

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Satisfacción de la imagen corporal y presencia de trastorno por atracón alimentario en  
estudiantes de primer año de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de  
Rosario, 2020.**

Autora: Enf. Laura Soledad Alvarez

Directora: Ps. Carolina Pautasso

Docente Asesor: Lic. Simón Acosta.

Rosario, martes 18 de febrero de 2020

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

## **Resumen**

Los trastornos de conducta alimentaria son patologías de origen multifactorial, que plantean sintomatología mental y somática imponiendo una importante pérdida de calidad de vida de los afectados, tanto hombre como mujeres, y su entorno. Incluyen conductas de riesgo en relación directa a la insatisfacción de la percepción de la imagen corporal. Resultando un problema de salud pública, de manera que han adquirido gran relevancia socio- sanitaria debido a su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico y tratamiento específico.

El objetivo general que se plantea en el siguiente proyecto será identificar la relación existente entre la satisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastorno por atracón alimentario en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario durante los meses de abril, mayo y junio de 2020.

Se tratará de una investigación con abordaje cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal prospectivo. Se obtendrán datos mediante la aplicación de instrumentos validados en una muestra de 278 estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería, por un lado el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) para medir la satisfacción de imagen corporal y por otro, el Eating Attitudes Test (EAT 40) para valorar actitudes frente a trastornos de conducta alimentaria. Dichos datos serán presentados en histogramas y gráficos de barras simples utilizando estadísticas descriptivas.

**Palabras Clave:** Satisfacción de imagen corporal; Trastorno por atracón alimentario; Corporalidad; Adicción; Depresión.

<b>INDICE GENERAL</b>	<b>Pág.</b>
<b>Resumen y Palabras Clave</b> .....	<b>02</b>
<b>Índice General</b> .....	<b>03</b>
<b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte.....	<b>04</b>
Planteamiento del problema en estudio.....	<b>09</b>
Hipótesis y objetivos.....	<b>09</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>11</b>
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño.....	<b>28</b>
Sitio o contexto de la investigación.....	<b>28</b>
Población y Muestra .....	<b>28</b>
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	<b>30</b>
Personal a cargo de la recolección de datos .....	<b>36</b>
Plan de análisis.....	<b>37</b>
Plan de trabajo y Cronograma.....	<b>41</b>
<b>Anexos</b>	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.....	<b>43</b>
II. Instrumento de recolección de datos .....	<b>45</b>
III. Resultados del estudio exploratorio.....	<b>48</b>
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento.....	<b>50</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>51</b>

## **Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria evidencian un grupo de signos y síntomas relacionados con la forma de comer que incluye pensamientos y conductas irracionales acerca del peso, la comida y la percepción de la forma y tamaño del propio cuerpo. Estos trastornos afectan al sujeto en distintos ámbitos de su vida cotidiana, tanto biológica como psíquicamente y principalmente en su vida social, en sus vínculos sociales y su entorno.

De origen multifactorial por interacción de diferentes causas biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales, evidenciando una amplia gama de alteraciones de salud física y mental, algunas derivadas de malnutrición o conductas de purga y otras alteraciones psiquiátricas coexistentes, como los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso y/o dependencia de sustancias y trastornos de la personalidad, entre otros, que agravan aún más la situación e incrementan la morbimortalidad y el riesgo de suicidio.

Dichos trastornos se catalogan en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no específicos como pica, rumiación, vigorexia, ortorexia y trastorno por atracón que, si bien se encuentra presente en los otros ya mencionados, se fue diferenciando en una clase independiente (Escobar & Uribe, 2014)

El trastorno de atracón es un trastorno de conducta alimentaria caracterizado por la ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, en una cantidad muy superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. “Se especifica por dos componentes, ingesta de comida en poco tiempo y pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. Con sensación de que no puede parar de comer o controlar qué y cuánto va a comer” (Castillo & Colaboradores, 2014) Su diagnóstico incluye la presencia de atracones de alimentación por lo menos una vez por semana durante tres meses, acompañados de sensación de pérdida de control, sentimientos de culpa o vergüenza y sin comportamientos compensatorios. Presente en personas con o sin sobrepeso, pero con predisposición a padecer obesidad (Arroyo, Dian, Pasqualini, & Llorens, 2010)

Los medios de comunicación envían mensajes sobre la importancia de la imagen y el culto al cuerpo, frecuentemente mensajes con una influencia muy negativa en el desarrollo de la imagen corporal, ya que suelen mostrar como modelos de belleza cuerpos irreales e inalcanzables, transformando el modo de percibir al cuerpo en algo negativo. La excesiva preocupación sobre la imagen corporal trae como consecuencia la realización de dietas poco saludables y desarrollo de alteraciones en los hábitos alimentarios.

“La imagen corporal se define como la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico, es decir, cómo la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo”. Está estrechamente relacionada con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo. El desarrollo de la imagen corporal depende en gran medida del propio desarrollo de la persona, pero inevitablemente se ve influenciada también por su entorno y por la sociedad en general, y no menor, por el valor que se le da a los estereotipos de belleza (Castrillón Moreno, Luna Montaña, Avendaño Prieto, & Pérez Acosta, 2007)

Incluye dos componentes: uno perceptivo, que hace referencia a la estimación del tamaño y la apariencia, y otro actitudinal, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Producto de esta consideración entorno a los elementos que componen la imagen corporal se define al trastorno de la imagen corporal como una alteración en aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, ante una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física (Maganto Mateo & Cruz Sáez, 2018)

En una investigación realizada en una población española con diagnóstico de obesidad, en donde se relacionó la alimentación emocional y los conflictos cognitivos como predictores del trastorno por atracón alimentario, se compararon personas con malnutrición por exceso con y sin diagnóstico de trastornos alimentarios respecto a la presencia de conflictos cognitivos, sintomatología alimentaria y sintomatología ansioso-depresiva. Los aspectos cognitivos hasta el momento habían sido de relevancia en personas con diagnóstico de bulimia pero no aún en trastorno por atracón. El grupo con diagnóstico diferencial de malnutrición por exceso con trastornos alimentarios presentó más conflictos y sintomatología asociada. Los resultados destacaron el rol que juegan los conflictos cognitivos y la alimentación emocional como aspectos diferenciadores entre las principales alteraciones alimentarias, con un alto nivel de precisión predictiva (Escandón Nagel, Però, Grau, Soriano, & Fleixas, 2018)

La inclusión del trastorno por atracón alimentario como una categoría diagnóstica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) con características específicas permitió diferenciarlo de otros trastornos como la Anorexia y la Bulimia. La prevención y atenuación de los factores predisponentes de dicho trastorno podría disminuir la probabilidad de su aparición y reducir el impacto que tiene sobre la emergencia de conductas impulsivas, de desinhibición conductual, descontrol en la alimentación, riesgos en la salud física, disminuyendo

las preocupaciones en relación al peso y la figura. Tiene una relación directa con el desarrollo de enfermedades que afectan la salud física, la autoimagen y el funcionamiento psicosocial de los sujetos, así mismo las evidencias sugieren una relación entre la nutrición y los desórdenes del estado de ánimo en población adulta y población pediátrica, en especial en cuanto a acciones impulsivas con respecto a la alimentación (Alzate Avellaneda & Gómez Botero, 2017)

Los aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón fueron expuestos en un artículo de la Revista Cubana de Endocrinología, es donde se lo identifica como enfermedad mental seria y en relación con otras enfermedades psiquiátricas, dentro de las cuales se encuentra la obesidad y sus consecuencias. Realiza una búsqueda bibliográfica que consta de 70 artículos científicos publicados dentro de los últimos 10 años. Refiere que las personas que lo padecen tienen conductas impulsivas y sin componentes compensatorios. El alimento es usado como una vía rápida e inmediata para paliar emociones y sentimientos negativos desagradables. En este contexto la ingesta de los mismos resulta reconfortante y calmante, posterior a lo cual devienen sentimientos de tristeza y culpa por no poder controlar su forma de comer. Como consecuencia aumenta el estrés, la angustia y persiste el ciclo. Esta conducta se da en el contexto de vida cotidiana lo que dificulta profundizar en la creencia de que se trata de un problema de salud, tanto en el sujeto como en las personas que lo rodean.

Emociones como la ansiedad, la dificultad para identificar y expresar las emociones, la baja autoestima, la actitud negativa hacia la expresión emocional, la percepción negativa de las emociones, la influencia y exposición a comentarios negativos sobre la forma del cuerpo, el peso y la comida en el estado de ánimo y la necesidad de control pueden ser consideradas como factores de riesgo. Este trastorno suele generar estados de culpa, remordimientos, tristeza, autorechazo, problemas al relacionarse con familiares, amigos, pareja, dificultades laborales, e incluso, puede llegar a generar autolesiones e ideación suicida. Pudiendo empeorar los estados emocionales que precipitan la conducta del atracón, y aumentar su recurrencia y profundizar sus efectos adversos en forma de ciclo cerrado (Hernández Rodríguez & Ledón Llanes, 2018)

En la revista de Psicología Argentina de 2017 se publicó un estudio cuasi experimental acerca de los factores psicológicos en relación a la obesidad, en una población de 31 sujetos internados en una clínica privada de atención integral de control de peso. Expone a la obesidad como una patología de etiología multifactorial, cuyo padecimiento afecta las esferas bio-psico-sociales y enfatiza los aspectos psicológicos considerando que se trata de un trastorno mental y no solo orgánico, con frecuentes manifestaciones de ansiedad, depresión, autoconcepto negativo y trastornos de la conducta alimentaria, evidenciando que los sujetos que deciden integrar un

tratamiento de control de peso con seguimiento de un equipo interdisciplinario mejoran significativamente sus características psíquicas, en especial manifiestan un aumento de autoestima y auto percepción positiva (González Di Mura, Casari, González Pancher, & Vega, 2017)

Un estudio publicado en la Revista Clínica y Salud en Madrid desarrolló la comorbilidad existente entre alteraciones de la conducta alimentaria y trastorno por abuso de sustancias, principalmente alcohol, cocaína y cannabis, y la importancia del papel modulador de la impulsividad y la adicción a la restricción alimentaria. Participaron un total de 79 sujetos, 42 estudiantes universitarios con criterios de adicción de sustancias y 37 sin criterios diagnósticos por adicción a sustancias. Expresó que la comorbilidad psiquiátrica entre los dos trastornos suele darse con frecuencia y con más prevalencia en mujeres. Caracteriza a la conducta adictiva como una compulsión por la búsqueda y consumo de la droga, una pérdida de control en la ingesta y la aparición de un estado emocional negativo cuando se impide el acceso a la sustancia, extrapolando estos aspectos a la conducta alimentaria de dichos sujetos y argumentando que muchos de los síntomas de adicción a las drogas pueden ser igualmente aplicados a individuos con atracones de ingesta de comida. (Flores Fresco, Blanco Gandía, & Rodríguez Arias, 2018)

Mediante un estudio no experimental de tipo descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico e intencional, cuyo objetivo fue identificar el riesgo de padecer un trastorno alimentario (tales como Trastorno por Atracón, Bulimia Nerviosa o Síndrome de Comedor Nocturno) en mujeres con diagnóstico de obesidad y comparar los niveles de malestar psicológico entre aquellas con y sin riesgo de trastorno alimentario, en una muestra conformada por 65 mujeres entre 18 y 65 años de la ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de obesidad según los criterios de la Organización Mundial de la Salud en etapa inicial de tratamiento para esta enfermedad. El resultado del estudio reveló que más de la mitad de la muestra presentó riesgo de trastorno alimentario. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, aspectos cognitivos y conductuales de los trastornos alimentarios, insatisfacción corporal, patrones de síntomas en individuos como ansiedad, depresión, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, hostilidad y el Índice Global de Severidad. Expone la necesidad de realizar tratamientos específicos que incluyan factores de orden psicológico que pueden interferir en el tratamiento de la obesidad y afectar seriamente la calidad de vida de los sujetos (Custodio, Murawski, Elizathe, & Rutzstein, 2017)

Un estudio de tipo descriptivo transversal realizado en la ciudad de Buenos Aires en 2014 logró analizar y comparar hábitos y actitudes hacia la alimentación, perfeccionismo y autoestima en

mujeres adolescentes con diagnóstico definido de trastornos alimentarios, adolescentes con riesgo de trastorno alimentario y adolescentes sin trastorno alimentario ni riesgo. Participaron 200 mujeres entre 13 y 19 años, de las cuales fueron 167 estudiantes de escuelas secundarias de la ciudad de Buenos Aires y 33 con diagnóstico de trastorno alimentario, que se encontraban en tratamiento en dos instituciones especializadas, una pública y una privada. Además se analizó sobre la presencia de obesidad en los padres y/o la presencia de conductas de control de peso en alguno de los miembros de la familia. Los resultados indicaron que existe asociación entre los distintos aspectos estudiados y la presencia de trastorno de conducta alimentaria. Las adolescentes con trastornos alimentarios presentaron niveles de perfeccionismo y de baja autoestima significativamente más elevados que sus pares sin dicho trastorno. La presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los trastornos de alimentación en adolescentes de población no clínica, refuerza la importancia de destinar esfuerzos y recursos a la prevención de los mismos (Rutzstein, Scappatura, & Murawski, 2014)

En la ciudad de Lima se ejecutó una investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal que identificó la autosatisfacción de la imagen corporal y sus prácticas para corregirla. Los participantes fueron 108 estudiantes hombres y mujeres de una escuela de gestión privada. Se hicieron mediciones antropométricas de peso y talla, encuesta de autopercepción de imagen corporal y entrevistas con respuesta a preguntas abiertas. Los resultados expresaron que casi un tercio de los adolescentes tenía percepción equivocada de su peso y la mitad de su talla. Los adolescentes conformes realizaban prácticas como dietas, actividad física y usaban medicamentos para bajar de peso, sus vínculos cercanos influían en la decisión de realizar dichas prácticas, dando cuenta de la gran influencia que tiene el entorno social ante la percepción de la imagen corporal, enfatizando en la glorificación de la belleza y la preocupación exagerada por el aspecto físico (Enriquez Peralta & Quintana Salinas, 2016)

Los trastornos del comportamiento alimentario han ido incrementándose en los últimos años y ampliándose el rango de edad de inicio de los mismos a edades más tempranas. Una insatisfactoria percepción de la imagen del propio cuerpo está en la base de estos trastornos. Considerado un problema de enorme magnitud y que presenta una tendencia acelerada de crecimiento a nivel mundial, una radiografía del estado de salud de la población adulta argentina que confirma el avance del sobrepeso y la obesidad. El 61,6% de los argentinos tiene exceso de peso, en una proporción de 36,2% de personas con sobrepeso y 25,4% con obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2019)

Los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud relevante por su prevalencia, su gravedad justifica profundizar el estudio de las implicancias que tiene sobre el desarrollo de acciones y prácticas poco saludables de quienes los padecen. Su presencia denota una trayectoria clínica prolongada, la tendencia a cronificarse y la necesidad de tratamiento interdisciplinario. Los últimos informes a nivel mundial expresan que la prevalencia del trastorno por atracón es dos veces superior a la bulimia nerviosa, y la prevalencia en la población general es del 2 al 3,5%, siendo mucho más elevada (30%) en pacientes con tratamiento para la pérdida de peso y en estudiantes universitarios (O.M.S, 2016) La problemática abordada en distintos países y contextos cronológicos demuestra gran preocupación en las naciones, por varios factores pero fundamentalmente por los trastornos que trae aparejados en cuanto a conductas sociales de sus habitantes.

El propósito de la investigación será implementar estrategias educativas en el contexto de formación académica acerca de hábitos alimentarios perjudiciales, accionando como herramientas preventivas mediante encuentros y charlas dirigidas a los estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería.

El problema que se plantea radica en ¿Qué relación existe entre la satisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastorno por atracón alimentario en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería de Rosario durante los meses abril, mayo y junio de 2020?

En este lineamiento, y por lo expuesto se propone como hipótesis: la insatisfacción de la imagen corporal predispone la presencia de trastorno por atracón alimentario.

### **Objetivo General**

Identificar la relación que existe entre la satisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastorno por atracón alimentario en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario en los meses de abril, mayo y junio de 2020.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la insatisfacción de la imagen corporal que poseen los estudiantes de primer año de la Licenciatura de Enfermería.
- Determinar las conductas que interaccionan en la preocupación por el peso en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería.

- Identificar las emociones y/o cogniciones relación a la dieta y preocupación por la comida en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería.
- Identificar las conductas que se manifiestan ante la presión social y el malestar con la alimentación en estudiantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería.
- Determinar los trastornos psicobiológicos que se manifiestan en relación a la alimentación en estudiantes del primer año de la Licenciatura en Enfermería.

## Marco Teórico

El proyecto se encuentra enmarcado dentro del paradigma de salud Eco-Epidemiológico, el cual emerge en los años '90, como un análisis de eventos y determinantes, en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social, ante la necesidad de estudio de las condiciones sociales y, de cómo éstas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones. Fue el modelo de paradigma utilizado en el surgimiento del SIDA, en los '80, que requirió una investigación epidemiológica en todos sus niveles para su mejor comprensión, que permitiera implementar nuevas medidas tanto terapéuticas específicas (nivel individual) como preventivas (nivel poblacional) También llamado “Caja China” debido a la relación de factores a múltiples niveles: celular, individual, poblacional, donde los sistemas de determinación epidemiológicos se encuentran separados y organizados jerárquicamente, de forma tal que un sistema abarca varios subsistemas, compuestos a su vez por subsistemas de menor jerarquía.

Establece la necesidad de vincular variables multicausales, de orden fisiológico, metabólico, genético, biológico, anatómico, y clínico del proceso de salud-enfermedad. Así como también la necesidad de incluir aspectos de estructura y función orgánica y metabólica, así como variables genéticas, en los efectos de los estilos de vida, que generan efectos adversos a la salud. Modelo aplicado al estudio de la salud-enfermedad colectiva que introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja.

Predispone un enfoque holístico y multidisciplinario en la investigación epidemiológica de los padecimientos (Hernández-Girón, Orozco-Núñez, & Arredondo-López, 2012)

En términos epidemiológicos, una causa de un evento de enfermedad específico es definida como un evento antecedente, la condición o la característica necesarios para la ocurrencia de la enfermedad al momento en que ocurrió y sin la cual el evento de la enfermedad podría no haber ocurrido. Las causas ocasionan un efecto. En epidemiología, los modelos causales y los paradigmas de salud imperantes están muy relacionados. Cada teoría causal de la enfermedad refleja un paradigma diferente que gobernó en cada época, teniendo en cuenta el concepto de paradigma según Kuhn: son los conceptos de la causa que dominan una ciencia en particular en un período particular adoptando la visión de verdaderas revoluciones científicas (Laza Vásquez, 2006)

La Epidemiología definida como el estudio de las relaciones entre exposiciones y enfermedades a nivel poblacional, interpone un subcampo de Epidemiología Social, el cual se caracteriza por

centrar su estudio en las exposiciones que enfrentan las poblaciones, vinculadas a un estado, posición o rango social.

Partiendo de que la Epidemiología es una ciencia observacional, verdaderamente no es posible cambiar de manera intencional la exposición, si permite ver la variación que ocurre naturalmente en la exposición, vincular ello a los cambios observados en los desenlaces. Va más allá del análisis de factores de riesgo individuales e incluye el estudio del contexto social en el cual se produce el fenómeno salud-enfermedad (Kaufman & Mezones-Holguín, 2013)

Con respecto al modelo teórico que plantea Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. Define a la salud como un estado dinámico de integridad de la estructura y función, mediante la aplicación de autocuidado. Concretamente como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental” Por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el tratamiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El autocuidado comprende una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores y creencias con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Orem plantea un modelo referido a la prevención en salud, que consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización acciones de autocuidado, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Con bases teóricas en relación a un modelo de suplencia o ayuda, además de la Teoría de las necesidades humanas de Maslow y la Teoría general de sistemas.

Su modelo se compone de tres subsistemas interrelacionados: el del propio autocuidado, como una actividad del individuo aprendida y orientada hacia un objetivo para regular los factores que afectan al propio desarrollo, como sistema totalmente compensador; el del déficit de autocuidado, que relaciona la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado, como parcialmente compensador; y el sistema de Enfermería, que percibe una serie continua de acciones que se producen cuando los enfermeros vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que está asistiendo, y que están dirigidas a

identificar las demandas de autocuidado terapéutico de dichas personas, como sistema de apoyo educativo. La interrelación de estos tres subsistemas conforma La Teoría General de la Enfermería (Marriner Tommey & Raile Alligood, 1994)

Según Martha Rogers, una persona es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos. Conceptualiza al contexto como el entorno de la persona, que forma parte integral de ella, coexiste con él, de manera que cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente. Actúa así, el contexto, como un determinante de salud. La interacción Enfermero y Sujeto de atención, se fortalece por la aplicación de acciones terapéuticas que restauran o facilitan el estado de salud, sin embargo esta interacción puede verse afectada por diversos factores (Barroso Romero & Torres Esperón, 2001)

Por lo que se refiere al análisis de la corporeidad, como interpretación del lugar que ocupa el cuerpo en distintas disciplinas expresado en distintas dimensiones a la conformidad de la imagen corporal. El cuerpo como productor de lenguaje, al que se le atribuyen numerosos estados físicos. Separa el cuerpo físico visible y el cuerpo psíquico, este último como agente del deseo. Incorporarse corpóreamente en el sentido de unirse a situaciones y erguirse, son acciones que permiten plantarse y tomar una posición en un lugar. Identifica al cuerpo y a la mente como dos figuras antagonistas que al encontrarse funcionan de manera simbiótica. Ante esta conjunción, el cuerpo habla y reclama todo tipo de modificaciones. Ahora bien, cuando la mente habla sobre el propio cuerpo, que la contiene y limita, puede también atormentarlo, torturarlo y llevarlo a extremos.

Existen muchos intentos de violar al cuerpo ajeno, con la finalidad de dominar sus mentes, desde el dolor y el placer a modo de transmisores sociales que buscan transformar al cuerpo, que muchas veces solo reclama ser reconocido como tal. Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad, a través de un sistema de valores (Matoso, y otros, 2006)

La imagen corporal predispone distintos soportes, principalmente el contexto histórico y las vivencias personales, de lo que se desprende la definición de cuerpo que sustenta el proyecto: “El cuerpo no es una cosa, una sustancia o un organismo, sino una red plástica contingente e inestable de fuerzas sensoriales, motrices y pulsionales, o mejor aún, una banda espectral de intensidades energéticas, acondicionada y dirigida por un doble imaginario: El imaginario social y el imaginario individual” (Le Bretón, 2002)

La imagen corporal entonces, se ve influenciada por diversas referencias a lo largo de la vida, religión, ontología, tecnicismo, economía, arte. Aunque siempre cuerpo es borde, frontera y puente.

Cuerpo como figura influenciada por el arte y el movimiento, este último considerado como un hecho físico de traslación espacial y como un factor deseante, motor de creación de arte y generador de lo nuevo. Es así que sobre un escenario, el actor no da movimiento únicamente, expresa imagen corporal que lo configura, enuncia subjetividad en relación al contexto social.

Retomando el concepto de cuerpo como agente del deseo, que se pone en movimiento, no de orden físico sino como desplazamiento hacia el deseo, que implica un cuerpo simbólico y soporte de impulso pulsional del deseo, atravesado por los afectos. Motivado por la inquietud de la insatisfacción es que interpone procesos de aprendizaje y creación. Movilización que también implica romper con barreras simbólicas, corazas, indiferencias, adaptabilidad a lo cotidiano, todas estas engloban actitudes físicas que enfrentan las exigencias sociales. Han creado un ser humano en constante cambio a máxima velocidad de adaptación como motor de transformación, situación que distancia al cuerpo físico y a la mente, que impide alcanzar a generar un real cambio mental.

Reflexionar sobre el cuerpo implica considerar una extensa pluralidad de observaciones, que superan la mera realidad física orgánica. Significa considerar una construcción simbólica cultural, que soporta múltiples representaciones subjetivas. Es así que, el cuerpo adquiere cierto valor demostrando postura filosófica, ética, metafísica e ideológica. El cuerpo adopta un valor simbólico de la sociedad, reproduce en forma minimizada la estructura misma de la sociedad; se encuentra además atravesado por la experiencia individual que identifica los contenidos inconscientes del sujeto deseante (Matoso, y otros, 2006)

Emocionalmente, el cuerpo representa historia del sujeto, ligada a la significación simbólica como ser activo del mundo, y a la vivencia imaginaria del cuerpo, en relación con el otro y con el mundo externo, en relación inseparable con condición lingüística del ser humano. El hombre es animal dotado de palabra. Pero la palabra humana es plural. Nunca hay una sola palabra humana, sino palabras, lenguajes, todo un conjunto de formas expresivas, distintas y diversas (Barcena & Mélich, 2000)

Dicha concepción anterior expresa un imaginario inconsciente que condiciona la vida en relación y pondera al cuerpo como lenguaje propiamente dicho. Es así que, el cuerpo presenta un doble simbolismo corporal, que entrama experiencia individual y social, terreno que oficia para la construcción de la identidad.

La imagen corporal exterioriza un juego expresivo y dramático, que funciona como tercer simbolismo, evidenciando realidad cotidiana, haciendo visible lo invisible. El cuerpo se convierte en un espacio, que resulta en imagen, construido por encima de su realidad anatómica.

Así mismo, en relación a la autonomía de la imagen, el ser humano es un animal capaz de enfrentarse al espejo y reproducir una imagen icónica que representa visualmente la realidad, que funciona como mediadora con los demás. El espejo sugiere metafóricamente un aumento de la realidad de la autoimagen, autónoma, además de un aumento de la distancia con el otro y con la sociedad. Se produce una captura de la propia imagen que se construye más real que el propio cuerpo. Es decir, que toma como real la imagen devuelta por el espejo, e impone un modelo de relación sin la utilidad de sentidos además de la visión, produciendo un distanciamiento social, al enajenar su propia interioridad (Matoso, y otros, 2006)

El estadio del espejo marca el nacimiento de la identidad como un ser en el mundo y también marca el nacimiento de la alienación del mundo. En consecuencia, se desarrolla cierta paranoia, al suponer que el sujeto puede ser siempre invadido por el Otro, el Otro amenaza esa imagen. Se interpone desde ese momento, cierta complementación por la mirada del otro, esto desencadena un terror al vacío. A lo largo de la vida, el sujeto corre detrás de Objetos que mitiguen ese vacío y refuercen la autoimagen. La fantasía del no-vacío circula constantemente en los medios de comunicación, imponiendo el discurso de la abundancia. Lacan parte del prematuro estadio biológico del niño, esto es, encontrándose en una situación de desvalimiento mucho mayor que cualquier otra especie, en estado de indefensión, y es extremadamente dependiente de un otro. No hay una imagen propioceptiva del cuerpo puesto que no hay tampoco una coordinación motriz. Se trata de una imagen fragmentada que debe valerse de un cuerpo entero que le dé unidad, deberá pasar por una fase psíquica, la fase del espejo (Vega, De Vedia, & Roitman, 2011)

Los medios de comunicación difunden un cuerpo atravesado por la imagen, recogen la realidad social vigente e imponen una imagen que refleja a los sujetos transformada, dicha imagen es portadora de múltiples mensajes, representa también una expansión de los límites fronterizos rígidos.

El cuerpo es concebido por el mundo como una máquina en donde, un entero es la suma de todas sus partes. Poseer un cuerpo diverge de poseer el cuerpo del otro, el cuerpo como objeto entonces, de donde deriva la idea común de que “tenemos un cuerpo”, representa la idea de poseer, de donde también se desprende la idea del valor del cuerpo como instrumento para accionar y producir el mundo.

La concepción del sujeto implica considerar un mundo interno que contiene pasión, deseo, afectos, fantasías, ideas, imágenes, pensamientos, emociones todas construidas en relación con un otro. Una red vincular lo ubica en una cultura y grupo social particular. Dicho mundo interno se encuentra en relación recíproca con un mundo externo, relación dialéctica entre ambos mundos a través del cuerpo.

Así mismo, el cuerpo físico que posee el sujeto es aquel que constituye la subjetividad de sus vivencias durante su historia. Dicho cuerpo atesora sensaciones, sentimientos, vulnerabilidad, exposición. Se trata del cuerpo escrito. Sin embargo, este cuerpo necesita ser representado por un esquema corporal de orden biológico. De modo que la imagen corporal carecería de soporte de comunicación. La imagen corporal acciona como puente entre percepciones, entre el mundo interno, el mundo externo y la realidad que lo rodea, sabiendo que cierta inconciencia queda oculta en la corporeidad humana. El cuerpo es el territorio de la imagen (Matoso, y otros, 2006)

La percepción de imagen corporal fue definida primeramente en 1935 por Paul Schilder como “la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo” Esta influencia recíproca entre la imagen que los demás se forman de nosotros y la que nos formamos de nosotros mismos, está claro que la imagen que nos formamos se basa en nuestra construcción personal de las reacciones que provocamos en los demás.

Se trata de un término muy escuchado por la sociedad, quizá porque se asocia a determinados aspectos, campos (la moda, la salud, patologías, danza) e incluso forma parte de las propias preocupaciones en auge de nuestra cultura, por lo que resulta tan familiar. Es un término, también utilizado en diversas disciplinas donde ha sido y es objeto de estudio como la filosofía, la psicología, la psiquiatría.

Según Raich, es un concepto que se ha definido de varias maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y para el cual se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo y concepto corporal. Tantas definiciones imponen confusión, además de un indiscriminado del término.

Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Donde las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical.

Una concepción más dinámica la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Desde esta línea de trabajo aparecen algunas contribuciones interesantes: por un lado, se entiende el cuerpo como el único objeto que es percibido al tiempo que forma parte del sujeto perceptor; por otro lado, en la percepción del sujeto se ve implicado todo su yo.

Considerando un concepto más completo y abarcativo de todos los expuestos, tratándose de un constructo teórico multidimensional, Raich define “La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos” aunque la definición de Schilder sigue siendo la más aceptada.

Schilder reúne los aspectos relacionales del cuerpo, identifica el término imagen corporal con una representación integradora del cuerpo de dimensiones fisiológicas, sociológicas y en relación a la libido en referencia a la experiencia de nuestro cuerpo como un objeto de deseo y una realidad sentida (Raich, 2000)

La trascendencia de lo corporal y la imposibilidad de separarlo del aspecto psicológico del término, lleva a plantear la seriedad e importancia de lo corporal en la construcción de la identidad de los sujetos. Considerando la identidad como producto y como el proceso de la construcción del propio ser, desde una perspectiva de construcción relacional (Botella, Grañó, Gamíz, & Abey, 2008) Son frecuentes las ideas circulantes que pretenden un culto al cuerpo esbelto, atlético, por ejemplo, entre las personas que se consideran menos atractivas se encuentra mayor incidencia de fobia social, ansiedad y aislamiento social; la satisfacción personal con el propio físico correlaciona con el grado de ajuste social percibido; la falta de atractivo comporta un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes patologías mentales.

Conforme a la dialéctica entre lo externo y lo interno, o dicho de otro modo, lo social y lo personal, existe una construcción de lo ideal, entre lo que somos y lo que desearíamos ser o lo que se nos hace creer que deberíamos ser. Se trata del constructo entre el cuerpo real sin influencias del imaginario social y el deseo. Es un aspecto puramente subjetivo que se le atribuye a la corporalidad, atravesado por definiciones culturalmente contingentes y socialmente validadas de lo que resulta deseable y atractivo. Está comprobado el hecho de que la correlación entre el atractivo socialmente percibido y el auto-percibido sea más bien baja, e indica que hay un número importante de personas que sufren víctimas de una imagen de sí mismas que no se corresponde con lo que los demás piensan de ellos (Raich, 2000)

La imagen corporal se encuentra discriminada en varias dimensiones, como el componente perceptual, es decir, percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes, el componente cognitivo que se trata de valoraciones respecto al cuerpo o una parte de este, el componente afectivo que incluye sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia; y el componente conductual o acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción (Sánchez-Carracedo, Mora, López, Marroquín, Ridaura, & Raich, 2004)

Existe gran demanda de consultas psicoterapéuticas en relación a falta de autoestima, ansiedad social, la inadaptación, los sentimientos de soledad y vacío, la depresión, los problemas sexuales y de pareja, problemas de conducta alimentaria que son padecidos por sujetos que persiguen un peso ideal. Son en definitiva, personas que sufren por su propia definición de lo que es atractivo, por su percepción de sí mismos como alejados de dicha imagen, y por como la conducta de los demás hacia ellos convierte su reacción en camino al cumplimiento de lograr satisfacer dicha demanda.

De ahí que, la importancia subjetiva de la corporalidad es un factor genérico que engloba la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y enfermedad y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas del cuerpo. Dicha construcción subjetiva es multifacética, cambiante, socialmente establecida y enmarca distintos determinantes de salud que permiten considerar a la percepción de la imagen corporal como un concepto bastante complejo que se ve influido por aspectos culturales, sociales, ambientales y responde por lo tanto a un fenómeno de tipo social que está muy conectado a como nuestro cuerpo es percibido por los otros, que imágenes nos reenvían desde el exterior. Siendo ésta, una de las vías de conformación de la identidad (Raich, 2000)

La percepción de la imagen corporal, como ya se mencionó anteriormente, opera como un determinante en la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

Enfermería como profesión se encuentra en una posición privilegiada para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria cuyo perfil cuidador, educador e investigador, constituye un elemento muy importante en la recuperación del sujeto, su familia y la sociedad en general, que son los profesionales que permanecen más tiempo en contacto con los sujetos de atención y su familia. Las estrategias de abordaje buscan reducir la probabilidad de

que se desarrollen los trastornos de conducta alimentaria, reduciendo la intensidad de los factores de riesgo o evitar que se vuelvan más graves. La evidencia científica muestra que los programas preventivos son efectivos y que los beneficios son mayores cuando se aplican a grupos de riesgo en comparación con la población general (Ministerio de Salud de la Nación, 2019)

El Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales define a los trastornos de conducta alimentaria como “Alteraciones persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial” (Ivanovic-Zuvic & Otros, 2014) Constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico.

Los especialistas en nutrición manifiestan especial interés en encontrar indicadores cuyo estudio implique un bajo costo y aplicación en trabajos de campo se facilite, y que resulten aptos para identificar las poblaciones de riesgo de mala nutrición, ya sea por déficit o por exceso de alimentación. Ha dejado de ser una problemática exclusiva de los países desarrollados y empieza a ser también motivo de preocupación en países en vía de desarrollo, con determinantes específicos en cuanto a cambios demográficos como el aumento en la esperanza de vida, la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización (O.M.S, 2016)

El trastorno por atracón alimentario fue un subtipo de trastorno de conducta alimentaria que se diferenció del resto, particularmente de la bulimia y anorexia nerviosa en cuanto a que el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa, sin embargo, ciertos autores exponen que es un paso previo al diagnóstico de bulimia y anorexia.

Existiendo una variedad de trastornos diagnosticados clínicamente, realizando una breve reseña de los más persistentes: el Trastorno de Pica, definido como la "Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes". Trastorno de Rumiación que refiere "Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen". Trastorno de Evitación "Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y /o energéticas asociadas a uno". Anorexia Nerviosa, "Restricción de la ingesta energética en

relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del 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, de Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas o de Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas". Bulimia Nerviosa "Episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo" (Vázquez Arévalo, López Aguilar, Ocampo Tellez-Girón, & Mancilla-Díaz, 2015)

El Manual define al trastorno por atracón como "Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por los dos hechos siguientes: Ingestión, en periodo determinado generalmente acotado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas, sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio con sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere lo la cantidad de lo que se ingiere. Dichos episodios se asocian a comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado, malestar intenso respecto a los atracones, se producen, de promedio al menos una vez a la semana durante tres meses" Estos comportamientos alimentarios no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa (Ivanovic-Zuvic & Otros, 2014)

Este último, es un subtipo de trastorno de conducta alimentaria que se diferenció del resto, particularmente de la bulimia y anorexia nerviosa en cuanto a que el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o anorexia, sin embargo, ciertos autores exponen que es un paso previo al diagnóstico de ambos, exponiéndolo al mismo nivel de complejidad en salud.

Considerados en general como trastornos de etiología multicausal, que incluye factores causales no modificables como ser rasgos de personalidad, composición física, dinámica familiar, aspectos culturales y estéticos, predisposición genética y, factores modificables como la concepción negativa de la propia imagen, la adopción de conductas perjudiciales en relación a la alimentación o modificaciones de acciones de la vida cotidiana y hacia los demás. Es así que la

insatisfacción de la imagen corporal es uno de los factores de riesgo modificables más importantes para el desarrollo de los mismos, que incluye actitudes, sentimientos y percepciones acerca del propio peso y figura.

Según los criterios de clasificaciones internacionales como la DSM-IV, los trastornos de conducta alimentaria se manifiestan como un tipo de trastorno mental evidenciando un patrón individual de comportamiento que engloba aspectos psicológicos y clínicos de manera disfuncional, independientemente de las causas, manifiestan síntomas que permiten su diagnóstico diferencial. Especificando que “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.” Un rasgo conceptual de estos trastornos es la falta de conciencia de enfermedad por parte de la persona que lo padece. Esto quiere decir que la persona afectada no es capaz de identificar las consecuencias negativas del mismo, ni de la necesidad de hacer tratamiento. Este hecho dificulta la adherencia o continuidad en el tratamiento en ciertos casos (Fuentes & Silva, Marzo 2014)

El diagnóstico diferencial tiene en cuenta el contexto en el que se producen los atracones alimentarios, el período corto de tiempo significa un período de tiempo limitado, generalmente inferior a dos horas, no tienen por qué producirse en un solo lugar, no considera atracón el ir ingiriendo pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. Quienes adoptan esta conducta suelen sentirse muy avergonzados y esconden los síntomas ya que los episodios suelen durar hasta el individuo sienta dolor por la plenitud. Identifica como causales a estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero luego suelen provocar sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo. Sugiere mayor frecuencia de padecimiento en sujetos con trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad. Afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Cuenta con muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas (Ivanovic-Zivic & Otros, 2014)

Comenzó a identificarse este tipo de comportamiento como un concepto individual en el año 1951 por observaciones de Hamburger que caracterizó una muestra de personas con obesidad que presentaban un tipo de hiperfagia con deseos compulsivos por la comida e incontrolables y

realizó la comparación con una muestra de obesos sin presencia de atracón. Años posteriores es A. J. Stunkard en 1959 quien ingresa concretamente el término atracón para definir el tipo de sobreingesta con rasgos propios y dentro de una población concreta, estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y el futuro trastorno de conducta alimentaria (Guisado & Vaz, 2001)

En 1970, Korhaber definió el stuffing syndrome como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.

En un estudio realizado en 1980 sobre pacientes obesos se llega a la conclusión que de la totalidad, entre el 20 y el 50% sufren atracones alimentarios. Hasta ese entonces era tratado como un tipo de conducta dentro de la bulimia. Sin embargo en el año 1987 en la tercer edición del manual diagnóstico de enfermedades mentales intercede el concepto de bulimia nerviosa de manera que incluye personas que sufren atracones y conductas purgativas como solo atracones, demuestra que la mayoría de los que comían compulsivamente no padecían bulimia nerviosa.

Spitzer en 1992 describe con conceptos básicos el Síndrome de sobreingesta patológica o trastorno por ingesta compulsiva.

En 1995 Fairburn sugiere que la categoría comedores compulsivos se enmarque dentro del concepto de bulimia nerviosa y aporta la Terapia Cognitivo Conductual como forma de tratamiento, que a través de la psicología aplica técnicas con aval científico y consiste en intervenir en dos grandes terrenos para tratar las afecciones psicológicas, por un lado, el terreno de lo objetivo y material con modos de medición concreta y por otro lado el estado subjetivo de la conciencia, es decir, profundizando en el estado mental y privado de las personas que tienen el problema, y se traduce en términos emocionales. Es un tipo de terapia que actúa sobre los actos y sobre los pensamientos. En este apartado se introduce además el concepto conductismo radical de B. F. Skinner que desde una visión básica permite valorar objetivamente los progresos que se van teniendo durante la terapia. El trastorno permite además un abordaje desde la Terapia Cognitiva que enfatiza la necesidad de no renunciar a la consideración de las dimensiones mentales no observables a simple vista ya que la utilidad de la terapia recae en el bienestar subjetivo de los pacientes, que no siempre debe poder ser registrado a través de un puro abordaje conductista.

Ahora bien, continuando con la línea cronológica del diagnóstico diferencial del trastorno por atracón es que, en 1995 también se introducen dentro de la bulimia nerviosa dos subcategorías, purgativa y no purgativa, y dentro de esta última se propone el trastorno por atracón alimentario.

En 2002 en la cuarta edición del Manual de enfermedades mentales se incluye el concepto diferencial de trastorno de atracón dentro de la categoría de trastornos de conducta alimentaria no específicos.

En 2003 existen posturas que intentan definir y valorar empíricamente el trastorno, a través de estudios realizados por Devlin, Goldfein y Dabrow. Luego en 2009 Spitzer estimula el estudio del trastorno en obesos, recalcando la necesidad de diferenciarlo de la bulimia nerviosa no purgativa, proponiendo modelos que distinguen al trastorno como una variante de la bulimia, como un subtipo conductual de la obesidad o como reflejo de la psicopatología de la obesidad.

Finalmente en el año 2014 es que se convierte en un trastorno alimentario con entidad propia, se ajusta y concreta la definición del mismo. Con menor relevancia clínica pero con un cuadro clínico tan grave y complicado como el que presentan las personas con diagnóstico de anorexia o bulimia, además de presentar una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (Guisado & Vaz, 2001)

Son los atracones de ingesta de comida un gran problema de obesidad. La Organización Mundial de la Salud define a “La obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (O.M.S, 2016) Se mide a través del cálculo del índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La obesidad comparte similares características distintivas con el trastorno por atracón alimentario. Dicho trastorno es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas que no lo padecen. Presentan una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido. La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida, a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones.

Las características de los pacientes con atracones predisponen mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo o la figura y el peso, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dietas restrictivas, historia de depresión, abuso de alcohol y o drogas ilegales, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para hacer dieta.

Respecto a los factores etiológicos, la mayoría de las investigaciones al respecto indican la importancia de la restricción dietética como potenciador de los atracones en presencia de desinhibidores específicos (disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta) Otros autores describen a estos pacientes como impulsivos con poca capacidad para controlarse siendo en este caso los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos (Katz, 2018)

Las personas impulsivas tienen la característica de actuar sin pensar en las consecuencias negativas que pueden generar sus actos, tanto a nivel personal como hacia los demás. Se trata de personas que actúan siguiendo un impulso, de modo espontáneo, sin ser capaces de impedir su conducta..

Los trastornos de conducta alimentaria son fáciles de definir desde un criterio externo, según Ravinovich, se trata de impulsiones. Indican cierta satisfacción pulsional que inhibe el despliegue del deseo. La causa del deseo se relaciona entre el gozar articulado con el objeto. El goce como satisfacción de la pulsión remite a un cuerpo atravesado por la demanda. Es así que si la satisfacción de una pulsión es el goce, es el goce que remite sin vacilación hacia la pulsión como objeto. Freud enfatizó en el término pulsión la palabra satisfacción pero también la realización o cumplimiento del deseo. Por otro lado, según Lacán, el goce no es placer, diferenciando el placer como homeostásico, situando al goce en la dimensión de muerte, y lo relaciona directamente con el dolor. Existe una contradicción de acciones en quienes padecen trastorno de conducta alimentaria, de modo que dichos sujetos saben perfectamente las conductas que deben evitarse para seguir un camino más saludable, sin embargo aparecen las recaídas con frecuencia, esta conducta de volver al mismo lugar, hay cierto padecer que los sujetos mismos buscan sin saberlo y que aparece como el bien supremo, Lacán identifica esta conducta como una necesidad de volver a lo real y la relaciona directamente con pulsión de muerte y con el cumplimiento del deseo del Otro, expresa además se juegan en este accionar características psicopatológicas al no admitir los límites reales propios.

El trastorno de alimentación puede asumir otras formas, por ejemplo, el comprar compulsivamente objetos, es así que alguien que se atraca de alimentos puede atracarse de objetos de otro tipo, esta acción predispone cierta falta, cierto vacío que es llenado más allá de la propia satisfacción de hacerlo. El caer en cuenta que el sujeto se llena de nada, dispone un camino directo a la depresión (Rabinovich, 2009)

Hornstein expresa que los sujetos con depresión presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de

muerte o suicidio. El humor deprimido y la pérdida de satisfacción son dos síntomas clave en las depresiones, que afecta el funcionamiento social, laboral e interpersonal. El sujeto depresivo es un agobiado en busca de un estímulo, un ansioso en busca de calma, un insomne en busca de sueño. Las depresiones deben ser abordadas desde un paradigma de la complejidad para entender el desequilibrio neuroquímico presente en las depresiones, como consecuencia de la acción conjunta entre herencia, situación personal, historia, conflictos neuróticos y humanos, enfermedad corporal, condiciones históricas sociales, vivencias, hábitos y funcionamiento del organismo.

La autoestima es lo que proviene del narcisismo infantil y de las realizaciones acordes al ideal. María Moliner atribuye al término estimar, por un lado la visión de apreciar, reconocer el mérito, afecto, visión en relación a la conciencia de una persona respecto de si, mientras que por otra parte remite al juicio, al creer, juzgar, evaluar como vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales, Dicha afirmación tiene una connotación positiva de orgullo, vitalidad, y otra negativa de culpa, vergüenza e inferioridad, ésta en relación prácticamente directa con la depresión.

En las depresiones, la pérdida del objeto trastorna demasiado, se modifica la posición subjetiva. Según Bion, en 1967, el duelo designa un estado psíquico ante una pérdida, además de un conjunto de comportamientos sociales, individuales y colectivos. El sujeto se aferra a la ilusión de que lo perdido permanece. El papel que interpreta el otro en la autoestima se relaciona con un estado de duelo que agobia al sujeto. Esta vinculación entre duelo y depresión radica en que el duelo alguna vez se termina, sin embargo la depresión raramente lo haga (Hornstein, 2011)

Por lo que se refiere al consumo compulsivo de alimentos apetitosos, es un hecho homologado con la adicción a las drogas en cuanto a la participación del sistema dopaminérgico de recompensa y como consecuencia de la activación de mecanismos de reforzamiento positivo, en este caso generado por los alimentos de alto contenido calórico. La dopamina es uno de los neurotransmisores más comunes, y la ingesta de este tipo de alimentos desencadena un incremento de la actividad de la dopamina en el cerebro. Ciertos precursores de la dopamina como ser la L-fenilalanina y L-tirosina son utilizados principalmente como suplemento dietario (Martínez Ruíz & Rubio Valladolid, 2002)

Según Freud, la adicción se relaciona con la pasión por evitar el dolor, haciendo referencia al consumo de tóxicos como rechazo del sufrimiento antes que como logro de satisfacción. Y paradójicamente, la compulsión por evitar el dolor produce la pasión extrema ante la droga desde una visión de esclavitud. Las drogas cumplen la función de evitar el dolor, de modo cancelatorio,

haciéndolo desaparecer por un tiempo determinado. Dolor vinculado a sobrecarga libidinal sobre una zona del cuerpo, dolor sintomático cuando un órgano es atrapado como representante de una idea reprimida, dolor de existir por insatisfacción del deseo, dolor melancólico a raíz de una pérdida de un objeto amado.

Héctor López expresa hipotéticamente que la pérdida del objeto provoca que toda elección posterior de objetos de placer sea sustituida y deje un resto de insatisfacción. Es la droga la que viene a colmar ese vacío y opera inconscientemente como recuperadora del objeto perdido. Esta visión deja entrever que la causa de la adicción es una búsqueda de la felicidad, que la droga es una visita fugaz a dicha felicidad, artificial pero alcanzable. Esta creencia común impulsa al adicto a consumir, a veces de manera tan compulsiva que acaba en consumir-se. La relación entre la intoxicación y el goce es una fantasía del adicto en tanto que la droga no es más que una defensa, un intento de interponer una barrera química contra la invasión de la angustia.

La fantasía cumple una función de defensa, haciendo inofensiva una experiencia de goce, que con el correr del tiempo, se convertirá en una fuente de angustia. Ejemplo de esto es un adicto al alcohol, que mediante la intoxicación vuelve a desvariar como un niño, y por medio del humor disparado por este estado es que predispone una defensa ante situaciones de angustia. Se encuentra en la búsqueda de satisfacción sustitutiva paliativa.

Siguiendo este lineamiento, Freud expresa que el hombre vive en estado de abstinencia con respecto al goce. Dicha afirmación contiene atributos meramente culturales, que imponen una solución ante esa insatisfacción que requiere necesariamente de algún tipo de adicción, ya sean perjudiciales o inofensivas. Aunque socialmente existen diferencias en cuanto a la gravedad y al grado de aceptación de cada adicción, pero todas apuntan a calmar el dolor de la abstinencia que es anterior a cualquier adicción, es decir, es esta abstinencia como falta estructural del objeto, la que produce la adicción.

Las drogas son sustancias que presentes en sangre o en tejido, proporcionan directamente sensaciones placenteras, modificando además las condiciones de la propia sensibilidad de manera tal que impiden percibir estímulos desagradables. Un sujeto en dependencia de algún tipo de droga, ésta en todas sus formas, busca paradójicamente su libertad, de manera que se ilusiona con la posesión de un objeto que adopta como suyo, sin embargo no acepta la pérdida, la que le hace saber que dicho objeto como causa de deseo le pertenece al Otro y no a él, desatando acciones suicidas por intoxicación lenta, o expuesto de otra manera, micro-suicidios. Dentro de esta línea de pensamientos es que los trastornos de conducta alimentaria desencadenan en el organismo similares síntomas que las drogas nocivas a los adictos (López, 2002)

Desde hace mucho tiempo las adicciones son impulsadas también por el consumismo, que se anuncia bajo el signo de exceso. Ofreciendo un sinfín de productos, marcas y servicios. La industria alimenticia es pionera dentro de este constructo, con características de desmesura, exageración y extralimitación. Incluso, el accionar de los individuos es extremo (Gilles Lipovetsky, 2006)

## **Material y Métodos**

### **Tipo de Estudio**

El estudio será de abordaje metodológico cuantitativo. Con lógica deductiva, evidenciable, asegurando procedimientos inflexibles y objetivos.

Será de tipo no experimental, sin deliberadamente manipular las variables, sino mediante la observación de fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, en situaciones ya existentes, para luego analizarlos sistemáticamente. Descriptivo, con el objetivo de indagar la incidencia de las modalidades de las variables satisfacción de la imagen corporal y presencia de trastorno por atracón alimentario, en la población y proporcionar su descripción, pudiendo sugerir asociación entre ellas. Transversal porque se medirán las variables simultáneamente por única vez. Será de tipo prospectivo ya que los datos serán recolectados a medida que los hechos ocurran.

### **Sitio o Contexto de la Investigación**

Se confeccionó y aplicó una guía de convalidación de sitio (Se adjunta en Anexo I) que proporcionó datos que permitieron caracterizarlo, sin deseos de convalidar, de modo que resultó ser de interés para la autora el hecho que se tratase de la única escuela universitaria pública de enfermería de la ciudad. En función de los resultados del estudio exploratorio (Se adjuntan en Anexo III) que expresa los criterios de elegibilidad para aplicar el presente proyecto, el sitio seleccionado es la Escuela de Enfermería que pertenece a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, provincia de Santa Fe. Ubicada en la zona urbana dentro del Distrito Centro, una de las 6 divisiones administrativas de la ciudad. Cuenta con modalidad de ingreso irrestricto, refiriendo así una población sumamente heterogénea, se trata además de la única escuela de enfermería de orden público en la ciudad que cuenta con título de grado en Licenciatura en Enfermería con mayor número de ingresantes y re inscriptos.

### **Población y Muestra**

La población de estudio será conformada por todos los estudiantes de primer año de la Licenciatura de Enfermería perteneciente a la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

La unidad de análisis estará conformada por cada uno de los estudiantes de primer año de ambos sexos de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, que reúnan los siguientes criterios:

#### Criterios de exclusión:

- Estudiantes que se encuentren participando dentro de una institución para control y descenso de peso corporal con seguimiento de profesionales en nutrición.
- Estudiantes con diagnóstico médico de Diabetes, Hipertensión Arterial, Colesterolemia, afecciones coronarias, EPOC, afecciones renales, trastornos endocrinológicos, afecciones reproductivas.
- Estudiantes que padezcan impedimentos físicos para realizar actividades físicas leves o moderadas como caminar o subir escaleras.
- Estudiantes que posean familiares directos profesionales en Nutrición, Psiquiatría, Psicología.
- Estudiantes que estén atravesando un momento de crisis subjetiva, duelo reciente, asistencia psicológica y/o psiquiátrica, y/o bajo tratamiento farmacológico de misma índole.
- Estudiantes con diagnóstico médico de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, trastorno Dismórfico Corporal, Vigorexia u otro tipo de trastorno de conducta alimentaria.

#### **Tamaño de la Población**

Según los datos obtenidos en el estudio exploratorio, hubo en el año 2019 un total de 1000 ingresantes. Al ser una población excesivamente amplia, por el número de unidades de análisis posible que la integra, se aplicará un calculador de muestra que arrojará un porcentaje de error posible de un 5%, un nivel deseado de confiabilidad de 95%, proyectando un resultado de muestra de 278 sujetos de investigación.

Se efectuará un muestreo probabilístico, ya que todos los elementos de la población tendrán la misma posibilidad de ser escogidos para el proyecto, además de tener la ventaja de reducir considerablemente el margen de error.

Solicitando el listado de número de legajo de alumnos cursantes del primer año, en el área administrativa del establecimiento, serán luego seleccionados los 278 participantes de la muestra de manera sistemática, mediante un corte de intervalo de selección constante cada 4 números de legajo consecutivos. Se utilizará el azar para determinar desde donde se iniciará el proceso de selección de las unidades de acuerdo a la constante elegida por la autora.

En cuanto a la validez externa del proyecto, los resultados obtenidos serán generalizables sólo a la población del estudio ya que una principal limitante que posee es que se realiza en un solo sitio.

### **Técnicas en instrumentos para la recolección de datos**

La técnica con la que se llevará a cabo la recolección de datos para las variables en estudio será la encuesta, utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario.

Para la medición de la variable satisfacción de la imagen corporal, se utilizará el instrumento Cuestionario de la Figura Corporal (Body Shape Questionnaire- BSQ) (Castrillón Moreno, Luna Montaña, Avendaño Prieto, & Pérez Acosta, 2007) validado en una población colombiana. Representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la insatisfacción de la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal y riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. Consta de 34 indicadores que evalúan un solo concepto psicológico, Trastorno Dismórfico, que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: insatisfacción corporal y preocupación por el peso. El cuestionario es autoadministrado y tiene una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde nunca, es raro, a veces, a menudo, muy a menudo y siempre. La persona responderá según su autopercepción y el grado de identificación sobre su cuerpo.

Cada participante leerá las instrucciones del cuestionario, y señalará con una X la opción de respuesta ubicada en la parte derecha del mismo según considere la respuesta más adecuada (El cuestionario se adjunta en Anexo II)

Para la medición de la variable presencia de trastorno por atracón alimentario se utilizará el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test- EAT 40) (Paredes, Alvarez Rayón, & Ramírez Ruelas, 2011) el cual fue creado y validado por Garner y Garfinkel en 1979. Su objetivo es identificar presencia de trastornos de conducta alimentaria en muestras no clínicas. Se trata de una encuesta autoadministrada que consta de 40 indicadores que evalúan dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación, trastornos psicobiológicos. Con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert que van desde nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre.

Los participantes deberán leer las instrucciones del cuestionario, contestando de manera individual, especificando mediante una X en el casillero que contenga la opción que más se adecue a su pensamiento (El cuestionario se adjunta en Anexo II)

Las ventajas de utilizar cuestionarios son: menor costo, mayor cobertura de población, menor tiempo en la recolección de datos, menor riesgo de distorsiones producidas, preserva el anonimato del sujeto, mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado. Se trata de una forma práctica de obtención de datos.

Las desventajas que presenta el uso de cuestionarios es el riesgo de elevado porcentaje de los mismos incompleto, imposibilidad de ayudar al informante con explicaciones complementarias y la dificultad de verificación de la veracidad de los datos.

Se aplicó una prueba piloto con la finalidad de comprobar la confiabilidad y validez de los dos instrumentos en una población de similares características a la del estudio, la cual no arrojó dificultades. Dicha población luego será excluida del estudio (Se adjunta en Anexo IV)

### **Operacionalización de las variables**

A)- Variable: Satisfacción de la imagen corporal: Tipo cualitativa compleja, función independiente, escala de medición ordinal.

Definición: La imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo, se trata de un fenómeno biológico-psicológico cambiante, de acuerdo a las experiencias previas y en relación con los demás (Schilder, 1935)

#### **1. Dimensión: Insatisfacción corporal.**

Indicadores:

- ¿Me siento molesto/a o enfadado/a al hacer un examen de mi aspecto físico?
- ¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado “grandes” gordos en relación al resto de mi cuerpo?
- ¿Me he sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar?
- ¿Evité trotar a causa de que mi carne podía tambalearse o moverse como gelatina?
- ¿Me he sentido preocupado/a por la parte de mis muslos que quedan visibles al sentarme?
- El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida ¿me hizo sentir gordo/a?
- El hecho de ver detalladamente la figura de otra mujer u hombre, ¿me hizo compararme con él/ella y sentirme en desventaja por mi aspecto físico?

- El hecho de pensar en mi figura ¿hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas?
- El estar desnudo/a (por ejemplo al darme un baño) ¿me hizo sentir gordo/a o pasado/a de peso?
- ¿Evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal?
- ¿El comer pastel, dulces u otras cosas con muchas calorías me hizo sentir gordo/a?
- ¿No asistí a bailes o reuniones sociales porque me sentí mal con mi figura?
- ¿Me he sentido excesivamente grueso/a y rechoncho/a?
- ¿Me he sentido avergonzado/a de mi cuerpo?
- ¿Siento que no es justo que otros hombres o mujeres sean más delgados que yo?
- ¿He vomitado con la intención de sentirme más liviano/a?
- ¿En compañía de otras personas, me siento preocupado/a por el hecho de ocupar demasiado espacio (estar entado/a en el sofá o asiento del autobús)?
- ¿Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura?
- ¿Evito situaciones en donde otras personas puedan detallar mi cuerpo? (piscinas, playas, gimnasios)
- ¿Tomo laxantes buscando sentirme más liviano/a?

## 2. Dimensión: Preocupación por el peso.

### Indicadores:

- ¿Me sentí tan preocupado/a por mí aspecto físico que pensé que debería hacer dieta?
- ¿Sentí temor a volverme gordo/a o a empezar a aumentar de peso?
- ¿Me he sentido preocupado/a al sentir que mi piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada?
- La sensación de “llenura” (por ejemplo después de una comida abundante) ¿me ha hecho sentir gordo/a?
- ¿El hecho de estar junto a una persona delgada me ha hecho tomar conciencia del estado de mi figura corporal?

- ¿He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo?
- ¿Pensar en mi figura ha interferido en la capacidad de concentración?
- ¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío?
- ¿Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer?
- ¿Me siento preocupado/a si otras personas me ven rollitos en mi cintura, caderas o estómago?
- ¿Me siento preocupado/a porque se me formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?
- ¿He pellizcado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa tengo?
- ¿Tomé especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas?
- ¿La preocupación acerca de mi figura me hizo sentir que debería hacer ejercicio?

B)- Variable: Presencia de trastorno por atracón alimentario: Tipo cualitativa compleja, función dependiente, escala de medición ordinal.

Definición: Tipo de trastorno de la conducta alimentaria con procesos psicopatológicos que suponen severas modificaciones en las actitudes y los comportamientos relacionado con la ingestión de alimento, como resultado de una distorsión en la percepción de las dimensiones corporales y un miedo intenso a la obesidad. Caracterizado por episodios de ingesta de alimentos en cantidad, sin conductas compensatorias, en poco tiempo, al menos una vez por semana y durante tres meses (Cuadro & Baile, 2015)

1 Dimensión: Dieta y preocupación por la comida.

Indicadores:

- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
- Me da mucho miedo pesar demasiado.
- Procuero no comer aunque tenga hambre.
- Me preocupo mucho por la comida.

- A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
- Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
- Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej. Pan, arroz, papas, etc.).
- Me siento muy culpable después de comer.
- Me preocupa el deseo de estar más delgada.
- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
- Me peso varias veces al día.
- Me levanto pronto por las mañanas.
- Cada día como los mismos alimentos.
- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- Disfruto comiendo en restaurantes.
- Procuro no comer alimentos con azúcar.
- Como alimentos dietéticos.
- Siento que los alimentos controlan mi vida.
- Me controlo en las comidas.
- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
- Me siento incómoda después de comer dulces.
- Me comprometo a hacer dietas.
- Me gusta sentir el estómago vacío.
- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.

## 2 Dimensión: Presión social percibida y malestar con la alimentación.

### Indicadores:

- Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.
- Me gusta comer con otras personas.
- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
- Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
- Tardo en comer más que las otras personas.
- Noto que los demás me presionan para que coma.
- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.

## 3 Dimensión: Trastornos psico-biológicos.

### Indicadores:

- Vomito después de haber comido.
- Disfruto comiendo carne.
- Tomo laxantes (purgantes).
- Procuro no comer alimentos con azúcar.
- Tengo estreñimiento.
- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

## **Principios Éticos**

A lo largo de la planificación del proyecto se tendrán recaudos que comprenden las pautas éticas aplicadas a la investigación científica, enfatizando particularmente en los siguientes principios:

Principio de Respeto a la Dignidad Humana, en cuanto a que todos los participantes recibirán información clara y suficiente por escrito, se describirá detalladamente la naturaleza del proyecto y sus objetivos, mediante el Consentimiento Informado (Se adjunta en Anexos II) La participación será voluntaria y en todo momento se ofrecerá la opción de no participar y retirarse

cuando lo desee sin que ello produjese perjuicio alguno. En todo el período se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos.

Principio de Beneficencia, no se someterá a la población en estudio a ningún tipo de daño, ni físico, ni psicológico, manteniendo una actitud no prejuiciosa y comprensiva. A dicha población se le comunicará los resultados de la investigación.

Principio de Justicia, se brindará un trato justo preservando la intimidad de los participantes, valorando la situación de vulnerabilidad en que se encuentren inmersos a la hora de participar en el proyecto, es decir, considerando la existencia de particulares situaciones en las que individuos quedan disminuidos en su autonomía.

### **Personal a cargo de la recolección de datos**

Teniendo en cuenta la validez interna, será necesario el adiestramiento de encuestadores, 4 personas para la recolección de la información, que serán alumnos del 5to. Año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

Dichos encuestadores serán adiestrados previamente por la autora del proyecto para lograr la unificación de criterios, mediante una reunión pautada con duración de no más de dos horas. Los mismos recibirán orientación específica para definir la recolección de los datos, la conducta de los mismos deberá ser equitativa y objetiva en relación al modo de dirigirse a los sujetos de la investigación, evitando así sensibilizar con algún gesto o vocablo que afecte las respuestas. Deberán conocer el protocolo de aplicación de los instrumentos. Mantener un perfil cordial y motivador para que los sujetos de la investigación marquen sus respuestas.

El personal no solo será adiestrado en cuanto al modo de aplicar, sino también de retirar los instrumentos, una vez que vayan culminando las encuestas, los participantes serán guiados para la entrega de las mismas de manera prolija y silenciosa. Este punto será explicado a los participantes, previo al inicio de la actividad.

La recolección de datos será planificada de manera que se efectúe en aulas de cursado de alumnos del primer año de la Licenciatura en Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, durante los meses de abril, mayo y junio de 2020. La autora del proyecto se dirigirá a cada una de las comisiones de la materia Construcción del concepto Salud- Enfermedad- Atención y solicitará autorización de los docentes a cargo, cuyo cursado es los días lunes, martes y miércoles de 10 a 12hs. y de 18 a 20hs. cada día, con un promedio de 50 alumnos por comisión, acordando que se tomarán los últimos 30 minutos del cursado de dicha

materia planificando una medición el día lunes en ambos turnos de cursado, la próxima semana el día martes en ambos turnos de cursado y el día miércoles de la siguiente en ambos turnos de cursado, abarcando una sección de muestra en cada medición de 50 sujetos de investigación, durante 3 semanas consecutivas con la finalidad de alcanzar la totalidad de la muestra planificada.

### **Plan de análisis**

En el plan de análisis de los datos obtenidos se agruparán las dimensiones seleccionadas por cada variable (Tabulación)

Posterior al proceso de tabulación, se codificarán mediante el sistema informático paquete estadístico SPSS en su versión 19.0 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences), por intermedio de una computadora, para luego crear índices de medición para cada variable.

Para medir la variable satisfacción de la imagen corporal se codificará los valores de respuesta de la siguiente manera:

Nunca = 1

Es raro = 2

A veces = 3

A menudo = 4

Muy a menudo = 5

Siempre = 6

Para la dimensión insatisfacción corporal de la presente variable, que consta de 20 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

20 a 52: Satisfecho/a

53 a 86: Medianamente satisfecho/a

87 a 120: Insatisfecho/a

Siendo 20 el valor mínimo y 120 el valor máximo.

Para la dimensión preocupación por el peso de la presente variable, que consta de 14 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

14 a 36: Satisfecho/a

37 a 60: Medianamente satisfecho/a

61 a 84: Insatisfecho/a

Siendo el valor mínimo 14 y 84 el valor máximo.

Para reconstruir la variable satisfacción de la imagen corporal se establecerá el siguiente índice:

34 a 90: Satisfecho/a

91 a 147: Medianamente satisfecho/a

148 a 204: Insatisfecho/a

Siendo el valor mínimo 34 y 204 el valor máximo.

Para medir la variable presencia de trastorno por atracón alimentario se codificarán los valores de respuesta de la siguiente manera:

Nunca = 01

Casi nunca = 02

A veces = 03

Bastantes veces = 04

Casi siempre = 05

Siempre = 06

Para la dimensión dieta y preocupación por la comida de la presente variable, que consta de 27 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

27 a 71: Ausencia

72 a 116: Medianamente presencia

117 a 162: Presencia

Siendo 27 el valor mínimo y 162 el valor máximo.

Para la dimensión presión social percibida y malestar con la alimentación de la presente variable, que consta de 07 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

07 a 19: Ausencia

20 a 30: Medianamente presencia

31 a 42: Presencia

Siendo 07 el valor mínimo y 42 el valor máximo.

Para la dimensión trastornos psico-biológicos de la presente variable, que consta de 06 indicadores, se establecerá el siguiente índice:

06 a 16: Ausencia

17 a 26: Medianamente presencia

27 a 36: Presencia

Siendo 06 el valor mínimo y 36 el valor máximo.

Para reconstruir la variable presencia de trastorno por atracón alimentario se establecerá el siguiente índice:

40 a 106: Ausencia

107 a 173: Medianamente presencia

174 a 240: Presencia

Siendo 40 el valor mínimo y 240 el valor máximo.

Se utilizará el tipo de análisis estadístico bivariado, describiendo relaciones entre las variables satisfacción corporal y presencia de trastorno por atracón alimentario. Se utilizará estadística descriptiva, para obtener las frecuencias de ambas variables, se aplicarán las medidas de Frecuencia, Moda, Medidas de dispersión y Correlación Apropriada, Medidas de Concentración.

Para el análisis de la variable satisfacción de la imagen corporal, con escala de medición ordinal se realizará una distribución de frecuencias y luego será representada en un gráfico de barras simples.

Para el análisis de la variable presencia de trastorno por atracón alimentario, que posee una escala de medición ordinal, se realizará una distribución de frecuencias y será representada en gráficos circulares.

## Plan de trabajo y cronograma

Año 2020	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiem.	Noviem.	Diciem.
Recolección de datos: Cuestionarios alumnos de primer año de Lic. en Enfermería Recursos (papel, copias, lapiceras, transporte)								
Análisis e interpretación de datos								
Tabulación de datos Recursos (pc, papel, lápiz)								
Análisis de resultados								
Elaboración del Informe Final								
Presentación del Informe Final								

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

### **Guía de estudio de convalidación de sitio**

- ¿La institución autoriza la realización de la investigación?
- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- ¿La Escuela pertenece a la Universidad Nacional de Rosario, con modalidad de ingreso irrestricto?
- ¿La institución cuenta con un sitio de estadísticas?
- ¿Si la última respuesta es afirmativa, permite el acceso a los datos?
- ¿Cuál fue la cantidad de ingresantes a primer año en 2019?
- ¿Cuántos alumnos se encuentran cursando el 2do. Cuatrimestre?
- ¿Cuál es el porcentaje de mujeres y hombres en primer año?
- ¿Cuál es el porcentaje de ingresantes extranjeros?
- ¿Cuál es el rango de edad de los/as ingresantes?
- ¿Qué turnos de cursado brinda la Escuela para cursar 1er año?
- ¿Cuántas comisiones de cursado tiene el primer año?
- ¿La Escuela brinda educación a los estudiantes en relación a nutrición?
- ¿Posee la Escuela un sitio que brinde alimentación variada, apropiada y acorde a los alumnos?
- ¿Posee la Escuela herramientas que permitan el conocimiento en cuanto al diagnóstico de patologías de base de los alumnos?
- ¿Posee la Escuela conocimientos acerca de alumnos que padezcan ciertas limitaciones físicas que impida la actividad física moderada o leve como caminar y subir escaleras?
- ¿Cuenta la Institución con lugar apropiado para la recolección de datos?
- Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Dicho espacio cuenta con superficie de apoyo como sillas y mesas? ¿Con un modo apropiado de ventilación ambiental? ¿Tiene cercanos los

sanitarios en funcionamiento y las escaleras de emergencia? ¿Tiene protección contra ruidos externos? ¿Posee iluminación natural y/o artificial?

## Anexo II

### Instrumentos de recolección de datos

#### Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ): Insatisfacción de la Imagen Corporal

Lea cada pregunta y señale con una X el casillero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada respecto a su manera de pensar.

	Nunca	Es raro	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1-¿Me siento molesto/a o enfadado/a al hacer un examen de mi aspecto físico?						
2-¿Pensé que mis nalgas, caderas, cintura o muslos eran demasiado “grandes” gordos en relación al resto de mi cuerpo?						
3-¿Me he sentido tan mal en relación a mi figura corporal que tuve que gritar o llorar?						
4-¿Evité trotar a causa de que mi carne podía tambalearse o moverse como gelatina?						
5-¿Me he sentido preocupado/a por la parte de mis muslos que quedan visibles al sentarme?						
6- El hecho de comer incluso pequeñas cantidades de comida ¿me hizo sentir gordo/a?						
7- El hecho de ver detalladamente la figura de otra mujer u hombre, ¿me hizo compararme con él/ella y sentirme en desventaja por mi aspecto físico?						
8- El hecho de pensar en mi figura ¿hace que me sea difícil concentrarme en otras cosas?						
9- El estar desnudo/a (por ejemplo al darme un baño) ¿me hizo sentir gordo/a o pasado/a de peso?						
10-¿Evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal?						
11-¿El comer pastel, dulces u otras cosas con muchas calorías me hizo sentir gordo/a?						
12-¿No asistí a bailes o reuniones sociales porque me sentí mal con mi figura?						
13-¿Me he sentido excesivamente grueso/a y rechoncho/a?						
14-¿Me he sentido avergonzado/a de mi cuerpo?						
15-¿Siento que no es justo que otros hombres o mujeres sean más delgados que yo?						
16-¿He vomitado con la intención de sentirme más liviano/a?						
17-¿En compañía de otras personas, me siento preocupado/a por el hecho de ocupar demasiado espacio (estar entado/a en el sofá o asiento del autobús)?						
18- ¿Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura?						
19-¿Evito situaciones en donde otras personas puedan detallar mi cuerpo? (piscinas, playas, gimnasios)						
20-¿Tomo laxantes buscando sentirme más liviano/a?						
21-¿Me sentí tan preocupado/a por mi aspecto físico que pensé que debería hacer dieta?						
22-¿Sentí temor a volverme gordo/a o a empezar a aumentar de peso?						
23-¿Me he sentido preocupado/a al sentir que mi piel o mi carne no era suficientemente firme y tonificada?						
24- La sensación de “llenura” (por ejemplo después de una comida abundante) ¿me ha hecho sentir gordo/a?						
25- ¿El hecho de estar junto a una persona delgada me ha hecho tomar conciencia del estado de mi figura corporal?						
26- ¿He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo?						
27- ¿Pensar en mi figura ha interferido en la capacidad de concentración?						
28-¿Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío?						
29-¿Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer?						
30-¿Me siento preocupado/a si otras personas me ven rollitos en mi cintura, caderas o estómago?						
31-¿Me siento preocupado/a porque se me formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis?						
32-¿He pellizcado zonas de mi cuerpo para ver cuánta grasa tengo?						
33-¿Tomé especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas?						
34-¿La preocupación acerca de mi figura me hizo sentir que debería hacer ejercicio?						

Test EAT-40: Actitudes hacia la comida.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta, contéstelas de manera individual, al contestar hágalo de la manera más verídicamente posible, especifique su respuesta con una X en el casillero que más se adecúe a lo que piensa.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
2- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
3- Me da mucho miedo pesar demasiado.						
4- Procuero no comer aunque tenga hambre.						
5- Me preocupo mucho por la comida.						
6- A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
7- Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
8- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
9- Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej. Pan, arroz, papas, etc.).						
10- Me siento muy culpable después de comer.						
11- Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
12- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
13- Me peso varias veces al día.						
14- Me levanto pronto por las mañanas.						
15- Cada día como los mismos alimentos.						
16- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
17- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
18- Disfruto comiendo en restaurantes.						
19- Procuero no comer alimentos con azúcar.						
20- Como alimentos dietéticos.						
21- Siento que los alimentos controlan mi vida.						
22- Me controlo en las comidas.						
23- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
24- Me siento incómoda después de comer dulces.						
25- Me comprometo a hacer dietas.						
26- Me gusta sentir el estómago vacío.						
27- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
28- Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.						
29- Me gusta comer con otras personas.						
30- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
31- Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
32- Tardo en comer más que las otras personas.						
33- Noto que los demás me presionan para que coma.						
34- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35- Vomito después de haber comido.						
36- Disfruto comiendo carne.						
37- Tomo laxantes (purgantes).						
38- Procuero no comer alimentos con azúcar.						
39- Tengo estreñimiento.						
40- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

## **Consentimiento Informado**

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, durante el cursado de la Actividad Académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información, sobre si existe o no relación entre la satisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastorno por atracón alimentario en alumnos cursantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería de la ciudad de Rosario.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán, y de lo que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a formar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal, los datos que aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluidas las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

## **AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de 18 años, certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Título de la investigación**

La investigadora me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar de la investigación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Participante**

**Fecha.**

## **Anexo III**

### **Resultados del estudio exploratorio**

Es así que, previo contacto vía telefónica y constatación de una cita, se abordó a la directora de la Escuela, la Sra. Prof. Mg. Adriana Álvarez, quién cordialmente autorizó la realización del proyecto, la aplicación de encuestas a los alumnos para recabar datos y la publicación de los resultados obtenidos en la investigación.

Confirmó que se trata de una institución de orden público, con ingreso irrestricto y con una población heterogénea con alumnos de diferentes nacionalidades, con cursado en dos turnos, mañana y tarde. Autorizó además poder contactar las oficinas administrativas del lugar, que cuentan con datos estadísticos de los alumnos.

La Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario es la única de orden público con dicha modalidad, ubicada en el distrito centro de la ciudad de Rosario, en cercanías de la terminal de ómnibus Mariano Moreno, con posibilidades de fácil acceso a rutas y autopistas. Ediliciamente presenta un hall central con acceso al área administrativa, biblioteca, dirección y vicedirección. Tiene en funcionamiento un ascensor que acerca a la población al primer y segundo piso, estos destinados a cursado de los alumnos con cuatro aulas y un sanitario en cada uno de ellos, además la institución cuenta con una escalera que conecta todas las plantas físicas.

Dicha institución brinda educación a una población sumamente heterogénea. Y se encuentra a la espera de recibir al triple de alumnos en el año 2020, en relación a los inscriptos que tuvo en 2019.

Ante la pregunta ¿el lugar posee un sitio apropiado para la aplicación de encuestas a sus alumnos? La respuesta fue afirmativa, y explicó que se pueden utilizar las aulas del primer piso de la Escuela para tal fin. Las mismas poseen capacidad para al menos 50 alumnos, con la presencia de bancos y sillas individuales en esa cantidad, además de luz natural y artificial, con protección contra ruidos externos y de cercano acceso a las escaleras, a las salidas de emergencia y a los sanitarios de ambos sexos.

La directora manifestó que la escuela no cuenta con un lugar propio que proporcione ingestas alimentarias balanceadas y adecuadas a los alumnos, que la currícula actual brinda educación en relación a la correcta nutrición, particularmente en la asignatura Nutrición y Dieto-terapia con cursado durante el primer cuatrimestre del primer año.

A través del Sistema Guaraní, de tipo informático, los alumnos contestan varias encuestas personales que se renuevan cada año, particularmente en relación al estado de salud de cada uno, si existiera algún tipo de incapacidad de índole física. Que dichos datos serán proporcionados por la oficina de estadísticas.

Posterior a la entrevista con la Directora Álvarez, se contactó al Sr. Secretario Administrativo Eduardo Ruggero, quién accedió a contestar preguntas en relación a datos estadísticos.

Los ingresantes al primer año de la carrera fueron 1200 en el año 2019, con promedio de edad entre 18 a 40 años, siendo la moda de 19 años, un 20% de ellos es de sexo masculino y 20% de nacionalidad extranjera. De los cuales, no existen alumnos que hayan manifestado tener algún tipo de impedimento físico para acceder a las aulas de primer y segundo piso de la escuela, y que al momento ningún alumno exhibió algún tipo de certificado médico que manifieste patologías que impidan el normal desarrollo del cursado.

Mediante el estudio exploratorio, se convalidó el sitio seleccionado, cumpliendo éste con las exigencias de la investigación. En dicha institución, se haya presente la población que reúne las salvedades necesarias para el proyecto, estando presentes las variables que hacen al interés del mismo.

## **Anexo IV**

### **Resultados de la prueba piloto del instrumento**

Teniendo en cuenta los controles de validez interna, se efectuó la prueba piloto, esta etapa consistió en administrar los instrumentos a una pequeña muestra de alumnos con el fin de probar su conveniencia y eficacia, así como las condiciones de la aplicación. A partir de esta prueba que se realizó en el mes de septiembre de 2019, en 15 alumnos entre 19 y 32 años cursantes del primer año de la Licenciatura de Enfermería, durante el turno mañana de cursado, se logró calcular la confiabilidad y la validez de los instrumentos. Luego de entregarles el consentimiento informado y de decidir voluntariamente a participar del proyecto, los instrumentos fueron aceptados con agrado. La autora midió el tiempo de aplicación de los mismos que resultó ser en total de 25 minutos. No fue necesario realizar correcciones semánticas de términos, ningún alumno consultó o manifestó tener dificultades de comprensión acerca de los indicadores propuestos. No hubo manifestaciones de disconformidad en cuanto al tiempo de aplicación.

Los resultados obtenidos de la prueba permiten concluir que los cuestionarios miden las variables que se pretenden medir en el estudio.

## **Bibliografía**

- Alzate Avellaneda, E., & Gómez Botero, A. (2017). Características del trastorno por atracón en la adolescencia. Colombia: Universidad Católica de Pereira.
- Arroyo, H., Dian, Pasqualini, & Llorens, A. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Barcena, F., & Mélich, J.-C. (2000). El aprendizaje simbólico del cuerpo. *Revista Complutense de Educación*, 59-81.
- Barroso Romero, Z., & Torres Esperón, J. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 20-45.
- Botella, L., Grañó, N., Gamíz, M., & Abey, M. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y re-construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 245-263.
- Castillo, J. L., & Colaboradores. (2014). DSM-5, Nueva Clasificación de Trastornos Mentales. Chile.
- Castrillón Moreno, D., Luna Montaña, I., Avendaño Prieto, G., & Pérez Acosta, A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 15-23.
- Cuadro, E., & Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*.
- Custodio, J., Murawski, B., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2017). Malestar psicológico en mujeres con obesidad con y sin riesgo de trastorno alimentario. *Discapacidad Clínica Neurociencias*, 1-11.
- Enriquez Peralta, R., & Quintana Salinas, M. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 117-122.
- Escandón Nagel, N., Perú, M., Grau, A., Soriano, J., & Fleixas, G. (2018). Alimentación emocional y conflictos cognitivos como predictores del trastorno por atracón en pacientes con obesidad. *Health Psychol*, 52-59.
- Escobar, J. M., & Uribe, M. (2014). Avances en Psiquiatría desde un modelo biopsicosocial. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Flores Fresco, M., Blanco Gandía, M., & Rodríguez Arias, M. (2018). Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias. *Clínica y Salud Madrid*, 125-132.

- Fuentes, P., & Silva, C. (Marzo 2014). DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*.
- Gilles Lipovetsky, S. C. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- González Di Mura, M. V., Casari, L., González Pancher, R., & Vega, M. D. (2017). Análisis de Factores Psicológicos en Pacientes Obesos: Estudio Pre y Post Tratamiento. *Revista de Psicología*, 55-64.
- Guisado, J., & Vaz, F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Hernández Rodríguez, J., & Ledón Llanes, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 1-15.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista Salud Pública*, 315-324.
- Hornstein, L. (2011). *Las depresiones, afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós.
- Ivanovic-Zuvic, F., & Otros. (2014). Nueva clasificación de los trastornos mentales, quinta edición. DSM-5. Chile: IKU.
- Katz, M. (2018). El desafío de la nutrición en el siglo XXI. Actualización en Nutrición, órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Nutrición, 101-106.
- Kaufman, J., & Mezones-Holguín, E. (2013). Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud.
- Laza Vásquez, C. (2006). *La causalidad en Epidemiología*. Colombia: Investigaciones Andina.
- Le Bretón, D. (2002). *Antropología del cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- López, H. (2002). *Las Adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, S. (2018). Satisfacción corporal y trastornos de alimentación en adolescentes. San Sebastián : Facultad de Psicología.
- Marriner Tommey, A., & Raile Alligood, M. (1994). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 3º Edición. Buenos Aires: Mosby Doyma.
- Martínez Ruíz, M., & Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para Enfermería*. Madrid: Diaz de Santos.
- Matoso, E., Aschieri, P., Bucchbinder, M., Citro, S., Guido, R., Lavigne, L., y otros. (2006). *El Cuerpo In-Cierto. Arte/ Cultura/ Sociedad*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Recuperado el 2019, de Atención Primaria de la Salud: [http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-12\\_b04/boletin04.php](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/2016-12_b04/boletin04.php)
- O.M.S. (08 de Octubre de 2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 08 de Octubre de 2019, de Sitio Web Mundial: <https://www.who.int/es>
- Paredes, K., Alvarez Rayón, G., & Ramírez Ruelas, R. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* , 148-164.
- Rabinovich, D. S. (2009). *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*. Bueno Aires: Manantial.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L., & Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., & Raich, R. (2004). Intervención Cognitivo-Conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 551-576.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M., & Mancilla-Diaz, M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.
- Vega, V., De Vedia, P., & Roitman, D. (2011). *Narcisismo e identificación en la fase del espejo. Una articulación entre Freud y Lacan* . Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.