflejaron que el 78% de las jugadoras presenta un estado nutricional normal. Mientras que el 16% manifiesta sobrepeso y únicamente un 3% obesidad y un 3% bajo peso.

En cuanto a la concordancia entre la imagen corporal percibida y la real, el 75% de las encuestadas referenció una imagen corporal aumentada comparada con la real. Permitiendo catalogar que el 75% de las jugadoras evaluadas presenta una distorsión de la misma.
Dado estos resultados podemos decir que la hipótesis se confirmó, ya que las jugadoras de hockey evaluadas, en su mayoría, se percibieron con una imagen corporal que no correspondía con su Índice de Masa Corporal (IMC).

En síntesis, la mayoría de las deportistas evaluadas sugirió sentirse representada por una imagen corporal no correspondida a su estado nutricional. Lo cual parecería sorprendente, pero en el contexto en que vivimos social y culturalmente es algo cotidiano. No en vano Argentina es el segundo país del mundo con más casos de Trastorno de la Conducta Alimentaria [23], y este estudio, es solo uno de los cientos que se ven representados por esos datos.

Poder entender de dónde nacen, parten y se desarrollan estas dismorfias y trastornos de la imagen corporal resulta fundamental para prevenir y concientizar.

En este estudio, se evaluaron mujeres jóvenes, de entre 18 hasta los 25 años, recién comenzando en su vida adulta, e insertándose a un nuevo mundo laboral/estudiantil. Que refleja nuevas responsabilidades, desafíos, cambios sociales, entre muchas otras revoluciones. Se trata de mujeres que recién están comenzando su vida adulta, moldeando creencias, determinando pensamientos críticos y en pleno auge de autoconocimiento. Por lo cual, también hablamos de sujetos con un mayor grado de vulnerabilidad. Y donde por supuesto que el contexto social tiene un gran peso en la manera en la que las mismas vivencian su corporeidad y figura.

Las dismorfias corporales lamentablemente afectan a un gran número de sujetos en la actualidad, y en especial, mujeres. Mujeres que lamentan su figura y harían cualquier cosa con el fin de transformarla en una que si sea aceptada por la sociedad. Y dentro de la multicausalidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, una gran puerta de entrada a padecerlos, son dichas dismorfias.

Para finalizar considero que sería beneficioso generar más concientización y prevención en el área. Son temas que aun en la actualidad siguen pasando desapercibidos aun con tantos diagnósticos y casos detectados. Educar nutricionalmente sobre la temática resulta imprescindible para dar herramientas de autonomía e independencia. Poder demostrar que el uso y abuso de ejercicios extremos, medicamentos, dietas restrictivas, laxantes, entre otras prácticas purgativas, puede generar un gran desgaste de la salud tanto física como mental de la persona afectada.

Contar con las herramientas para poder trabajar/moldear dichas creencias alimentarias y nutricionales es parte de los pilares de cualquier tratamiento médico/psicológico de un caso diagnosticado de distrofia y/o Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La educación alimentaria es poder, poder de decisión, de autonomía y aprendizaje. Se trata del poder y deber de brindarle a un otro las herramientas para desenvolverse alimentariamente hablando con criterio y conciencia. Y así, promover un estado de

bienestar duradero, capaz de afrontar las adversidades y problemáticas referidas a los problemas de público conocimiento en el área de salud física y mental.

**Bibliografía**

1 ONZARI, M. “Fundamentos de Nutrición en el Deporte”. 3era edición. Editorial El Ateneo. 2021. Capítulos 1, 7 y 8

2 Girolami D, H. Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal. Capítulo 14 (pp.169-179; 341-342). 1ª edición. 6ª reimpresión. Buenos Aires: El Ateneo, 2019.

3 DUNO, M; ACOSTA, E. “Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios” [Revista chilena de nutrición. Chile]. (2019) ; 545-553. [consultado el 29/08/2024]

4 SAIPHOO, A; VAHEDI, Z. “Una revisión metaanalítica de la relación entre el uso de las redes sociales y la alteración de la imagen corporal”. Elsevier. [internet] (Buenos Aires) (Diciembre 2019). (259-275). [Consultado el 19/03/2025].

5 FERREIRA RISSO, P, OCAMPOS ROMERO, J, VELAZQUEZ, P. “Concordancia entre percepción de la imagen corporal y estado nutricional real en estudiantes de la carrera de nutrición de universidades privadas de Asunción”. Revista científica de. salud. (Junio de 2020); 35-43. [consultado el 29/08/2024]

6 GARCÍA, S; GUTIÉRREZ, A. “Índice de masa corporal asociado a imagen corporal y autoestima en adultos jóvenes”. Rev. Mex. med. familiar [Internet]. (2023) [citado el 19/03/2025] 11-16.
Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000100011&lng=es. Epub 22-Mayo-2023. https://doi.org/10.24875/rmf.22000046.

7 TAMIRCI, M; OGUM, B; POURNAKI, M; TETIK, S. “Balance y gestión energética en el deporte y el ejercicio- Posición de la Academia de Nutrición y Dietética, Dietistas de Canadá y el Colegio Americano de Medicina del Deporte: Nutrición y rendimiento atlético”. [Internet] (2023) [citado el 19/03/2025]

8 BRICEÑO, G. “Hockey sobre hierba”. [internet]. Euston. (2019) [consultado el 01/09/2024] Disponible en: https://www.euston96.com/hockey-sobre-hierba/

9 LAZARTE, C. “Composición corporal y patrones alimentarios en jugadoras de hockey”. [internet] (2021). [consultado el 19/03/2025]
Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar/jspui/handle/123456789/1620

10 BARRERA, P. “¿Qué relación existe entre la nutrición y la salud hormonal femenina?. Universidad del Valle de Guatemala. [internet] (2024) [consultado el 01/09/2024]
Disponible en: https://tinyurl.com/mryre97t

11 CARDOZA, P. C. “Las etapas en la vida de la mujer”. [internet] (2023) [consultado el 02/09/2024]
Disponible en: https://blog.aegon.es/vida/etapas-vida-mujer/

12 LÓPEZ, L. B, SUAREZ, M.M. “Fundamentos de Nutrición Normal.” 3era edición. (2021) Buenos Aires. El Ateneo. Capítulos 3,4,5,6,7, 13 y 14

13- KATZ, M. GROISMAN, V.S. “Somos lo que comemos: verdades y mentiras de la alimentación”. Editorial Aguilar. (2023). Capítulos 1, 2, 6 y 8

14- EKMEIRO, J; MATOS, J. “Cultura Alimentaria. Una revisión conceptual”. [Internet]. (2022) [citado el 20/03/2025] 117-126.
Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522022000200117&lng=es. Epub 15-Feb-2024. https://doi.org/10.54624/2022.35.2.005.

15- GERBOTTO, M, PATURZO, C.L. “Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical.” Diaeta [Internet]. (2020): 26-40. [consultado el 04/09/2024]

16 ROBLEDO, D. “Hábitos alimentarios en deportistas amateurs de un club de futsal de la ciudad de Rosario.” [Tesis] Rosario (Argentina): UAI (2021) [consultado el 19/03/2025]
Disponible en: https://repositorio.uai.edu.ar/bitstreams/e0141baf-9f21-46f6-9013-506d942aa6c5/download

17 VAZQUEZ F, GIMÉNEZ M, LATORRE J, MARTINEZ, M.“Actualización sobre deficiencias nutricionales en la mujer deportista a partir de la literatura científica”. ALAN [Internet]. (2020) ; 191-204. [consultado el 14/09/2024)

18 PÉREZ, A; VALDEZ, M; , ROJO L; RADILLA C; BARRIGUETE J. “Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes mujeres con trastornos alimentarios: un modelo explicativo.” Psychology, Society & Education [Internet].(Agosto 2023) [citado 19/03/2025] ; 1-9.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-709X2023000200001&lng=es. Epub 18-Mar-2024. https://dx.doi.org/10.21071/psye.v15i2.15608.

19 GÓNGORA, V. “Actividades en redes sociales, insatisfacción corporal, ideales de belleza y apreciación corporal en mujeres adultas.” Psychology, Society & Education [Internet]. (Agosto 2023) [citado 19/03/2025)] ; 19-27.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-709X2023000200003&lng=es. Epub 18-Mar-2024. https://dx.doi.org/10.21071/psye.v15i2.15798.

20 VIDAL, P; LOPEZ, A; GARCIA, J. “Relación Entre el uso de Instagram y la Imagen Corporal de los Adolescentes”. Editorial PsicoFundación. [internet] (España) (2023) [consultado el 19/03/2025].
Disponible en: https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1537/1348

21 RODRÍGUEZ, A. “Dietas de moda y trastornos de la conducta alimentaria”. [internet] (2023) [consultado el 15/09/2024) Disponible en: https://tinyurl.com/5cvt9kc9

22 GUTIÉRREZ, M, MELENDEZ J. “Female body normalization. Corporal models and practices of young women in northwestern Mexico”. [internet] (2019) [consultado el 15/09/2024]
Disponible en: https://tinyurl.com/2p9mt4jf

23 PAZ, M. “Trastornos de la conducta alimentaria: como se presentan ahora?” Sociedad Argentina de Pediatría. [internet] (2023) [consultado el 15/09/2024]
DIsponible en: (https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/paz_alimentacion.pdf

24 BERMUDEZ, D; CHACÓN, S; ROJAS, S. “Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.” Revista Médica Sinergia. [internet] (2021) [consultado el 19/03/2025]
Disponible en https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101102

25 VIGLIONE, L."Composición corporal y patrones alimentarios en jugadoras de hockey." [internet] (2024). [consultado el 20/09/2024]
Disponible en: https://tinyurl.com/4kcd3xrh

26 BRACHO,S; GOMEZ, J; JIMENEZ, J. “Influencia del Sexo, País, IMC, uso de Instagram, Moralización de la Comida e Imagen Corporal Sobre la Dismorfia Corporal en Adultos Jóvenes de España y Venezuela”. Editorial PsicoFundación. [internet] (España) (2024) [consultado el 19/03/2025].
Disponible en: https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1562

27 TORRES, L.L. “Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios” [internet] (2019) [consultado el 29/09/2024]
Disponible en: file:///C:/Users/Eduardo/Downloads/T39985.pdf

28 BRELET, L; FLAUDIAS, V; DÉSERT, M; GUILLAUME, S; LLORCA, P. "Stigmatization toward people with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder" Revista Científica Nutrients [internet] (2021) [consultado el 19/03/2025]

29 LOZANO, N; BORRALLO A; GUERRA M. "Influencia de las redes sociales sobre la anorexia y la bulimia en las adolescentes: una revisión sistemática." Anales Sis San Navarra [Internet]. (2022] [citado 19/03/2025]
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000200011&lng=es. Epub 24-Abr-2023. https://dx.doi.org/10.23938/assn.1009.

30 CANALS, J; ARIJA, F. "Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria". Nutr. Hosp. [Internet]. (2022) [citado el 19/03/2025]
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500004&lng=es. Epub 31-Oct-2022. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174.

31 ANSARI, S. "Directrices de la OMS de 2020 sobre actividad física y sedentarismo". Organización Mundial de la Salud; [Internet]; (2020) [citado el 19/03/2025].
Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf

32 DÍAZ, M; BELMONTE S; NOVALBOS, J; SANTI, M; RODRIGUEZ, M. "Publicidad y medios de comunicación en los trastornos de la conducta alimentaria." Nutr. Hosp. [Internet]. (2022) [citado el 19/03/2025] 55-61.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500009&lng=es. Epub 31-Oct-2022. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04179.

33 ARIJA, V; SANTI, M; NOVALBOS, J; CANALS, J; RODRÍGUEZ, M. "Caracterización, epidemiológica y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria." Nutr. Hosp. [Internet]. (2022) [citado el 19/03/2025]; 8-15.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003&lng=es. Epub 31-Oct-2022. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173.

34 CHÁVES, B. “El papel de los influencers en la creación y reproducción del estereotipo de belleza femenina en Instagram”. [Tesis] (España) (2021) [consultado el 19/03/2025]
Disponible en: https://gredos.usal.es/handle/10366/147203?show=full

35 RODRÍGUEZ, A. “Dietas de moda y trastornos de la conducta alimentaria”. [internet] (2023). [consultado el 19/03/2025]
Disponible en http://redi.ufasta.edu.ar/jspui/handle/123456789/1912

36 VÁZQUEZ, R; LÓPEZ, X; OCAMPO, M; MANCILLA, J. “El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5.” Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. (2018) [citado el 19/03/2025] 108-120.
Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es. https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003.

37 AZNAR, S; ROMÁN, B. “Actividad física y deporte en los trastornos de la conducta alimentaria.” Nutr. Hosp. [Internet]. (2022) [citado el 19/03/2025] 33-40.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500006&lng=es. Epub 31-Oct-2022. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04176

38 CASTRO, G; DIANE, S. “La influencia de las redes sociales en la percepción de la imagen corporal y la autoestima.” [Tesis]; [Internet] ; (2024) [citado el 19/03/2025]
Disponible en: https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/5631

39 COLELLA, J; ANTONUCCI, A; CHAÍN, P. “Relación entre la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en un grupo de usuarios de Instagram”. [Tesis] Rosario (Argentina) UCEL (2023) [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://diaeta.aadynd.org.ar/index.php/2022/article/view/45

40 GÓMEZ, C; PÉREZ, RODRIGO; CAMPOS, R. “Resumen ejecutivo del documento de consenso para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN” Nutr Hosp. [Internet]; (2022); [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748366/

41 CASTRO, M; VALERO, M; BELMONTE, S; DÍAZ, M. “Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria”.Nutr Hosp. [Internet] (2022); [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35748380/

42 LORIA, V; CAMPOS, R; VALERO, M; MORIES, M; CASTRO, A; MATÍA, M. “Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial.” Nutr Hosp. [Internet] (2021); [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34126747/

43 BUSTOS, B; GARCÍA, C; VILLAMIZAR, A. “Influencers fitness, social media and infodemiology: Health risks of the ketogenic diet”. Salud IUS. [Internet] (2024) [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/15854/13753

44 APARICIO, P; PEREA, A; MARTINEZ, M; REDEL, M; PAGLIARI, C; VAQUERO, M. “Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis.” Int J Environ Res Public Health. [Internet] (2019) [citado el 20/03/2025].
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31671857/

45 FIRST, M; CLARKE, D; YOUSIF, L; ENG, A; GOGTAY, N. “*DSM-5-TR*: Rationale, Process, and Overview of Changes.” Psychiatr Serv. [Internet] (2023) [citado el 20/03/2025]
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36510761

**Anexos**

**“Percepción de la imagen corporal respecto a su Índice de Masa corporal en jugadoras de hockey de 18-25 años de un Club deportivo de la localidad de Rosario en el año 2024”.**

**Encuesta**

Esta encuesta es de carácter confidencial y los datos únicamente serán analizados por la responsable de esta investigación.

**-Edad:**

**-Peso:**

**-Talla:**

**-En la actualidad, ha sido diagnosticada con algún cuadro psiquiátrico, como ansiedad, depresión o un trastorno de la conducta alimentaria? Encierre con un círculo la respuesta correspondiente.**

**SI / NO**

**-Marque con una cruz la figura con la que se sienta más identificada:**

