

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
(T.I.L)**

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO E IMAGEN
CORPORAL DE MADRES DE ADOLESCENTES CON
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA QUE
ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD PRIVADO DE LA
CIUDAD DE CÓRDOBA, EN EL AÑO 2019**



ALUMNAS:

**Fernández Paula
Ledesma Micaela
Reig Josefina**

DIRECTORA:

Mamondi Verónica

2019

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE
RIESGO E IMAGEN CORPORAL
DE MADRES DE ADOLESCENTES
CON TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA QUE
ASISTEN A UN CENTRO DE
SALUD PRIVADO DE LA CIUDAD
DE CÓRDOBA, EN EL AÑO 2019**

Directora:

Mamondi, Verónica

Alumnas:

Fernández Paula

Ledesma Micaela

Reig Josefina



AGRADECIMIENTOS:

A SILVANA CAGLIERI,
POR ACOMPAÑARNOS DESINTERESADAMENTE
EN ESTE ÚLTIMO TRAMO
Y LOS POR VALIOSOS CONOCIMIENTOS...

A VERO MAMONDI,
POR AYUDARNOS Y POR ESTAR EN CADA PASO
DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN...

A NUESTRAS FAMILIAS Y AMIGOS,
NUESTRO PILAR FUNDAMENTAL,
QUIENES NOS DIERON LAS FUERZAS NECESARIAS
A LO LARGO DE LA CARRERA.



Prácticas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten a un centro de salud privado de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.

Área Temática: Nutrición clínica y dietoterapia

Autores: Fernández PM- Ledesma MS- Reig J

Directora: Mamondi Verónica

Introducción: La percepción de la imagen corporal, del peso y de la figura, y los ideales de delgadez constituyen factores de riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La madre tiene un rol importante en la formación de comportamientos alimentarios en su hijo. **Objetivo:** Caracterizar la presencia/ausencia de las prácticas alimentarias de riesgo y de la insatisfacción con la imagen corporal en las madres de adolescentes con TCA que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal. Muestra captada por conveniencia no probabilística. Se utilizó un cuestionario AD-HOC con preguntas dicotómicas y categóricas de elección múltiple para: Prácticas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de la madre junto al Test de Siluetas de Stunkard y Sorensen. Los datos se analizaron con el programa P.S.P.P para Windows 1.2.0. Luego, se llevó a cabo un análisis descriptivo a través de la construcción de tablas y gráficos de distribución de frecuencias (absolutas y relativas). **Resultados:** Participaron 23 madres. El 73.9% ha realizado alguna vez dieta, principalmente por motivos estéticos y la mayoría no prescrita por un Licenciado en Nutrición. El 78.2% evita algún alimento y más de la mitad limita su ingesta diaria para influir en su peso o figura. Registro hambre-saciación alterado: la mayoría de las madres afirmaron reconocer cuándo tienen hambre y cuándo se sienten satisfechas. Comensalidad familiar: la mayoría de las madres comen con sus hijas. Conductas alimentarias de riesgo: la mayoría de las encuestadas respondió en forma negativa, excepto el sentimiento de culpa luego de comer. El 34.8% de madres han tenido o tienen actualmente un TCA y un 17.4% contestó que algún familiar presenta o presentó uno. El 78.3% no se encontró satisfecha con su IC. **Conclusión:** La insatisfacción con la IC es frecuente en las madres de adolescentes con TCA. En cuanto a la variable prácticas alimentarias de riesgo, la misma no es frecuente en ellas.

Palabras Claves: Trastornos de la Conducta Alimentaria- Madres - Imagen Corporal - Prácticas Alimentarias.

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
3. OBJETIVOS	4
3.1 <i>Objetivo General</i>	
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	
4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL	5
5. HIPÓTESIS	17
6. VARIABLES	17
7. DISEÑO METODOLÓGICO	17
7.1 <i>Tipo de Estudio</i>	
7.2 <i>Universo</i>	
7.3 <i>Muestra</i>	
7.4 <i>Criterio de Inclusión</i>	
8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18
9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
10. PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO	24
11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	24
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
13. RESULTADOS	26
14. DISCUSIÓN	36
15. CONCLUSIONES	39
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
17. ANEXOS	49

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. Tienen un origen multifactorial y constituyen el resultado de la interacción de diferentes causas: biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales. Estas enfermedades provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona.¹

La incidencia de los llamados TCA está en aumento a nivel mundial.² En nuestro país, el 37% de las mujeres de entre 15 y 20 años sufren algún trastorno alimentario.³

Se trata de una patología que figura entre las más frecuentes en la adolescencia⁴, ya que esta etapa constituye un momento vital de cambios y de búsqueda de la propia identidad⁵, además de la aparición de caracteres sexuales secundarios y el aumento del peso a expensas del tejido adiposo.⁶ Estos trastornos aparecen generalmente entre los 12 a 25 años siendo más frecuente en mujeres.⁷ Los TCA más comunes son la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.⁸

La familia cumple un papel fundamental en el desarrollo de TCA, actuando como un factor predisponente, ya que su funcionamiento propicia la aparición de tales trastornos; o como un factor mantenedor, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar permiten que los síntomas permanezcan a través del tiempo.⁹ Se sabe que, en aquellas donde hay integrantes con TCA, se pone mayor atención a la apariencia física reproduciendo el estereotipo de la delgadez.¹⁰ La familia resulta sumamente importante en el desarrollo del niño, ya que los modelos, valores, normas, roles, costumbres, hábitos y habilidades, tanto sociales como adaptativas, se aprenden durante el período de la infancia.¹¹ Además se constituye como el primer grupo que transmite creencias, actitudes y modelos de conductas relacionadas a los alimentos que acompañarán al individuo a lo largo de su vida.⁹

Dentro del núcleo familiar, la madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, quien a su vez ha adquirido en forma oral, categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina. La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos y representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Ella es la

responsable de incorporar al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia.⁵

El patrón de apego que caracteriza el vínculo madre-hijo puede incidir en la aparición ulterior de psicopatología o puede ser un factor de protección frente a la aparición de un TCA en su descendencia. Una madre ansiosa frente a sus propios hábitos alimentarios, con síntomas anoréxicos o bulímicos, e insatisfecha con su corporalidad, puede interferir seriamente en la alimentación de sus hijos, generando alteraciones en la interacción madre-hijo que, en presencia de otros factores de vulnerabilidad, podrán contribuir a la aparición de alteraciones de la alimentación en el niño o, ulteriormente, de un TCA en la adolescencia.¹ En cuanto a la manera de alimentarse, se ha señalado a la dieta materna como predictora de dieta en las hijas, y ésta tendría mayor influencia que la paterna sobre sus actitudes y conductas.¹²

La percepción que tienen las madres de sí mismas, de su peso y su figura, el historial familiar de trastornos de la alimentación, su forma de expresar sentimientos negativos a las hijas a la hora de alimentarse, y los ideales de delgadez de las madres puestos en sus hijas constituyen factores de riesgo.¹

Muchos trabajos muestran la relación que existe entre problemas alimentarios o una baja estima corporal en las niñas, y madres que hacen comentarios explícitos respecto del peso de sus hijas o modelan una excesiva preocupación acerca de su propio cuerpo.¹² Es por esto, que la Imagen Corporal (IC) tiene un rol importante en los TCA. La IC es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, y no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. La IC incluye los estándares de belleza, que en la actualidad están basados en modelos prodelgadez. La insatisfacción con la IC ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal.¹³

Por todo lo anteriormente expuesto, decidimos trabajar con las madres de adolescentes femeninas que asisten para su tratamiento de TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón y Trastornos Alimentarios No Especificados) al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, para conocer y caracterizar la presencia/ausencia de prácticas alimentarias de riesgo y de la insatisfacción con su IC.

2. Planteamiento y delimitación del problema

¿Se presentan prácticas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal en las madres de adolescentes femeninas con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019?

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- ❖ Caracterizar la presencia/ausencia de las prácticas alimentarias de riesgo y de la insatisfacción con la imagen corporal en las madres de adolescentes femeninas con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Identificar las prácticas alimentarias de riesgo presentes en las madres de adolescentes femeninas con TCA.
- ❖ Conocer la imagen corporal percibida de las madres de las adolescentes con TCA.
- ❖ Conocer la imagen corporal deseada de las madres de las adolescentes con TCA.
- ❖ Conocer si existe insatisfacción con la imagen corporal en las madres de las adolescentes con TCA.

4. Marco Teórico

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea, por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica¹⁴, todo esto acompañado por una insatisfacción con la imagen corporal (IC).¹⁵ Los dos tipos principales son: Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).¹⁶ Otra categoría importante la constituyen: el Trastorno por Atracón (TA) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE).¹⁴

La importancia y la relevancia sanitaria y social de los TCA ha ido en aumento en las últimas décadas debido al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud de las personas que los padecen. Los mismos son más frecuentes en las mujeres, aunque actualmente pueden verse cada vez más casos en varones.¹⁷ Generalmente se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, sin embargo, existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta.¹⁵

El origen preciso de los TCA no se ha podido dilucidar hasta el momento. Se han propuesto diferentes teorías sobre su etiología, siendo probable que todas éstas resulten complementarias.¹⁵ Se sabe que en la etiopatogenia intervienen diferentes factores: genéticos, psicológicos, sociales, culturales, nutricionales, neuroquímicos y hormonales, que actúan como predisponentes, desencadenantes o mantenedores del trastorno.¹⁷

Según el último Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V), la AN se caracteriza por una 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, la etapa del desarrollo y la salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura. La AN también se caracteriza por un miedo intenso a engordar, o por un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. Además, las personas con AN presentan una alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando el peligro que conlleva el bajo peso corporal

actual.¹⁸ Existen dos tipos de AN: el tipo restrictivo, donde los pacientes no recurren a atracones ni purgas; y el tipo compulsivo-purgativo, donde no presentan atracones, pero si recurren a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.¹⁹

Según este mismo manual, la BN se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, que se acompaña de una sensación de pérdida de control). Al mismo tiempo, existen conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses. La autoevaluación de estas personas está exageradamente influida por el peso y silueta corporal.¹⁸ Existen diferentes tipos de BN: tipo purgativo, donde la persona se provoca el vómito, usa laxantes, enemas o diuréticos en exceso; y el tipo no purgativo, en el cual las conductas compensatorias son el ayuno o ejercicio intenso.¹⁹

De acuerdo DSM V, el Trastorno por Atracón (TA) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones sin asociarse a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la BN. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes hechos: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, hacerlo solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, o sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. Otra característica del TA es el malestar intenso respecto a los atracones. Los mismos se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.¹⁸

Según el DSM V, la categoría TANE se mantiene pero cambia su nombre a Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados, ya que se solicitará al clínico que especifique, de ahí su nombre, por qué no se cumplen los criterios de AN o BN u otro TCA, es decir, que se aclare con relación a qué trastorno se está vinculando, como anorexia nerviosa atípica o bulimia nerviosa de frecuencia baja.¹⁸

Debido a que el término es muy reciente, en esta tesis continuará denominándose “No Especificados” ya que toda la bibliografía que se ha consultado utiliza la denominación del DSM IV.

A lo largo de los años, en diferentes estudios, se ha comprobado que la familia de la persona con TCA juega un papel importante en la etiología, desarrollo, mantenimiento y recuperación del mismo.¹⁰ La familia ha sido conceptualizada por la antropología y la sociología como una institución articulada con la sociedad, ligada a la conservación de la vida y a la socialización de nuevas generaciones.²⁰ La misma adquiere especial relevancia ya que representa el núcleo primario en el cual se transmiten normas, roles, costumbres y hábitos que influyen en los estilos de vida, y más aún en los estilos y actitudes alimentarias.²¹

La disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, la interacción con los niños durante la comida, como así también las actitudes y formas de comportarse de los padres con respecto a la alimentación, influyen en la conformación de los comportamientos alimentarios de los niños desde que nacen. Estos adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro.²²

Minuchin menciona algunas de las características que se encuentran en las familias con un miembro que padece un TCA (denominadas familias psicósomáticas): sobreprotección, crianza excesiva y restricción de la autonomía, tendencia a mantener patrones fijos no funcionales con una resistencia al cambio, evitación del conflicto y escasa capacidad de resolverlo. Sus miembros están excesivamente involucrados entre ellos y muestran tendencia a entrometerse mutuamente en sus pensamientos, sentimientos, acciones y comunicaciones. También prevalece la existencia de poco apoyo y compromiso, con mucho aislamiento y caos.¹

Para Gedo y Goldberg las familias de personas anoréxicas y bulímicas son incapaces de modular la frustración, ansiedad, las intrusiones dolorosas del medio o la sobreestimulación, tanto de fuentes externas como internas, lo que interfiere en el funcionamiento global. Otros autores hallaron que los padres de hijas con un TCA tienen dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones, lo que se conoce como alexitimia, influyendo en sus estilos de crianza, no pudiendo ayudar a sus hijas a procesar adecuadamente las emociones.²³

Se sabe que en las familias de pacientes con TCA tiende a haber más casos de depresión o alcoholismo, lo que apoya la idea de algún componente genético que de alguna manera afecta a la aparición de los TCA.²² Estas características familiares son factores de riesgo para el desarrollo de diversas psicopatologías. Sin embargo, para que alguno de los miembros de la familia desarrolle específicamente un TCA, además, deben presentarse actitudes y conductas asociadas a la alimentación, peso y figura, poniendo mayor atención a la apariencia física y reproduciendo el estereotipo de la delgadez.¹⁰

Es importante mencionar que no existe un patrón único para estas familias¹⁰, aun así, varios estudios^{1,4,21} afirman que es común encontrar estas características familiares en la mayoría de los casos de TCA.

Las tendencias culturales, mitos y roles sociales canalizan y favorecen la importancia de la madre, minimizando la relevancia de la figura paterna en el desarrollo y la educación de los hijos.²³ Si bien, actualmente, hay una mayor participación de los mismos, ésta está lejos de alcanzar la de las mujeres.¹³

La bibliografía menciona que el padre ocupa, dentro de la familia, un papel periférico en los TCA.²³ Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino señalan que la figura dominante en la familia de las anoréxicas es la madre; el padre está emocionalmente ausente, sometido y secreta o abiertamente desvalorizado por su esposa.¹⁷

Las interacciones del niño con su medio ambiente, y en especial con el encargado de su cuidado, cobran particular importancia en los primeros años de vida.²⁰ El niño aprende a comer principalmente de su madre, quien a su vez ha adquirido en forma oral, categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su propia madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina.⁵ La naturaleza de los cuidados maternos durante el crecimiento es fundamental en el futuro de la salud mental de sus hijos.¹

El patrón de apego, definido como el conjunto de vínculos emocionales ²⁴, que caracteriza la relación madre-hijo, puede incidir en la aparición de psicopatologías o puede ser un factor de protección a la aparición de un TCA en su descendencia.¹ Frente a las diferentes teorías del apego, se destaca la de Margaret Mahler, quien propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo del niño, las cuales son: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación e

individuación. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. La individuación da cuenta de las funciones autónomas. En este período el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose. Luego evoluciona libremente de pie y sin apoyo. De esta manera, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre, modificando gradualmente su comportamiento en función a ésta.¹

En los TCA, especialmente en la AN y BN, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre madres e hijas: se desarrolla una díada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía de la hija. La incapacidad para autoalimentarse o nutrirse adecuadamente es una especie de denuncia del fracaso en el logro de independencia y autonomía básicas. Pero, al mismo tiempo, las pacientes con AN buscan en el síntoma restrictivo-purgativo una salida en falso para alcanzar la individualidad. El síntoma se erige como un preciado espacio de control, tal vez el único posible frente a una madre tan absorbente y difícil de complacer.¹ Para romper esa relación simbiótica hace falta la presencia de un tercero, representado por la figura paterna.²³ Esta ruptura no suele darse en aquellas familias que presentan un miembro con TCA.

Ammaniti y cols., confirmaron una asociación significativa entre las características sintomáticas específicas de las madres (actitudes alimentarias alteradas, ansiedad, depresión, hostilidad), de sus hijas (ansiedad, depresión, quejas somáticas y conducta agresiva) y sus modos relacionales disfuncionales durante la alimentación.²⁵ Una madre ansiosa frente a sus propios hábitos alimentarios, con síntomas anoréxicos o bulímicos (activos o no durante el período del embarazo y los primeros años de crianza) e insatisfecha con su corporalidad, puede interferir seriamente en la alimentación de sus hijas, pudiendo contribuir a la aparición de alteraciones de la alimentación en la niña o a un TCA en la adolescencia.¹

La influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijas puede provenir de la importancia que le dan a la apariencia y a la conducta alimentaria, o bien a la persuasión que éstas llevan a cabo para que sus hijas pierdan y/o controlen su peso. El miedo de ser o convertirse en obesas también hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijas, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación.²²

Algunos autores han encontrado que las madres con hijas con TCA llevan más tiempo preocupadas por las dietas y tienen más conductas alimentarias anormales. También tienen una preocupación exagerada por los horarios de las comidas, no percibiendo las señales de hambre de sus hijos.²²

La tendencia de las madres a internalizar los mensajes de los medios de comunicación en relación a la delgadez y belleza es significativa para la predicción y probabilidad de tener hijas con TCA. McCabe y cols., señalan que las actitudes reflejadas por madres sobre la apariencia, la dieta y el ejercicio comunicaban a sus hijas mensajes dirigidos a perder peso fomentando la insatisfacción por su IC.²⁵ Con respecto a ésta última, no existe un consenso científico sobre qué es o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella. Paul Schilder en su libro “The Image and Appearance of the Human Body” de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos: “...La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos...”. Schilder es pionero en el análisis multidimensional del concepto de IC, el cual habla de la existencia de una amplia gama de factores que influyen en la forma en que una persona evalúa su IC.²⁶

Thompson, concibe el constructo de IC constituido por tres componentes: ²⁷

- Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.²⁶
- Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones, valoraciones ²⁷, creencias y pensamientos ²⁶ que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej. satisfacción, preocupación, ansiedad).²⁷ Para Pruzinsky y Cash, la IC que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad.²⁶
- Un componente conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.²⁷ Por ejemplo, evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que disimulan ciertas partes del cuerpo.²⁶

La IC influye en el comportamiento y el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos nuestro cuerpo. La misma está socialmente determinada, no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias y de las influencias sociales.²⁷

Los patrones estéticos corporales, sin duda, son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico²⁸ y son transmitidos a los individuos por diferentes fuentes como la familia, grupo de pares y medios de comunicación masiva. Durante las últimas décadas, se ha experimentado un cambio en la valoración de las dimensiones corporales femeninas. Actualmente, el modelo de belleza corporal ideal se caracteriza por un cuerpo delgado. Este patrón estético corporal es establecido y compartido socialmente, por consiguiente, ejerce una presión sobre la población²⁹, vale aclarar que estas presiones afectan más a las mujeres que a los hombres, y de igual manera son dirigidas por los hombres hacia las mujeres, reflejando un claro ejercicio del poder, donde los cuerpos de las mujeres son cuerpos para otros.³⁰ Las teorías socioculturales de la IC sugieren que el descontento con el físico se debe a ideales de belleza irrealistas.²⁹

La delgadez se ha establecido como un valor altamente positivo, una meta a alcanzar, un modelo corporal a imitar y un criterio central de la evaluación estética del propio cuerpo. Ser delgada es equiparable al triunfo, al éxito, al ser mujer “como hay que serlo” y a una demostración del control sobre una misma. Por el contrario, no ser delgada implica un fracaso, frustración, ineficacia, inseguridad, ser diferente, no agradar ni estar satisfecha y, en general, baja autoestima.³¹ Esta preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica.³² El anhelo por conseguir un cuerpo delgado puede provocar un gran trastorno emocional e interferir en la vida diaria.²⁹

Se sabe que la mayoría de las personas se encuentran inconformes con alguna parte de su cuerpo, sin embargo esto no ha sido motivo para que realicen estrategias de modificación corporal ni cambien su vida cotidiana, a esto se le conoce como malestar normativo.³³ Mientras que insatisfacción con la IC es cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal³⁴ generando un conjunto de emociones, actitudes y pensamientos negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Según Thompson, es importante diferenciar “alteración de la IC” con

“insatisfacción con la IC”, porque el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos, por ejemplo, la distorsión perceptual.²⁶ Al mismo tiempo, la insatisfacción con la IC es considerada un componente básico de los TCA, ya que desempeña un papel relevante tanto en la predisposición como en su mantenimiento.³¹

En el año 2006, Lora y Saucedo analizaron la relación entre el peso corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción con la IC en mujeres de entre 25 y 45 años de edad. Los resultados indicaron que ocho de cada diez mujeres se encontraban insatisfechas con su IC; de ellas, sólo el 9% querían ser más robustas y el resto adelgazar, pese a que poco más de la mitad (54%) tenían un peso normal; otro dato relevante es que el 43% de las mujeres satisfechas con su IC se ubicó en la categoría de bajo peso.³¹

Una gran preocupación por la apariencia física puede traer como consecuencia conductas de control del peso.³⁵

Las prácticas alimentarias son formas socialmente aprendidas de hacer en lo cotidiano en relación a la alimentación. Abarcan qué se come, cómo se come, cuánto se come, con quién se come, formas de preparación y de consumo de los alimentos, y comensalidad. Éstas incorporan los factores socioculturales internalizados en los sujetos y constituyen las maneras de pensar, creencias y valores en relación a la alimentación, es decir, las representaciones sociales. Según esta definición las prácticas alimentarias no se reducen a los hábitos alimentarios, que son únicamente los aspectos más observables.¹³

Al hablar de prácticas alimentarias de riesgo se hace referencia a aquellas que pueden contribuir a la aparición de un TCA. En esta tesis se abordará como prácticas alimentarias de riesgo: la conducta dietante, las conductas alimentarias de riesgo, la comensalidad familiar alterada, y el registro hambre-saciación alterado.

Conducta dietante

El término dieta viene del griego “diaita”, que se refiere a modo de vida. Las dietas son formas disciplinarias y de control, establecidas con base en valores normativos. En nombre de las dietas se siguen procedimientos estrictos y exigentes, y se sufren privaciones no pocas veces extremas y peligrosas. Las dietas se empiezan, se abandonan y se cambian sin muchas explicaciones y razones; se hacen dietas por recomendaciones de amigas, de programas de televisión o de radio. Las dietas se

heredan, se transmiten de generación en generación, se aprenden en familia. En el hogar, las jóvenes imitan a las personas mayores y, cuando éstas siguen dietas, es más probable que ellas terminen haciendo lo mismo.³⁰ Pike y Rodin, hallaron que las madres de hijas con TCA llevaban preocupadas más tiempo por las dietas y tenían más conductas alimentarias anormales que las demás madres. Fulkerson, McGuire, Neumark-Sztainer y cols. demostraron que las madres que hacen dieta tienen una mayor preocupación por el peso de sus hijos adolescentes. Por otro lado, la presencia o el miedo a la obesidad en la madre determina sus propias conductas (llevar a cabo dietas, usar conductas compensatorias inadecuadas) y los mensajes que envían a sus hijos respecto al peso y la figura corporal.¹⁶

Las dietas reflejan el dominio y el control que un individuo tiene de su cuerpo.³⁰ La realización de éstas constituye un intento de paliar la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad.³² Se conoce que las personas que más frecuentemente restringen su alimentación son aquellas que muestran insatisfacción con su IC, y que tal condición se encuentra íntimamente ligada a los TCA.³⁶

En una investigación que se llevó a cabo en el País Vasco durante el curso escolar 2002-2003 sobre hábitos de la conducta alimentaria en adolescentes, se encontró que el 21% de los encuestados habían realizado alguna vez dieta para perder peso y el 55% seleccionaba los alimentos que consumía en función de su aporte calórico.³⁵ En el estudio de Torresani, realizado en el año 2003, en la Universidad de Buenos Aires, con 158 estudiantes de la Escuela de Nutrición, se encontró que el 64% de las estudiantes consumía productos dietéticos y el 22% llevaba a cabo un régimen hipocalórico.³⁶

Conductas alimentarias de riesgo

La dieta restrictiva parece ser el factor que se muestra con mayor frecuencia; sin embargo, existen algunas conductas que pueden acompañarla para controlar el peso, como el uso de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio excesivo, vómito autoinducido,³⁶ ayuno, ingesta descontrolada de alimentos y sentimiento de culpa luego de comer. Estas conductas alimentarias son denominadas de riesgo. De acuerdo con la literatura especializada, este término engloba a un conjunto de comportamientos alterados de la ingesta de alimentos que no satisfacen los criterios diagnósticos para ser considerados TCA.³⁷

Un estudio realizado en una universidad pública de Mérida Yucatán en el año 2008, con 111 estudiantes de la Licenciatura en Nutrición, de los cuales el 81% fueron mujeres y el 19% varones, cuyo promedio de edad fue de 20 años, encontró que el 2.4% de las mujeres se autoindujeron el vómito, el 0.5% tomaron laxantes, el 1.1% utilizaron diuréticos, el 2.3% realizaron ayuno y dieta restrictiva, y el 4.9% realizaron ejercicio físico excesivo.³⁶

Con respecto a la ingesta descontrolada de alimentos, en el estudio de Lora-Cortéz y Saucedo-Molina, realizado en el año 2006 con 659 mujeres de 25 a 45 años de edad, el 12% presentó esta conducta alimentaria de riesgo. No se encontraron investigaciones que hablen específicamente sobre el sentimiento de culpa luego de comer.³⁸

Comensalidad familiar alterada

La comensalidad es compartir la comida, es sentarse a degustar juntos alimentos. En la familia, se rescata el sentarse a la mesa como escenario privilegiado para la reunión en el hogar donde quedan en evidencia encuentros y desencuentros, intercambio de afectos y modos de convivencia.¹³ La vulnerabilidad a la AN o a la BN vienen tanto de la ausencia de una alimentación estructurada, como de la ausencia de un afecto relacional expresado.³⁹ Se sabe que los jóvenes que participan con mayor frecuencia en comidas familiares, con un ambiente positivo y estructurado, son menos propensos a desarrollar un TCA.²² Sin embargo, en los últimos años, de las comidas en familia en su espacio tradicional, se ha pasado a la comida individual o entre amigos o compañeros, en oficinas, colegios u otros espacios,³⁰ lo cual podría constituirse como un factor de riesgo para desarrollar TCA.

En la mayoría de las culturas y grupos sociales, las mujeres son las responsables de la alimentación cotidiana. Esta responsabilidad femenina tiene que ver con la transmisión natural de los trabajos domésticos a las mujeres y, en particular, con la asunción, también natural, de cuidar a los miembros del grupo doméstico, de nutrirlos y de ofrecerles alimentos listos para consumir.¹³ Por lo tanto es importante tener en cuenta cómo lleva adelante esta “responsabilidad” la madre de una adolescente que presenta un TCA, es decir, cómo selecciona los alimentos, los prepara y cocina, la cantidad y forma en que se sirven o si todos comen lo mismo, ya que la comensalidad y la alimentación familiar puede constituirse como un factor protector o de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA.

En un estudio basado en adolescentes de escuelas secundarias públicas participantes del Proyecto EAT (Eating Among Teens) en EE.UU. en el año 2004, se observó que el 18.1% de las niñas que informaron realizar de 1–2 comidas familiares por semana presentaron mayor control de su peso en comparación con el 8.8% de las niñas que informaron 3–4 comidas familiares por semana. En el mismo se concluyó que los adolescentes que notificaban comidas familiares más frecuentes, un ambiente positivo y un entorno familiar más estructurado tenían menos probabilidades de tener TCA.⁴⁰

Registro hambre-saciación alterado

La alimentación diaria está regida por las sensaciones que nos da el cuerpo de hambre y saciedad, pero muchas veces al no controlar las emociones y ubicar su origen, este hambre y saciedad que debería sentirse, se distorsiona con las emociones que no son bien canalizadas.⁴¹

La sensación de hambre se define como un deseo imperioso de alimentos y otros efectos fisiológicos, como contracciones rítmicas del estómago y agitación que impulsan la búsqueda del alimento. Si esto surte efecto, aparece una sensación de saciación. Todas estas sensaciones dependen de factores ambientales y culturales y también de elementos fisiológicos que regulan centros concretos del encéfalo, en particular, el hipotálamo.⁴² La ingestión de alimentos se encuentra regulada por dos límites: el límite fisiológico de hambre y saciedad, y el límite psicológico o cognitivo, que no es controlado por parámetros fisiológicos sino por factores de índole psicosocial. La alimentación normal ocurre dentro de los límites fisiológicos de hambre-saciedad. Cuando existe una patología alimentaria, las personas regulan su alimentación por motivaciones psicológicas.⁴³

Realizar una dieta restrictiva predispone a eliminar la percepción de hambre-saciedad, y supone aprender a no hacer caso a las señales internas del organismo, generando confusión y miedo a excederse en la ingesta, lo que lleva a reforzar el control de lo que se come.³⁹

No se encontraron antecedentes de investigaciones que hayan estudiado esta variable.

La mayoría de los estudios consultados sobre TCA, son realizados en poblaciones de adolescentes y/o jóvenes, existiendo pocas investigaciones que aborden a las madres. Considerando la evidencia anteriormente expuesta, sobre la importancia que tienen las prácticas alimentarias de las madres y la valoración que éstas tienen de su IC como factores protectores o predisponentes de un TCA en su descendencia, se decidió realizar el presente estudio centrado su atención en este grupo.

5. Hipótesis

- ❖ Las prácticas alimentarias de riesgo son frecuentes en las madres de adolescentes femeninas con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.
- ❖ La insatisfacción con la imagen corporal es frecuente en las madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.

6. Variables

- ❖ PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.
- ❖ IMAGEN CORPORAL

7. Diseño Metodológico

7.1 Tipo de Estudio: Cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.

7.2 Universo: Todas las madres de pacientes adolescentes femeninas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón o Trastorno Alimentario No Especificado) que asistieron al centro de salud privado “Conciencia” de la ciudad de Córdoba, en el año 2019.

7.3 Muestra: Conformada por las madres de adolescentes femeninas en tratamiento de TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón o Trastorno Alimentario No Especificado) en el centro de salud privado “Conciencia” de la ciudad de Córdoba y consintieron participar en el presente estudio, en el año 2019. La muestra fue captada por conveniencia no probabilística.

7.4 Criterio de inclusión: Madres de adolescentes femeninas con diagnóstico de TCA (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón o Trastorno Alimentario No Especificado) en tratamiento en el centro de salud privado “Conciencia”, en el año 2019.

8. Operacionalización de Variables

- ❖ **PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO:** Conducta dietante, registro hambre-saciación alterado, comensalidad familiar alterada y conductas alimentarias de riesgo (ayuno voluntario, toma de laxantes/diuréticos u otras sustancias para controlar el peso, sentimiento de culpa luego de comer, autoinducción del vómito, realización de actividad física en exceso luego de las comidas, ingesta descontrolada de alimentos).
- ❖ **IMAGEN CORPORAL:** Imagen corporal percibida, imagen corporal deseada, insatisfacción con la imagen corporal.

VARIABLE	DEFINICIÓN
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	Las prácticas alimentarias son formas socialmente aprendidas de hacer en lo cotidiano en relación a la alimentación, que abarcan: qué se come, cómo, cuánto y con quién, formas de preparar y consumir alimentos, y prácticas de la comensalidad. ¹³ Al hablar de prácticas alimentarias de riesgo se hace referencia a aquellas que pueden contribuir a la aparición de un TCA. En esta tesis se abordará como prácticas alimentarias de riesgo: la conducta dietante, las conductas alimentarias de riesgo, la comensalidad familiar alterada, y el registro hambre-saciación alterado.
IMAGEN CORPORAL	Es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. Como consecuencia de esto, la IC está influenciada por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales. ³⁴

	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	INDICADORES	
<p>PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO</p>	<p>CONDUCTA DIETANTE</p>	<p>Es una conducta que se caracteriza por el seguimiento constante y obsesivo de una dieta sin tener en cuenta que la misma sea saludable o no. Lo padecen aquellas personas que realizan por lo menos 3 dietas formales al año y generalmente pasan la mayor parte del tiempo cuidándose en las comidas.¹³</p>	<p>-Realización habitual de dietas</p>	<p>Sí/No</p>
			<p>-Número de dietas al año</p>	<p>Menos de 3 dietas diferentes/ 3 dietas diferentes/Más de 3 dietas diferentes</p>
			<p>-Eliminación de algún alimento de la dieta</p>	<p>Harinas/Grasas y aceites/Azúcar/Otros/Ninguno</p>
			<p>-Dieta prescrita por un Licenciado en Nutrición</p>	<p>Sí/No</p>
			<p>-Consideración de las calorías de los alimentos que se consumen</p>	<p>Si/No/A veces (Dependiendo el alimento)</p>
			<p>-Limitación de la cantidad de comida ingerida en el día para influenciar en el peso</p>	<p>Sí/No</p>

	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	INDICADORES	
	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	REGISTRO HAMBRE-SACIACIÓN ALTERADO	La sensación de hambre se asocia con un deseo imperioso de alimentos y otros efectos fisiológicos, como contracciones rítmicas del estómago y agitación que impulsan la búsqueda del alimento. Si la búsqueda del alimento surte efecto, aparece una sensación de saciación. Todas estas sensaciones dependen de factores ambientales y culturales y también de elementos fisiológicos que regulan centros concretos del encéfalo, en particular, el hipotálamo. ⁴² Muchas veces al no controlar las emociones y ubicar su origen, este hambre y saciedad que debería sentirse, se altera con las emociones que no son bien canalizadas. ⁴¹	-Reconocimiento de la sensación de hambre
-Reconocimiento de la saciación				Sí/No
-Mantenimiento de la ingesta a pesar de la sensación de saciación				Sí/No/A veces
-Mantenimiento de la no ingesta a pesar de la sensación de hambre.				Sí/No/A veces
COMENSALIDAD FAMILIAR ALTERADA		La comensalidad familiar es compartir la comida, es sentarse a degustar juntos alimentos. ¹³ Con comensalidad familiar alterada se hace referencia a la ausencia de una alimentación estructurada y de un afecto relacional expresado ³⁹ durante las comidas, como así también la individualización de las mismas. ¹³	-Comensalidad en las comidas	Hijos/Hijas/Pareja/Otros familiares/Otras personas (no familiares) /Come sola
			-Quién está a cargo de la preparación de las comidas	Usted/Pareja/Hijo/a/Otros familiares/Otra persona (no familiar)

	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	INDICADORES	
	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	Alteración del conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. ⁴⁴	-Ayuno voluntario
			-Sentimiento de culpa luego de comer	Sí/No
			-Autoinducción del vómito	Sí/No
			- Toma de laxantes/ diuréticos u otras sustancias para controlar el peso	Sí/No
			- Realización de actividad física en exceso luego de las comidas	Sí/No
			-Ingesta descontrolada de alimentos	Sí/No

	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	INDICADOR
IMAGEN CORPORAL	IMAGEN CORPORAL PERCIBIDA	Imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo. ¹³	Bajo peso/ Normopeso/Sobrepeso/Obesidad
	IMAGEN CORPORAL DESEADA	Estándar ó ideal de belleza que se establece con el paso del tiempo en las distintas sociedades y épocas. ⁴⁵	Bajo peso/ Normopeso/Sobrepeso/Obesidad
	INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	Cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal ³⁴ generando un conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. ²⁶	Sí/No

9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En primera instancia, se concurrió al Centro de Salud privado “Conciencia”, allí se les explicó a las madres los objetivos de la investigación, asegurando que comprendieran la información. Se les preguntó si querían participar de la misma, a aquellas que aceptaron se les entregó el Consentimiento Informado (CI) para que lo lean y lo firmen, y así pudieran responder la encuesta. Se trabajó únicamente con aquellas madres que firmaron y entregaron el CI. Para las madres del interior o aquellas que no acompañaban a sus hijas al centro de salud, se les envió la encuesta online a través de un formulario de Google, considerando su consentimiento al contestar la encuesta.

- ❖ Técnica de recolección de datos: Encuestas autoadministradas.

- ❖ Instrumentos de recolección de datos:

- Cuestionario cerrado con preguntas dicotómicas y categóricas de elección múltiple para las variables: Prácticas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de la madre. **(Ver Anexos)**. El mismo fue AD-HOC, y se realizó una prueba piloto con personas ajenas a la investigación con el objetivo de comprobar que éste sea de fácil comprensión.

- Test de siluetas para la variable insatisfacción con la Imagen Corporal: Este instrumento permite medir la IC de manera fiable y sencilla. Las personas deben elegir la figura que más se aproxima a su silueta y también la silueta a la que les gustaría parecerse. Los resultados ofrecen tres medidas:

La imagen actual, la Imagen Deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la IC. Si la discrepancia es igual a 0 la persona está satisfecha con su IC, si el valor es positivo ó negativo, la persona está insatisfecha.⁴⁶ **(Ver Anexos)**.

10. Procedimientos del trabajo de campo

Se contactó con Conciencia a través de la Licenciada en Nutrición Silvana Caglieri, quien acompañó todo el proceso del TIL. Se pidió autorización a través de una nota enviada a la dirección del centro de salud para llevar adelante la investigación en dicho lugar. Una vez concedido el permiso, se prosiguió a realizar las encuestas a las madres que acompañaban en el tratamiento de TCA a sus hijas adolescentes. En el caso de aquellas madres que vivían en el interior o no acompañaban a sus hijas al centro, se pidió el contacto (número de celular o e-mail) con el fin de enviarles la encuesta en un formulario de Google para que contesten vía online. Del total de encuestas realizadas, 17 fueron contestadas virtualmente a través de formularios de Google que contenían exactamente las mismas preguntas que los otros 6 cuestionarios entregados personalmente. A estas últimas se les entregó una hoja de información y un consentimiento informado para que firmen en caso de aceptar participar.

11. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados se cargaron en una base prediseñada para tal fin y se analizaron con el programa P.S.P.P para Windows 1.2.0. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo a través de la construcción de tablas y gráficos de distribución de frecuencias (absolutas y relativas). Se realizó con el objetivo de comprobar si las prácticas alimentarias de riesgo y la insatisfacción con la imagen corporal son frecuentes en las madres de adolescentes femeninas con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al centro de salud privado "Conciencia" de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.

12. Consideraciones éticas

Las madres recibieron información completa de los objetivos del estudio, las consideraciones sobre beneficios y riesgos por su participación, las garantías ofrecidas en el manejo de los datos, el derecho de no participar y la posibilidad de dejar de responder cuando lo decidan.

Confidencialidad: Los formularios no tenían datos de identificación directa de las madres ni de las adolescentes tales como el nombre o el DNI. Las bases de datos informatizadas tampoco incluyeron datos personales identificables. La información fue tratada conjuntamente. No se divulgaron datos de manera individual.

Derechos y garantías de no participación: Las madres controlaban absolutamente la decisión de participar o no en el estudio de acuerdo a sus valores, intereses y preferencias. Se asumió que las mujeres respondieron el cuestionario aceptando participar una vez que fueron informadas adecuadamente.

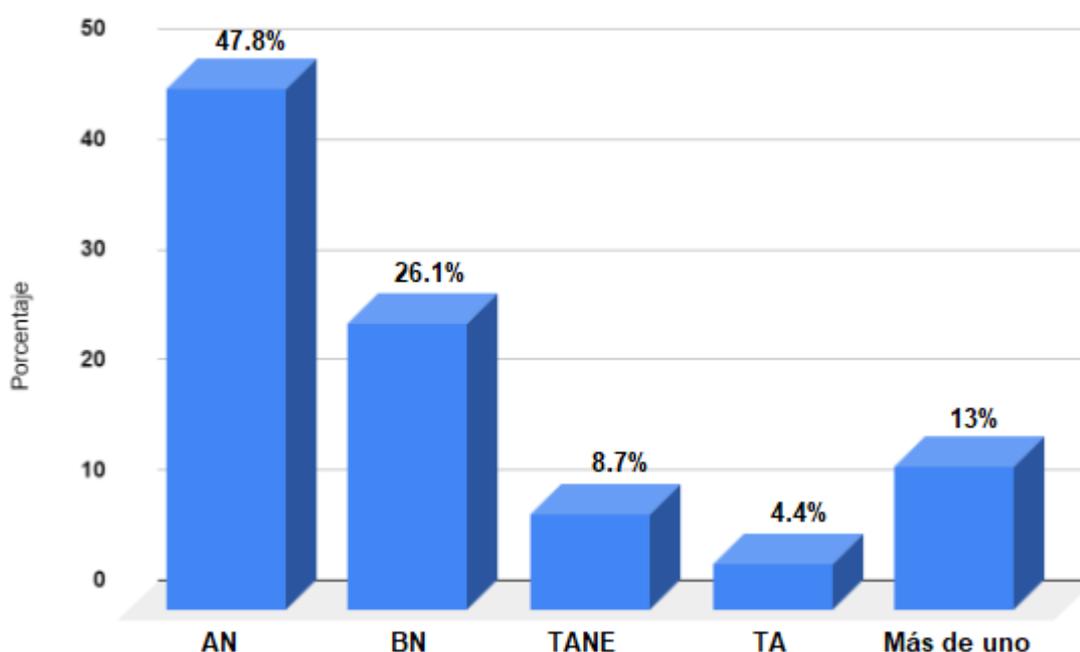
13. Resultados

La muestra final quedó conformada por 23 madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten al Centro de Salud Privado “Conciencia” en el periodo julio-agosto 2019. De la totalidad de madres con las que se iba a trabajar (n=28) cinco quedaron excluidas de la investigación por negarse a participar.

- **Descripción de la muestra según edad**

El promedio de edad de las madres encuestadas es de 49.43 años, mientras que el promedio de edad de sus hijas es de 19.87 años.

Gráfico 1. Diagnóstico de las Adolescentes

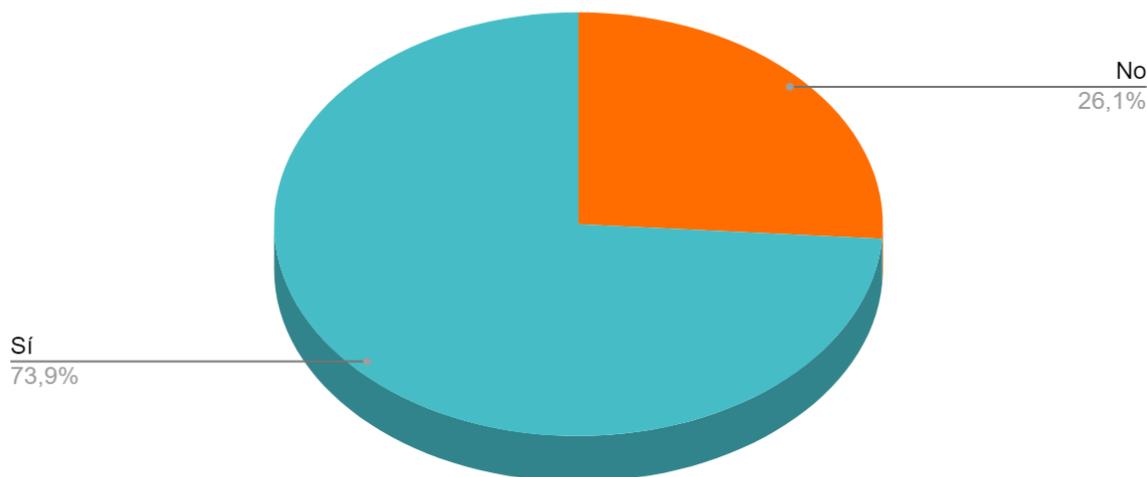


Del total de las adolescentes, el 47.8% padece Anorexia Nerviosa. Hay dos casos de Trastorno Alimentario No Especificado que corresponde al 8.7% del total. Con respecto al Trastorno por Atracón hay un solo caso, representando el 4.4%. El 26.1% de las adolescentes presenta Bulimia Nerviosa. El 13% presenta más de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En cuanto a la AN, se presenta un caso de tipo purgativa, siendo los restantes de tipo restrictiva. Los casos de TANE corresponden a AN atípica. Con respecto a la BN no hay distinción de subtipo (tipo purgativa ó tipo no purgativa). Por último, dentro del grupo “más de uno”, hay dos casos que afirman presentar AN y BN conjuntamente, y un caso donde afirma presentar AN, BN y TA al mismo tiempo.

- **Conducta Dietante**

Gráfico 2. Frecuencia de madres que habitualmente realizan dieta



Del total de las madres encuestadas, el 73.9% ha realizado alguna vez dieta, mientras que un 26.1% niega haber hecho una. De quienes han realizado dieta, el 17.6% ha probado más de tres diferentes en el plazo de un año y el 82.4% afirma haber realizado menos de tres diferentes en el periodo de un año. El 56.3% de estas madres no ha consultado con un/a Licenciado/a en Nutrición.

Tabla 1. Frecuencia de motivos por los cuales las madres realizan dieta

Motivos de realización de dieta			
Estéticos	Salud	Estéticos y salud	Enfermedad
82.4%	5.9%	5.9%	5.9%

De acuerdo a los motivos por los cuales han realizado dieta, la mayoría ha sido para bajar de peso por motivos estéticos (82.4%), seguido por motivos de salud, por motivos estéticos y de salud, y por alguna enfermedad presente como diabetes, hipertensión, problemas gástricos, entre otras (5.9%).

Tabla 2. Frecuencia de madres que suelen evitar algún alimento

Alimentos que se evitan	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	5	21.7%
Uno	7	30.5%
Dos ó más	11	47.8%

De las madres encuestadas, el 47.8% afirma que evita dos o más tipos de alimentos (harinas, azúcar, grasas y aceites, carnes). El 30,5% restringe un solo tipo de alimento de los anteriormente mencionados y el 21,7% no evita el consumo de ninguno de estos. El azúcar, seguido de las harinas, son los alimentos que se eliminan con mayor frecuencia en esta muestra.

Gráfico 3. Frecuencia de madres que realizan conteo de calorías

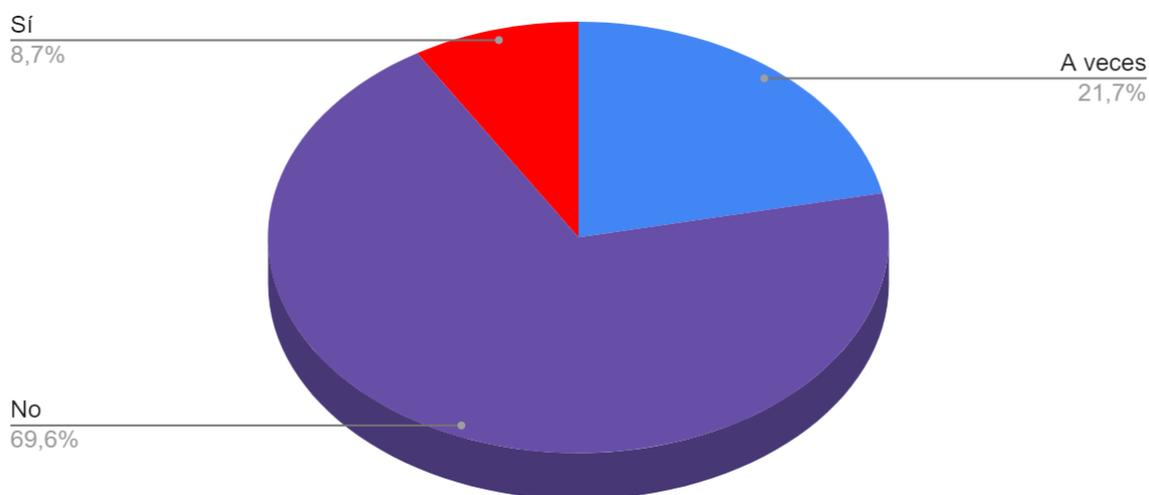
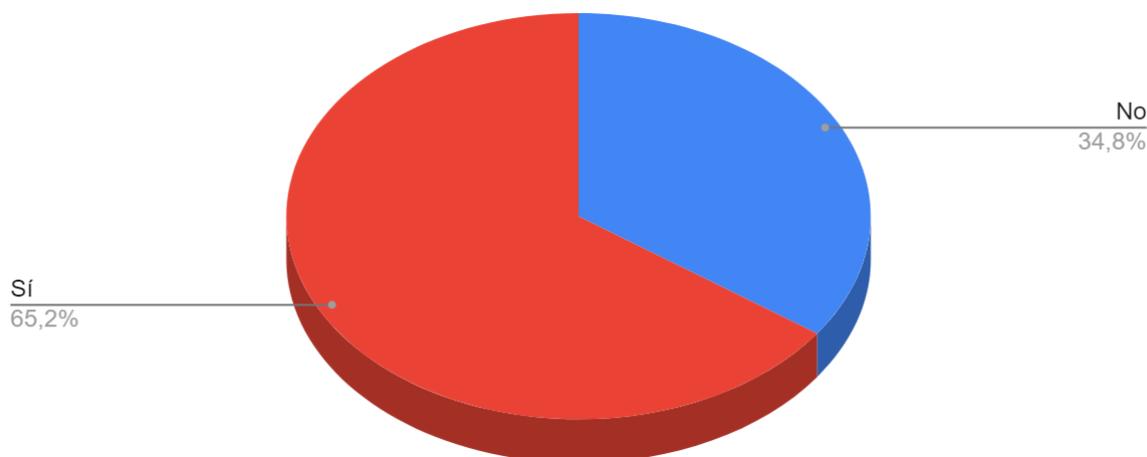


Gráfico 4. Frecuencia de madres que limitan la cantidad de comida ingerida en el día para influenciar en el peso



La mayoría de las madres niega tener en cuenta las calorías de los alimentos, sin embargo, el 65,2% limita su ingesta diaria de alimentos para influir en su peso o figura.

● **Registro hambre-saciación alterado**

	Reconocimiento de la sensación de hambre	Reconocimiento de la saciación	Mantenimiento de la ingesta a pesar de la sensación de saciación	Mantenimiento de la no ingesta a pesar de la sensación de hambre
Sí	95,7%	91,3%	----	13%
No	4,3%	8,7%	47,8%	69,6%
A veces	----	----	52,2%	17,4%

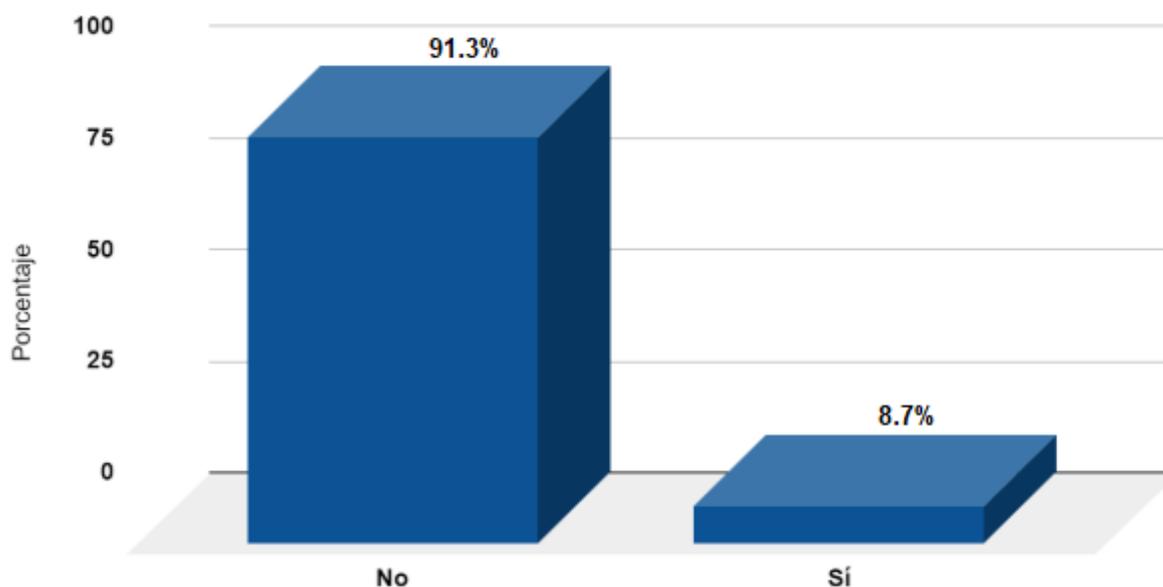
● **Comensalidad familiar alterada**

El 69.6% de las madres encuestadas come siempre acompañada, ya sea por los hijos, pareja, otro familiar u otras personas. Un 30.4% realiza sus comidas acompañadas y a veces sola.

En la mayoría de los casos (60.9%), las comidas son preparadas por las mismas madres u otra persona (pareja, hijo/a, otro familiar, amigas, empleada doméstica).

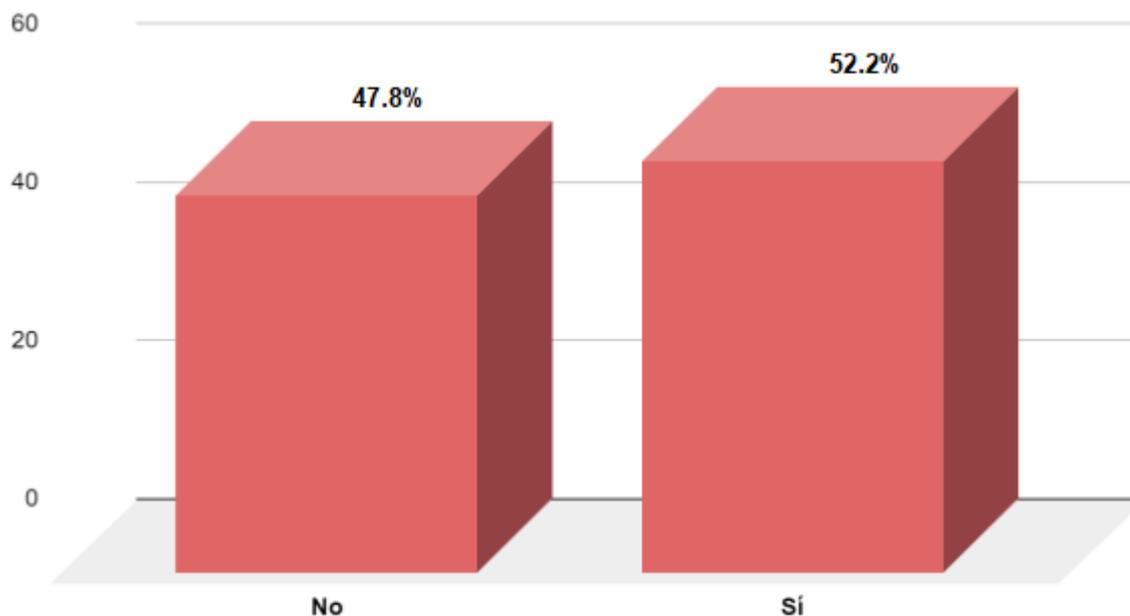
- **Conductas alimentarias de riesgo**

Gráfico 5. Frecuencia de madres que realizan ayuno voluntario



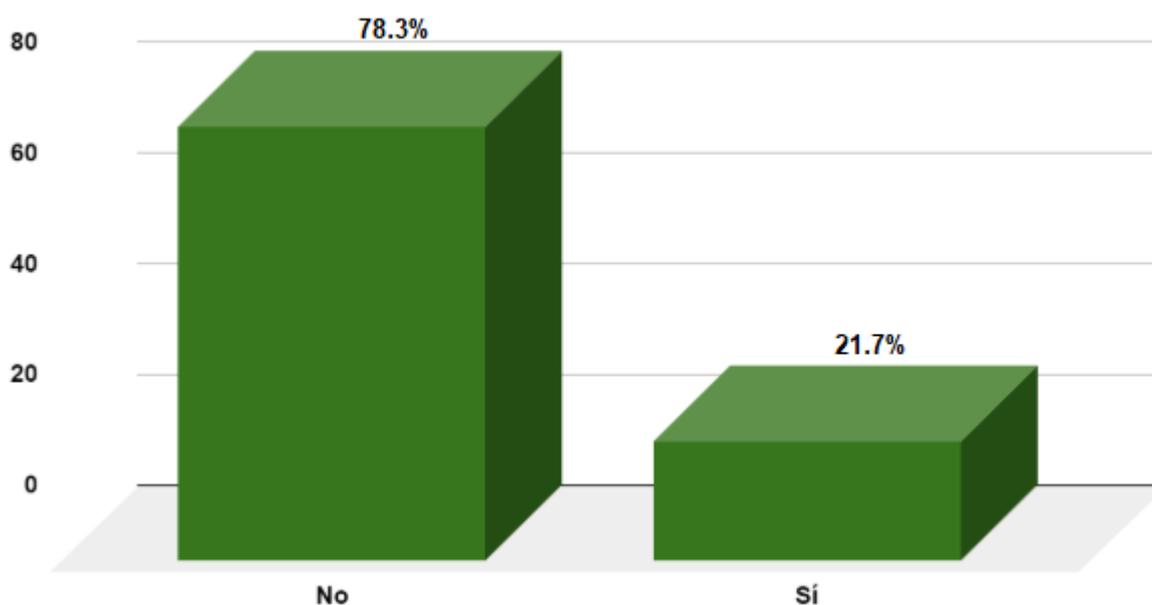
Del total de las madres, el 91.3% niega haber realizado ayuno voluntario para influir en su peso o figura. Sólo el 8.7% ha pasado largos periodos de tiempo sin comer voluntariamente.

Gráfico 6. Frecuencia de madres con sentimiento de culpa luego de comer



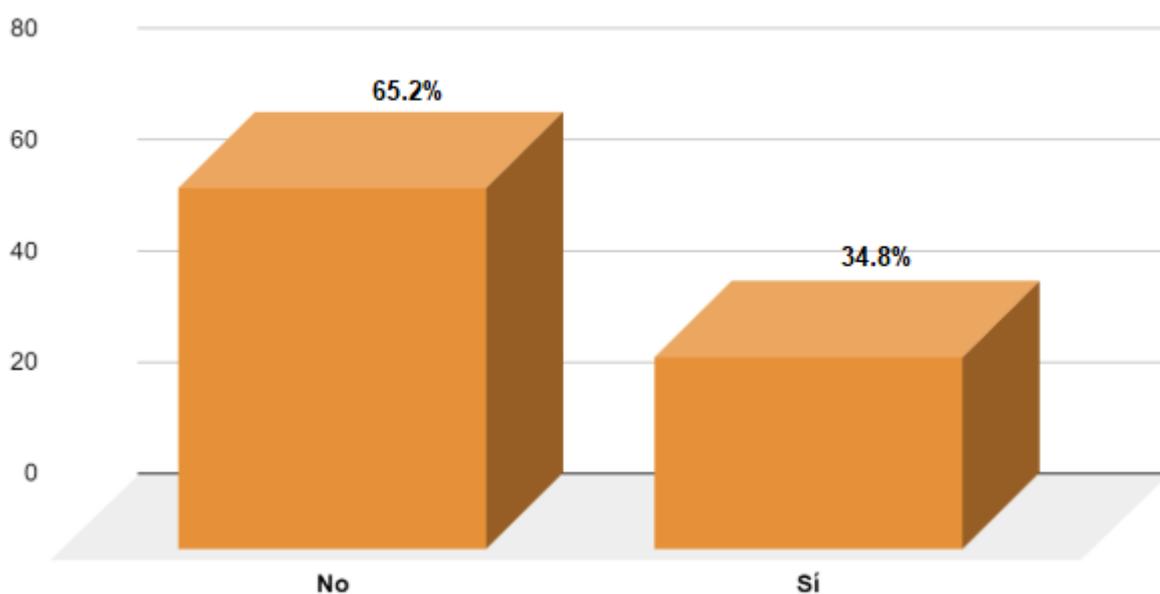
El 52.2% de las madres ha sentido culpa alguna vez luego de comer.

Gráfico 7. Frecuencia de madres que se han autoinducido el vómito



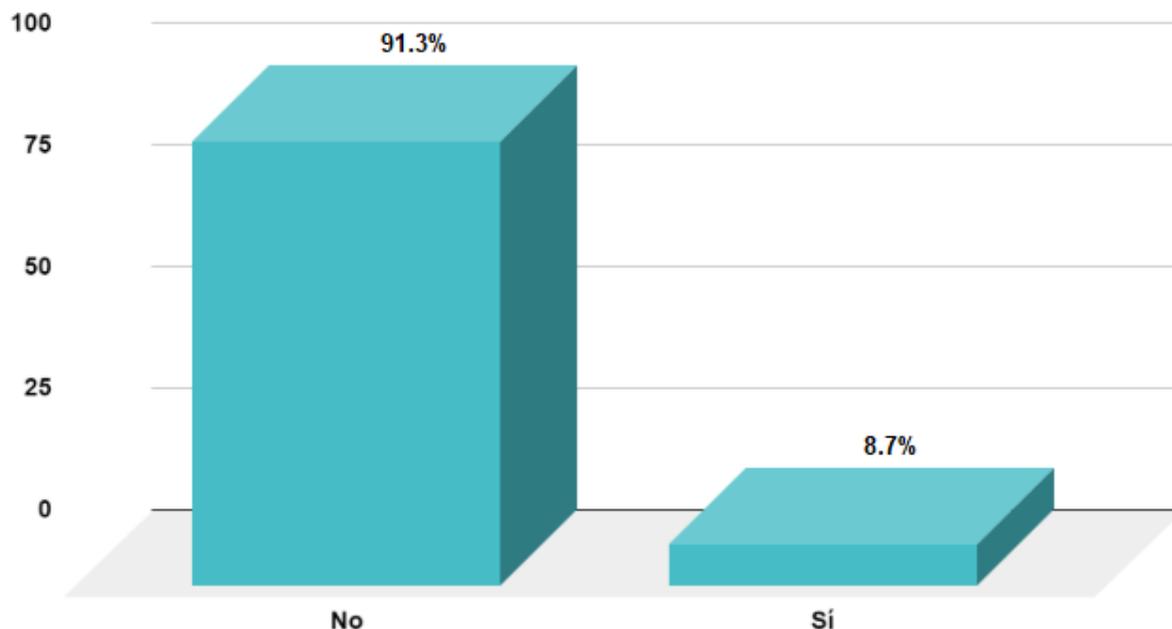
La mayoría de las encuestadas (78.3%) refiere no haberse autoinducido el vómito para influir en su peso o figura. Sólo un 21.7% ha presentado esta conducta alimentaria de riesgo.

Gráfico 8. Frecuencia de madres que han tomado de laxantes/diuréticos u otras sustancias para controlar su peso



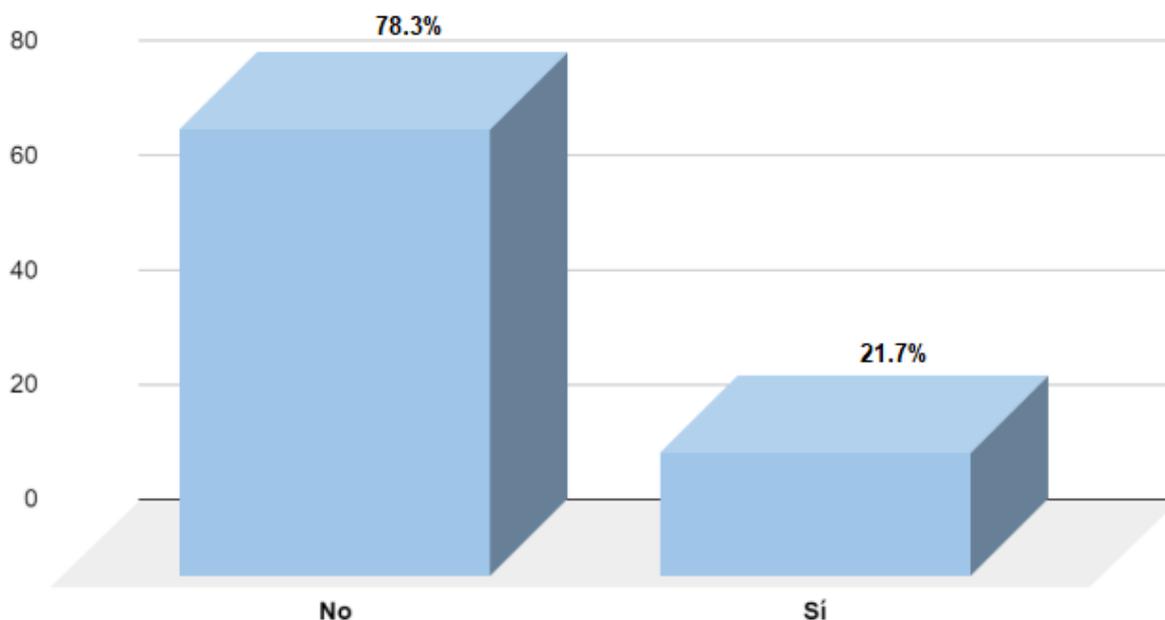
El 65.2% de las madres no ha utilizado ninguna sustancia para bajar o controlar su peso, mientras que un 34.8% afirma haberlo hecho (Sen, café o té verde, pastillas para adelgazar, mate, laxantes).

Gráfico 9. Frecuencia de madres que han realizado actividad física en exceso luego de comer



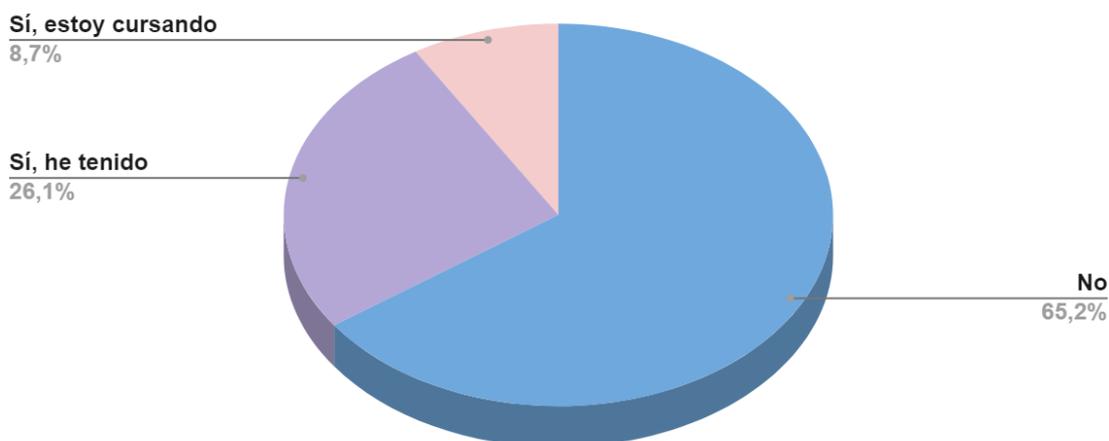
Dos casos (8.7%) han realizado actividad física en exceso luego de comer.

Gráfico 10. Frecuencia de madres que han tenido una ingesta descontrolada de alimentos



En cuanto a los atracones, el 21.7% afirma haber tenido algún episodio.

Gráfico 11. Frecuencia de madres que tienen o han tenido un Trastorno de la Conducta Alimentaria



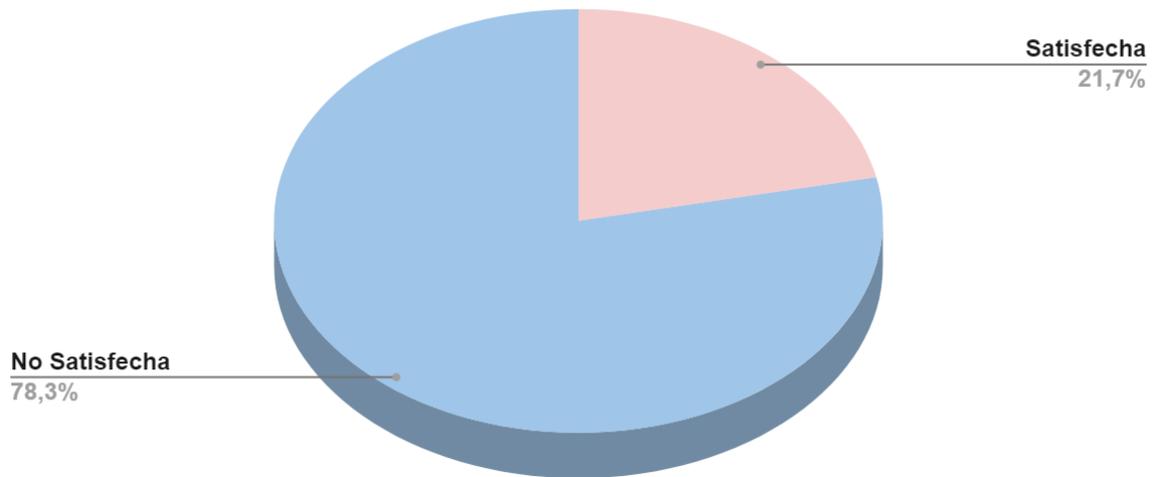
La mayoría de las madres (65.2%), niega haber tenido o estar cursando un TCA. Dentro del grupo de encuestadas que contestaron afirmativamente (34.8%), hay casos de BN, AN y TCA no diagnosticados por profesionales de la salud. Al preguntar sobre sus familiares (no hijas), el 43.5% afirma que algún pariente había realizado alguna dieta (padres, hermanas, tías, primas, sobrinas), contra el 56.5% que niegan este hecho. El 17.4% de las encuestadas contestó que algún familiar de ellas (aparte de sus hijas) ha tenido un TCA (sobrina, madre, hermana).

● **Imagen corporal**

IMAGEN CORPORAL							
Respuesta	Sentirse mal al verse reflejada en el espejo	Compararse desfavorablemente con personas delgadas	Evitar llevar ropa que marque su figura	Pensar en su figura ha interferido en la capacidad de concentración	Evitar ir a actos sociales por su figura	Creer que el cuerpo delgado es el ideal	Creer que la apariencia física es importante
Si	13%	17.4%	21.7%	13%	17.4%	34.8%	26.1%
No	30.5%	39.1%	47.9%	87%	82.6%	65.2%	73.9%
A veces	56.5%	43.5%	30.4%	-	-	-	-

El 13% de las madres encuestadas afirma sentirse mal al verse reflejada en un espejo y el 56.5% refiere haber tenido este sentimiento algunas veces. El 17.4% ha comparado desfavorablemente su figura con personas delgadas, mientras que el 43.5% ha realizado esta comparación algunas veces. La mayoría de las encuestadas (52.1%) alguna vez ha evitado llevar ropa que marque su figura. El 87% y 82.6% refiere que pensar en su figura no ha interferido en su capacidad de concentración ni en su asistencia a actos sociales respectivamente, mientras que al 13% y al 17.4% sí le ha sucedido. El 34.8% de las encuestadas cree que el cuerpo ideal es el delgado y el 26.1% considera que la apariencia física es importante al momento de conocer gente, contra un 65.2% que no cree que el ideal de belleza sea el delgado y un 73.9% que no considera que la apariencia física sea importante.

Gráfico 12. Frecuencia de madres que presentan Insatisfacción con la Imagen Corporal.



El 78.3% de las madres encuestadas presenta insatisfacción con la imagen corporal, mientras que el 21.7% se encuentra satisfecha.

14. Discusión

Este estudio estuvo conformado por 23 mujeres madres que cumplieron con el criterio de inclusión y que, luego de ser informadas, consintieron participar en esta investigación.

En cuanto al diagnóstico de las hijas, muchas madres contestaron que presentaban más de uno, sin embargo, nunca se diagnostica más de un TCA a la vez, sino que suele tratarse de un TCA que fue cambiando en el transcurso del tratamiento.⁴⁷ Por lo que se debería haber aclarado “Diagnóstico al momento del ingreso al tratamiento”.

Con respecto a la conducta dietante, del total de las madres encuestadas, el 73.9% ha realizado alguna vez dieta, lo cual representa un porcentaje mayor a los resultados encontrados en los estudios llevados a cabo con adolescentes en el País Vasco³⁵ y en Buenos Aires ³⁶. Aun así, se debe considerar que se tratan de poblaciones distintas a la de esta tesis.

La mayoría afirmó no haber realizado más de 3 dietas diferentes en el periodo de un año, sin embargo, llama la atención los motivos por los cuales han llevado adelante las mismas, representando el mayor porcentaje los motivos estéticos. Otro aspecto preocupante es el hecho de que más de la mitad de las madres que realizaron alguna dieta no consultaron con un/a Licenciado/a en Nutrición, teniendo en cuenta la importancia de este profesional para una alimentación y peso saludable.⁴⁸

Otro punto a considerar es que el 78.3% evita algún tipo de alimento para influir en su peso o figura, principalmente el azúcar, seguido por las harinas, dos de los alimentos más restringidos en las dietas no prescritas por nutricionistas.⁴⁹

La mayoría de las encuestadas negó tener en cuenta las calorías de los alimentos, sin embargo, más de la mitad limita su ingesta diaria para influir en su peso o figura, lo que podría significar que este grupo estaría teniendo en cuenta las calorías de forma inconsciente al limitar lo que comen durante el día (disminuyendo así las calorías diarias). Estos resultados se diferencian con los encontrados en los estudios del País Vasco³⁵ y de la Universidad de Buenos Aires ³⁶, donde más de la mitad tenía en cuenta el aporte calórico de los alimentos y consumía productos dietéticos.

Con respecto al registro hambre-saciación alterado, la mayoría de las madres afirmaron reconocer cuándo tienen hambre y cuándo se sienten satisfechas, y que no evitan comer a pesar de tener hambre. Más de la mitad contestó que a veces

continúa comiendo a pesar de sentirse “llena”, sin embargo, puede deberse a distintas situaciones y contextos (eventos sociales, un día en particular), y no necesariamente corresponderse a un atracón. Estos resultados no coinciden con lo expuesto por el estudio publicado por la Comunidad de Madrid ³⁹ ya que, si bien la mayoría realiza dietas, se puede decir que conservan su capacidad para reconocer el hambre y la saciación.

En cuanto a la comensalidad familiar, la mayoría de las madres comen con sus hijas. A pesar de que ésta se considera como un factor de protección para el desarrollo de TCA, tal como se encontró en el Proyecto EAT de EE.UU en el año 2004 ⁴⁰, en este caso, dado el análisis de los resultados de las encuestas realizadas, se puede considerar como un dato que requiere especial atención, ya que, las actitudes y formas de comportarse de los padres con respecto a la alimentación, influyen en la conformación de los comportamientos alimentarios de sus hijos a futuro ²², y la mayoría de las madres encuestadas realiza dieta, evita alimentos y limita su ingesta diaria. Además, en la mayoría de los casos, son ellas mismas las que refirieron preparar las comidas y, por lo tanto, quienes deciden sobre qué se come, calidad y cantidad, lo que coincide con lo publicado en el capítulo IV del libro “Una mirada psico-sociocultural de la nutrición”, donde se menciona la carga de trabajo doméstico que tienen las mujeres en la mayoría de las culturas y grupos sociales, incluyendo la alimentación cotidiana de Vaca Narvaja.¹³

De acuerdo a las conductas alimentarias de riesgo (ayuno voluntario, sentimiento de culpa luego de comer, autoinducción del vómito, uso de laxantes/diuréticos/u otras sustancias, realización de actividad física en exceso luego de las comidas e ingesta descontrolada de alimentos) se observó que la mayoría de las encuestadas respondió en forma negativa a casi todas estas conductas, lo cual contrasta con el estudio de Tejeda Alonso y Neyra²² que menciona que las madres con hijas con TCA tienen más conductas alimentarias anormales como ayuno voluntario, autoinducción del vómito, uso de laxantes/diuréticos/u otras sustancias. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado por Bojórquez et. al, en el año 2008 en una universidad pública de Mérida Yucatán con estudiantes de la Licenciatura en Nutrición.³⁶ Si bien la mayoría contestó negativamente, existe un porcentaje importante de madres que presentan estas conductas alimentarias de riesgo. Además, un resultado que llamó la atención fue el sentimiento de culpa post ingesta en el cual, más de la mitad de las madres,

respondió haberlo tenido.

Un dato a destacar es que el 34.8% de madres han tenido o tienen actualmente un TCA y un 17.4% contestó que algún familiar presenta o presentó uno, lo que preocupa debido a que, según los autores Betancourt, Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda ¹, esto puede contribuir a la aparición de alteraciones en la alimentación de las hijas o, en este caso, al desarrollo y mantenimiento de un TCA en la adolescencia. Al mismo tiempo, un porcentaje importante de parientes, principalmente mujeres (aparte de sus hijas) habían realizado alguna dieta, lo que reafirma el concepto de transmisión cultural por vía femenina.⁵

Sin embargo, según los profesionales del centro de salud Conciencia, muchas de las respuestas anteriores no reflejan lo que ven en la cotidianeidad con las encuestadas. Para ellos, las prácticas alimentarias de riesgo son más frecuentes de lo que han afirmado las madres. Esto podría darse por la estigmatización y sentimiento de culpa por tener una hija con un TCA.⁵⁰

Con respecto a la IC, el 69.5% de las encuestadas afirmó alguna vez haberse sentido mal al verse reflejada en un espejo. El 60.9% de las mismas, alguna vez ha comparado su figura desfavorablemente con personas delgadas, y más de la mitad alguna vez evitó llevar ropa que marque su figura. Sin embargo, la mayoría de las mujeres refirieron que pensar en su figura no interfirió en su capacidad de concentración ni en su asistencia a actos sociales. Asimismo, gran parte de ellas no consideró que el cuerpo ideal sea el delgado ni que la apariencia física sea importante a la hora de conocer gente.

A pesar de las respuestas anteriores, al realizar el test de siluetas de Stunkard y Sorensen, el 78.3% no se encontró satisfecha con su IC, seleccionando como deseada una figura más delgada que la autopercebida; es decir que existen contradicciones en cuanto a lo que realmente piensan sobre el cuerpo ideal y su importancia a la hora de conocer gente, y la selección de sus respuestas. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio realizado en México en el año 2007 de Lora y Saucedo, donde 8 de cada 10 mujeres de entre 25 y 45 años, se encontraban insatisfechas con su IC.³¹

15. Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal caracterizar la presencia/ausencia de las prácticas alimentarias de riesgo y de la insatisfacción con la imagen corporal en las madres de adolescentes femeninas con TCA que asisten al centro de salud privado “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019.

Luego de realizar el análisis estadístico de los datos, se pudo concluir que los resultados obtenidos aportan un mayor conocimiento acerca de las prácticas alimentarias y la IC de las madres.

Se puede decir finalmente, que la insatisfacción con la IC es frecuente en las madres de adolescentes con TCA que asisten al centro de salud privado “Conciencia”. En cuanto a la variable prácticas alimentarias de riesgo, se esperaba encontrar un porcentaje mayor, pero los resultados arrojaron que la misma no es frecuente en la mayoría de las encuestadas, a excepción de la dimensión “conducta dietante” y, dentro de la dimensión “conductas alimentarias de riesgo”, el sentimiento de culpa post ingesta, las cuales se observaron en un gran número de las mismas.

Es interesante resaltar que, durante la recolección de datos, se observó una movilización emocional por parte de algunas madres participantes invitando a la reflexión acerca del tema y de su posible influencia en la enfermedad de sus hijas.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se pueden mencionar aquellas de índole tecnológica, en los casos en que fue necesario enviar el cuestionario en formato digital, ya que se requería un mínimo conocimiento informático. Otra limitación fue el abordaje de un tema delicado, complejo y difícil de tratar como es un trastorno alimentario, con toda su implicancia emocional y psicológica. Además, se debe considerar que las madres pudieron haber respondido las preguntas condicionadas por conocer a los profesionales de la institución y su forma de trabajar. Por último, al estar la muestra conformada solamente por las madres que acompañaron en el tratamiento de TCA a sus hijas, de un solo centro de salud de la Ciudad de Córdoba y en un período de tiempo determinado, los resultados no son representativos y limitan la validez externa de los mismos.

Por todo lo expuesto anteriormente y los resultados obtenidos en esta investigación, se puede plantear la siguiente pregunta ¿Cuánto influyen entonces las prácticas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la IC de las madres en el desarrollo y mantenimiento de un TCA en sus hijas?

Actualmente no existen estudios previos que hayan abordado a este tipo de población, sus prácticas alimentarias y su IC, por lo que se espera que este Trabajo de Investigación de Licenciatura (TIL) sirva como base para la realización de futuras investigaciones que puedan extrapolar sus resultados y de esta manera contribuir a incrementar el nivel de conocimientos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y traducirlo en acciones concretas, tanto de prevención como de tratamiento, considerando que los mismos tienen un impacto negativo cada vez mayor en la población.

16. Referencias Bibliográficas

- ¹ Betancourt M, Rodríguez Guarín L, Gempeler Rueda MJ. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica* [Internet]. 2007 [Consultado 10 oct. 2018]; 48 (3): 261-276. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668007>
- ² Toro N, Mesa M, Escudero M. Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Rev. san.* [Internet] 2014 [Consultado 10 oct. 2018]; 15 (4): 89-98. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_89.pdf
- ³ tn.com.ar [Internet]. Buenos Aires: ARTEAR. [28 jun. 2018; 22 Sep. 2018]. Trastornos de la conducta alimentaria: cómo detectarlos y qué hacer al respecto [1 pantalla]. Disponible en: https://www.google.com.ar/amp/s/amp.tn.com.ar/salud/lo-ultimo/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-como-detectarlos-y-que-hacer-al-respecto_872862
- ⁴ Cruzat C, Ramirez P, Melipellan R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe* [Internet]. 2008 [Consultado 8 oct. 2018]; 17, (1): 81-90. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282008000100008&script=sci_arttext
- ⁵ Osorio EJ, Weisstaub NG, Castillo DC. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2002 [Consultado 8 Oct. 2018]; 29 (3): 280-285. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es)
- ⁶ González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C, Venegas M. Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Revista de estudios tributarios* [Internet] [Consultado 10 oct. 2018]; 11 (1): 26. Disponible en: <https://revistaestudiostributarios.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17211/17928>
- ⁷ Rutzstein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [Revista en Internet]. 2014 [Consultado 8 oct. 2018];5 (1):39-49.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100006&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100006&lng=es)

⁸ Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB). ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? [Internet]. Barcelona, España: ACAB; [Consultado 10 oct. 2018]. Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

⁹ Ruiz-Martínez AO, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón GL, Tena-Suck A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Psychologica [Internet]. 2010 [Consultado 10 oct. 2018]; 9(2):447-455. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832012>

¹⁰ Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrichi Segué S, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2013 [Consultado 6 oct. 2018] 4(1): 45-57. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es)

¹¹ Cuervo Martínez Á. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2010 [Consultado 6 oct. 2018]; 6(1):111-121. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261009>

¹² Facchini M. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?. Arch. argent. pediatr.[Internet]. 2006 [Consultado 6 oct. 2018]; 104(4): 345-350. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400012&lng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400012&lng=es)

¹³ Vaca Narvaja S. Una mirada psico-sociocultural de la nutrición. Córdoba, Argentina; 2016.

¹⁴ Méndez J, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Revista en Internet]. 2008 [Consultado 25 Abr 2019]; 65(6): 579-592.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es

¹⁵ Vargas Amaral F. Imagen Corporal y Calidad de vida de mayores incluidos en un programa de Rehabilitación Cardíaca. Educación Física y Ciencia [Revista en Internet] 2013 [Consultado 27 Oct 2018]; 15 (2). Disponible en:

<https://www.efyc.fahce.unlp.edu.ar/article/view/EFv15n02a05/4793>

¹⁶ Vázquez Velázquez V, Reidl Martínez L. El papel de la madre en los TCA: una mirada psicosocial. Psicología y Salud [Revista en Internet]. 2013 [Consultado 30 Abr 2019]; 23 (1): 15-24. Disponible en:

<https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Ver%C3%B3nica%20V%C3%A1zquez%20Vel%C3%A1zquez.pdf>

¹⁷ Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [Internet]. [Consultado 30 Abr 2019]. Disponible en:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>

¹⁸ Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Rev. Mex. de trastor. aliment [Revista en Internet]. 2015 [Consultado 25 Abr 2019]; 6 (2): 108-120. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es)

¹⁹ Genis-Mendoza A, Tovilla-Zarate C, Nicolini H. Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Colomb Psiquiat [Revista en Internet]. 2013 [Consultado 30 Abr 2019]; 42(4): 350-355. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n4/v42n4a07.pdf>

²⁰ Restrepo MSL, Maya Gallego M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia [Internet]. 2005;19 (36):127-148. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55703606>

- ²¹ León Hernández RC, Aizpuru de la Portilla A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Rev. Mex. de trastor. aliment [Revista en Internet]. 2010 [Consultado 26 Abr 2019];1(2): 112-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200004&lng=es.
- ²² Tejeda Alonso R, Neyra MJ. La alimentación familiar. Influencia del desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Curso de Especialización Evaluación y Tratamiento Dietético Nutricional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) [Internet]. 2015 [Consultado 30 Abr 2019]; 2352-2381. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_familiar.pdf
- ²³ Espina Eizaguirre A. La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad Pontificia de Salamanca [Internet]. 2005 [Consultado 30 Abr 2019]; 35-48. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/50604565.pdf>
- ²⁴ Granero Bonet M. Relaciones entre estilos de apego y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trabajo Final de grado de Psicología. Universidad Jaume I [Internet]. 2017 [Consultado 30 Abr 2019]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169608/TFG_2017_GraneroBonetMarta.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ²⁵ Behar A, Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2014 [Consultado 28 Abr 2019]; 85(6): 731-739. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000600012>.
- ²⁶ Baile Ayensa J. ¿Qué es la imagen corporal?. Revista de humanidades “Cuadernos de Marqués de San Adrián” [Revista en Internet]. 2003 [Consultado 25 Abr 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Baile/publication/28112716_Que_es_la_imagen_corporal/links/5677e90f08aebcdda0eb9c66.pdf
- ²⁷ Raich, RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2004 [Consultado 30 Abr 2019];(22):15-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902204>
- ²⁸ Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente [Internet]. 2000 [Consultado 30 Abr 2019].

Disponible en:

<http://www.sepyrna.com/articulos/imagen-corporal-trastornos-alimenticios/>

²⁹ Salazar Mora Z. Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. Revista de Ciencias Sociales (Cr) [Internet]. 2007 [Consultado 28 Abr 2019]; 2 (116): 71-85.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311605>

³⁰ Uribe Merino JF. Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín, Colombia. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia [Internet]. 2006 [Consultado 30 Abr 2019]; 20(37): 227-250.

Disponible en:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/view/6897/6314>

³¹ Alvarez Rayón G, Nieto García M, Mancilla Díaz J, Vázquez Arévalo R, Ocampo Téllez Girón M. Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. Psicología y Salud [Revista en Internet]. 2007 [Consultado 2 May 2019]; 17 (2): 251-260. Disponible en:

<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/709/1247>

³² Salaberria K, Rodríguez Vidarte S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Hedatuz [Internet]. 2007 [Consultado 2 May 2019]; 8: 171-183. Disponible en:

<http://hedatuz.euskomedia.org/4564/1/08171183.pdf>

³³ Amaya Hernández A, Alvarez Rayón G, Mancilla Díaz J. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2010 [Consultado 2 May 2019]; 1(1): 79-89.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100008&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100008&lng=es)

³⁴ Vaquero CR, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PAI. Imagen corporal: revisión bibliográfica. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 [Consultado 19 oct. 2018]; 28(1): 27-35.

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004&lng=es)

³⁵ Pérez de Eulate González L, Ramos P. Educación Alimentaria: una investigación con padres de adolescentes. DDD Universidad Autónoma de Barcelona [Internet]. 2009 [Consultado 30 Abr 2019]; 27 (3): 361–368. Disponible en:

<https://ddd.uab.cat/pub/edlc/02124521v27n3/02124521v27n3p361.pdf>

³⁶ Bojórquez R, Ávila Escalante M , Cortés Sobrino M , Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz J. Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud* [Revista en Internet]. 2008 [Consultado 8 May 2019]; 18(2): 189-198. Disponible en:

<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/661/1160>

³⁷ Unikel Santoncini C, Díaz C, Rivera Marquez J. *Conductas Alimentarias de Riesgo y Factores de Riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición* [Internet]. 1° Edición. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017 [Consultado 8 May 2019]. Disponible en:

http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf

³⁸ Lora-Cortez CI, Saucedo-Molina TJ. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Ment* [Revista en Internet]. 2006 [Consultado 22 May 2019];29(3): 60-67. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000300060&lng=es

³⁹ Dra. Calvo R, Psiq. Puente R, Psic. Vilariño P. *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cómo actuar desde la familia*. ISSUU [Internet]. España: Dirección General de la Familia, comunidad de Madrid; 2016 [Consultado 8 May 2019]. Disponible en: https://issuu.com/deboraorienta/docs/guia12-trastornos_conducta_alimenta

⁴⁰ Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Jadohealth* [Internet]. 2004 [Consultado 20 May 2019]; 35(5):350-359. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X04000503>

⁴¹ Dr. Córdova Villalobos J, Dr. Barriguete Meléndez J, MN. Radilla Vázquez C, Dr. Bourges Rodríguez H, Mtra. Psic. Arakelian Calderón A, Mtra. Psicot. Aldunate Vidal L et al. Estrategia 5 Pasos para la salud escolar. *Política de Salud Pública. Rev. Gastroenterología de México*. 2010. Disponible en:

https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/12/prevencion-tca-escuela_5_pasos-para-la-salud-escolar.pdf

⁴² *Generación Elsevier*. Los centros nerviosos que regulan tu hambre y alimentación [Internet]. España: Elsevier; 17 Nov 2017 [Consultado 2 Oct 2018].

Disponible en:

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/ciencia/los-centros-nerviosos-que-regulan-tu-hambre-y-alimentacion>

⁴³ López Aguilar X, Mancilla Díaz J, Vázquez Arévalo R, Franco Paredes K, Alvarez Rayón G, Ocampo Téllez-Girón M. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2011 [Consultado 8 May 2019]; 2(1): 24-32. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100003&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100003&lng=es)

⁴⁴ Saucedo-Molina T de J, Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud Ment [Revista en Internet]. 2010 [Consultado 19 oct. 2018]; 33 (1): 11-19. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002&lng=es)

⁴⁵ Guadarrama-Guadarrama R, Hernández-Navar JC, Veytia-López M. “Cómo me percibo y cómo me gustaría ser”: Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. rpcna [Revista en Internet] 2018 [Consultado 7 oct. 2018]; 5 (1): 37-43. Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/5_2.pdf

⁴⁶ López Sánchez GF, Suárez Díaz A, Smith L. Analysis of body image and obesity by Stunkard's silhouettes in 3- to 18-year-old Spanish children and adolescents. Anal. Psicol. [Internet]. 2018 [Consultado 4 Jul 2019] ;34(1):167-172. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282018000100021&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282018000100021&lng=es) [http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781.](http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781)

⁴⁷ Bosque Garza JM, Caballero Romo A. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en Internet]. 2009 [Consultado 10 sep 2019]; 66(5):398-409. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002&lng=es

⁴⁸ Resolución Ministerial 753/1998: Título. [S.l.]: [s.n.]. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de abril 1998. 102-108. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/6184.pdf> (Último acceso 10 sep 2019)

⁴⁹ Zaragoza Arnáez F, Lozano Estevan MC. Comparativa de las dietas milagro existentes en la actualidad, y sus efectos negativos sobre la salud. Rev. Biociencias [Internet] 2018 [consultado 1 sep. 2019]; Vol. 13 (1): 24. Disponible en: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/1230/1018>

⁵⁰ Ochoa de Alda Í, Espina A, Ortega MA. Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. Clínica y Salud [Internet]. 2006 [consultado 1 sep. 2019]; 17 (2): 151-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000200002

17. Anexos

ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN

Le invitamos a participar del estudio “Prácticas Alimentarias e Imagen Corporal de madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten a un centro de salud privado de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019” que tiene como objetivo caracterizar la presencia o ausencia de las prácticas alimentarias de riesgo y de la insatisfacción con la imagen corporal de las madres de adolescentes que presentan algún Trastorno de la Conducta Alimentaria y que asisten al centro de salud “Conciencia” de la Ciudad de Córdoba. El mismo está a cargo de un equipo de estudiantes del último año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba que realizan el Trabajo de Investigación de Licenciatura (TIL). La tesis se encuentra bajo la dirección de Mgter. Verónica Mamondi, quien es responsable de las alumnas.

¿Cómo se realiza el estudio?

Las madres responderán una encuesta anónima sobre sus prácticas de alimentación, autopercepción de su cuerpo e ideales de belleza, guiados por un entrevistador capacitado.

¿Cómo se usa la información?

Los resultados de la investigación siempre se presentarán informando sobre las prácticas alimentarias e imagen corporal en forma general, es decir que nunca se brindará información individual de una mujer.

¿Hay riesgos o beneficios de participar en la investigación?

La encuesta no implica riesgos para la salud.

Participar del estudio no tendrá beneficios directos para las madres, sin embargo se espera que las conclusiones del presente estudio sirvan para aportar información a futuras investigaciones y abordajes terapéuticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

¿Es obligatorio participar?

No hay obligación de participar. Y, aunque hayan aceptado, pueden dejar de responder en cualquier momento de la encuesta. La decisión de no responder no tiene ninguna consecuencia para las madres, pero los resultados y beneficios de la encuesta serán mejores si participan todas las personas invitadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y he comprendido toda la información preliminar que describe la naturaleza, propósitos y procedimiento del estudio "Prácticas Alimentarias e Imagen Corporal de madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, que asisten a un centro de salud privado de la Ciudad de Córdoba, en el año 2019".

Expreso que he recibido una copia de este formulario y acepto voluntariamente mi participación en el estudio.

Firma:

Aclaración:

Córdoba,..... de 2019.

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS E IMAGEN CORPORAL (PAIC)

FECHA:

EDAD:

EDAD DE LA PACIENTE:

DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE:

Marque con una cruz (X) su respuesta (en algunas preguntas puede elegir más de una opción)

1) ¿Ha realizado alguna dieta?

a- Sí (Pasar a siguiente pregunta)

b- No (Pasar a pregunta número 5)

2) En caso de haber respondido afirmativamente la pregunta anterior, ¿Cuántas dietas considera que ha realizado en un año?

a- Menos de 3 dietas diferentes

b- 3 dietas diferentes

c- Más de 3 dietas diferentes

3) ¿Por cual motivo realizó o realiza dieta?

a- Enfermedad (Diabetes, hipertensión, problemas gástricos, otras)

b- Para bajar de peso por motivos de salud

c- Para bajar de peso por motivos estéticos

d- Otro/s ¿Cuál/es?

4) Si ha realizado alguna dieta, ¿Ha sido prescrita por un licenciado en nutrición?

a- Sí

b- No

5) ¿Suele evitar algún/os de los siguientes alimentos? (Puede elegir más de una opción)

a- Harinas

b- Grasas y aceites

c- Azúcar

d- Otros ¿Cuál/es?

e- Ninguno

6) ¿Tiene en cuenta las calorías que contienen los alimentos?

a- Sí

b- No

c- A veces (dependiendo del alimento)

7) ¿Ha tratado de limitar la cantidad de comida que ingiere durante el día para influir en su peso o figura?

a- Sí

b- No

8) ¿Reconoce cuando tiene hambre?

a- Sí

b- No

9) ¿Reconoce cuando se siente satisfecha?

- a-Sí
- b-No

10) ¿Continúa comiendo a pesar de sentirse llena?

- a-Sí
- b-No
- c-A veces

11) ¿Evita comer a pesar de sentir hambre?

- a- Sí
- b-No
- c-A veces

12) ¿Con quién/es comparte la hora de la comida? (Puede elegir más de una opción)

- a-Hijos/as
- b-Pareja
- c-Otros familiares
- d-Otras personas (no familiares)
- e-Come sola

13) Usualmente, ¿Quién/es prepara/n las comidas?

- a-Usted
- b-Pareja
- c-Hijo/a
- d-Otros familiares ¿Quién?
- e-Otra persona (no familiar) ¿Quién?

14) ¿Ha pasado largos períodos de tiempo (8 horas o más despierta) sin comer nada en absoluto para influir en su peso o figura?

- a- Sí
- b-No

15) ¿Ha sentido culpa luego de comer?

- a-Sí
- b-No

16) ¿Alguna vez se ha autoinducido el vómito para influir en su peso o figura?

- a-Sí
- b-No

17) ¿Alguna vez ha tomado laxantes/diuréticos/otras sustancias (ej. té verde, café verde u otra similar) para controlar su peso?

- a- Sí ¿Cuál/es?
- b-No

18) ¿Alguna vez ha hecho actividad física en exceso luego de comer?

- a-Sí
- b-No

19) ¿Ha tenido episodios de ingesta descontrolada de alimentos o ha sentido que ha perdido el control comiendo?

- a- Sí
- b-No

20) Usted, ¿Ha tenido o tiene un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

- a-Sí, he tenido. ¿Cuál?
- b-Si, estoy cursando. ¿Cuál?
- c-No

21) ¿Algún familiar suyo (madre/padre/hermanos/tíos/abuelos/primos) ha realizado o realiza dieta?

- a-Sí ¿Quién/es?
- b-No

22) ¿Algún familiar suyo (madre/padre/hermanos/tíos/abuelos/primos) ha tenido un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

- a-Sí ¿Quién/es?
- b-No

23) Verse reflejada en un espejo ¿Le hace sentir mal respecto a su figura?

- a-Sí
- b-No
- c-A veces

24) Al estar con personas delgadas, ¿ha comparado su cuerpo con el de ellas desfavorablemente?

- a-Sí
- b-No
- c-A veces

25) ¿Ha evitado llevar ropa que marque su figura?

- a-Sí
- b-No
- c-A veces

26) Pensar en su figura, ¿Ha interferido en su capacidad de concentración (cuando ve televisión, leyendo o conversando)?

- a-Sí
- b-No

27) ¿Ha evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque se ha sentido mal respecto a su figura?

- a-Sí
- b-No

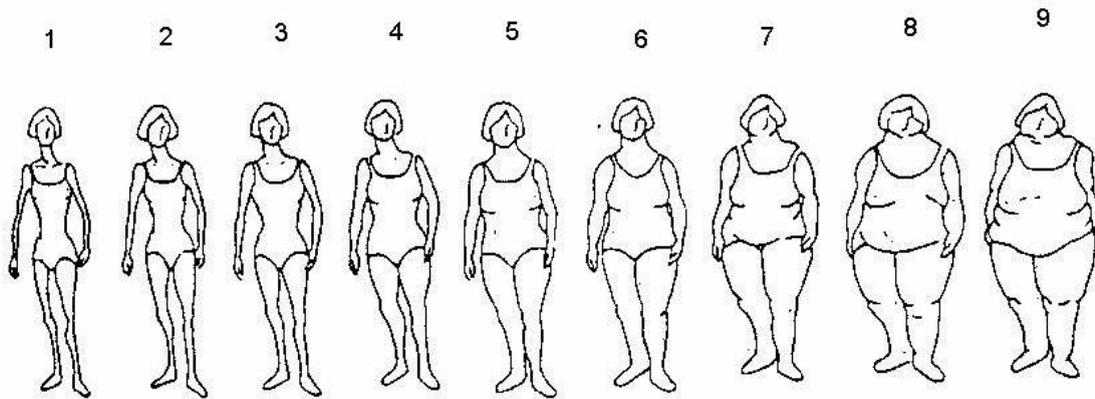
28) ¿Cree que el cuerpo delgado es el ideal?

- a-Sí
- b-No

29) ¿Considera que la apariencia física es muy importante cuando conoce gente?

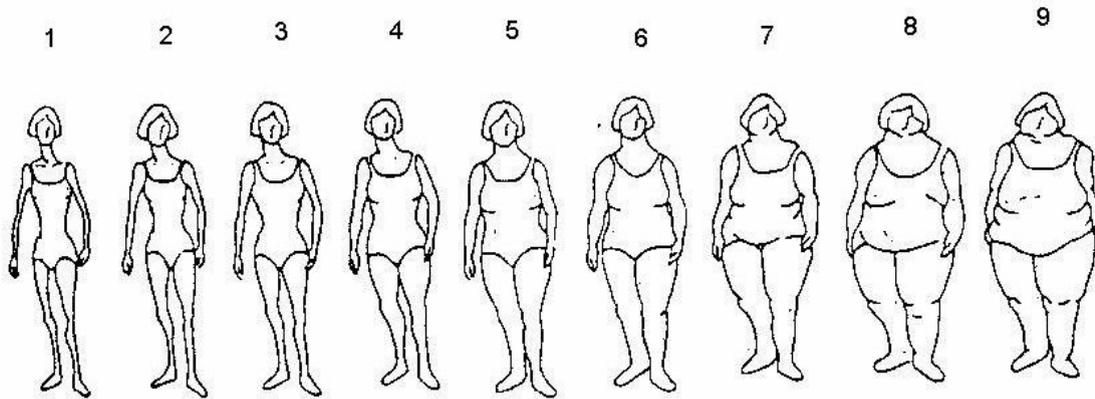
- a-Sí
- b-No

30) Seleccione la silueta que representa su figura actual: *(marque con un círculo el número de la figura)*



Test de siluetas corporales de Stunkard y Sorensen.

31) Seleccione la silueta que representa su figura deseada: *(marque con un círculo el número de la figura)*



Test de siluetas corporales de Stunkard y Sorensen.

