



**Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Facultad de Artes y Educación Física
Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación**

**“Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física,
Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación”**

**Memoria para optar al grado de Licenciatura en Educación y al Título de Profesora
de Educación Física Deportes y Recreación.**

Autor: Paula Bustos Zúñiga

Profesora guía: Jessica Ibarra Mora

Santiago de Chile, julio 2021



**Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Facultad de Artes y Educación Física
Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación**

**“Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física,
Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación”**

**Memoria para optar al grado de Licenciatura en Educación y al título de Profesora de
Educación Física Deportes y Recreación.**

Autor: Paula Bustos Zúñiga

Profesora guía: Jessica Ibarra Mora

Santiago de Chile, julio 2021

Autorizado para

Sibumce Digital

Dedicatoria

Esta investigación, ha sido para mí tanto un proceso de reconocimiento personal, como externo. Me gustaría dedicar esta memoria, a todas aquellas personas que han padecido o padecen algún tipo de enfermedad alimenticia. Sé que es una enfermedad degenerativa que va limitando lentamente la personalidad y el entorno social del involucrado o involucrada, de la cual es difícil salir, pero no imposible.

Es un largo proceso, lleno de altos y bajos, donde el individuo debe reencontrarse consigo mismo y hacer las paces con su cuerpo.

También es importante destacar que este proceso no es individual, siempre involucra al entorno, ya sea familia, amigos, etc. Por lo tanto, es un problema que nos afecta a todos y todas como sociedad.

Hoy, existen distintos tipos de terapias que pueden ayudar a las personas con trastornos alimenticios, éstas son convencionales o alternativas. Es importante que el individuo sepa buscar ayuda en el momento oportuno y encuentre el método necesario para salir del trastorno.

Si bien, a veces quedan secuelas, se puede salir adelante y aprender de lo vivido, para perdonar, superar los procesos de la vida y ayudar a otros que estén pasando por una situación similar.

Este es un llamado de fuerza y resistencia a quienes padecen este tipo de trastornos.

No se rindan, sigan en la búsqueda constante del equilibrio entre mente y cuerpo.

Agradecimientos

Este proceso ha sido un largo camino recorrido, en el que me he visto enfrentada a mis propios miedos y conflictos. Sin duda fue una instancia en la cual recibí mucho apoyo y comprensión de un círculo de personas, que me acompañó durante todo este proceso. Fue un momento de autoconocimiento y comprensión de las significancias de una problemática, que podía afectar a cualquiera en diferentes perspectivas y, por ello, quiero agradecerles a aquellas personas que estuvieron conmigo en aquellos momentos en los que todo se vio difuso.

Mi familia que siempre estuvo presente para apoyarme en todas las circunstancias adversas y en mis logros, mi mamá que me dio su apoyo y sus reproches cuando lo necesitaba. Mi hermano, que siempre estuvo para escucharme cuando era necesario soltar lo que llevaba guardado, y mi papá que me ayudó constantemente a darme cuenta de mis propias estructuras y directrices.

A mis amigas y compañeras de vida, que están conmigo, por elección propia, y que han estado ahí, para acompañarme en todo momento en que las cosas se han visto difíciles, tanto en lo emocional como en lo concreto, y también para celebrar todos aquellos momentos felices, en donde las cosas salían según lo esperado.

Agradezco también a mis profesores, quienes me han guiado en este proceso, dándome su apoyo y conocimiento. Ha sido fundamental para mí, comprender desde diferentes ámbitos lo que significa este camino y cómo sobrellevarlo. Quisiera destacar a mi profesora guía de tesis Jessica Ibarra, quien me ha dado toda la ayuda y la orientación para poder llevar a cabo el proceso de memoria, al profesor Gerardo Böke por su incondicional cariño y a Elisa Araya quien me mostró la importancia del rol femenino en la educación física.

Además, quiero agradecer al equipo médico que me acompañó durante el recorrido, dándome estabilidad y herramientas para poder enfrentar mis propios miedos y problemas.

Caminar en esta senda de educación y autoconocimiento, es una experiencia que es tanto dura como hermosa. A veces puede doler y a veces puede ser gratificante, el comprender y entender cómo querer y quererse. Es por esto que también me agradezco a mí misma por

haber podido luchar contra esta barrera de desconocimiento social y lidiar con una sociedad, donde se invisibilizan trastornos alimentarios y son juzgados desde el desconocimiento.

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido.....	7
Resumen	9
Introducción.....	10
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	12
1.1. Objetivos y preguntas de investigación	13
Capítulo 2. Marco Teórico.....	14
2.1. Anorexia.....	14
Síntomas	15
Determinantes.....	16
Consecuencias de la anorexia.....	16
Tratamiento	19
Anorexia en Chile.....	19
2.2. Bulimia.....	21
Síntomas	21
Consecuencias de la bulimia	22
Tratamiento	23
Bulimia en Chile.....	24
2.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.....	25
Factores que pueden desarrollar un trastorno alimentario no especificado	28
Tratamiento	29
Capítulo 3. Marco Metodológico	33
3.1. Diseño de Investigación.....	33
3.2. Población de estudio	33
3.3. Instrumento de investigación	33
3.4. Análisis estadístico	35
3.5. Procedimiento	35
Capítulo 4. Resultados.....	37
Discusión	44

Propuesta	48
Capítulo 5. Reflexiones	56
Conclusiones.....	57
Bibliografía.....	59

Resumen

Los trastornos alimenticios son comprendidos como enfermedades complejas que ponen en riesgo la vida de las personas que pueden padecerlos. Un trastorno alimentario se caracteriza por anomalías en los hábitos alimentarios, que pueden involucrar la ingesta de alimentos, sean insuficientes o excesivos, afectando la salud física y emocional del individuo (Tábares, 2016). Estos, inciden en diversos ámbitos del desarrollo, como el físico, mental, social, académico, entre otros. Esta memoria tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Se desarrolló bajo un diseño de investigación no experimental, **descriptiva** y de temporalidad transversal, con una muestra de 58 estudiantes (23 hombres y 35 mujeres) de diferentes niveles de la carrera. Entre sus resultados destacan la comprobación de que esta enfermedad existe en un porcentaje considerable de estudiantes: un 30% aproximadamente.

Por lo tanto, en torno a lo anterior, se genera una propuesta que sugiere abordar el problema de los trastornos alimenticios en estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación, a nivel institucional.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como “aquella que abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionados con el componente de bienestar mental, incluida la definición de salud, es decir, un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la falta de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El concepto anterior, es relevante para entender la problemática que plantea este trabajo, ya que la población estudiantil universitaria ha crecido progresivamente a lo largo de los años, teniendo un aumento del 42% en el último tiempo (Mayo Clinic, 2018), lo que podría significar también, un aumento en problemas de salud mental de los/as estudiantes.

Las patologías como la depresión son cada vez más frecuentes en los estudiantes (Rossi, 2019). Se estima que la depresión será una de las grandes enfermedades que afectará el siglo XXI. El suicidio es una de las cinco primeras causas de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años, correspondiendo un 30% de esto a universitarios (Micin, 2011). Es por ello, la urgencia de implementar estrategias y planes de acción en las universidades para tratar dichos trastornos a tiempo.

La formación integral universitaria necesita abarcar la salud mental de los estudiantes debido a que se debe entregar una educación donde se formen docentes sanos y a la vez con capacidades de enfrentar cualquier problemática. Es indispensable detectar a tiempo estas enfermedades, no solo para mejorar su rendimiento académico, sino para mejorar la calidad de vida de los profesionales que egresan de esta institución (Ossa, 2015).

El objetivo de esta investigación es detectar los trastornos alimenticios en estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, Deporte y Recreación, en distintos niveles de la carrera. Para ello, invitamos a participar a los estudiantes de la comunidad universitaria de diferentes niveles y géneros por medio de un cuestionario online. El instrumento que desarrollaron los/as estudiantes fue el BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (cuestionario de la figura corporal) (Vázquez Arévalo, 2011), el cual consiste en 33 preguntas que miden dos factores: la insatisfacción corporal y la ganancia de peso. Este instrumento fue propuesto en

Colombia y validado por el Acta Colombiana de Psicología. Asimismo, fue aplicado en México, Brasil, y otros países que reafirman su veracidad.

A la luz de los resultados, se buscará sugerir estrategias que las instituciones universitarias podrían desarrollar con el fin de brindar a los estudiantes que padecen algún tipo de trastorno, la contención y ayuda necesarias, para atenuar las consecuencias, tanto académicas como personales, pudiendo favorecer la asistencia y satisfacción con la experiencia universitaria.

FALTA HACER UN ENFOQUE AL INICIO SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, ALGO QUE HAGA ENLACE ENTRE LOS TEMAS.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

Como profesores de Educación Física y Salud, es fundamental estar al tanto de las enfermedades actuales que afectan a nuestra población. Específicamente, los casos de trastornos alimenticios que han ido en aumento en los últimos años, tomando relevancia como un problema de salud pública.

LA CARRERA DE EDUCACIÓN FÍSICA, Al ser una carrera que requiere del desarrollo permanente de actividades motrices, expresivas, deportivas, entre otras, éstas convierten al cuerpo y al aspecto físico en unas de las principales preocupaciones de muchos/as estudiantes. Sumado a esto, el estrés y la competitividad inherente de las disciplinas deportivas, podrían propiciar estos trastornos en estudiantes que silenciosamente convivan con esta enfermedad, afectándolos en diferentes ámbitos de su vida y limitando su interacción social.

Formar profesores sanos, capaces de abarcar diferentes ámbitos de la salud, tanto mental como física, con la experiencia necesaria para abordar cualquier problemática que pueda enfrentar en su quehacer docente, es una variable que se debe incluir para que sea una educación completa e integral, la formación de los estudiantes de la carrera de. Pedagogía en Educación Física, Deporte y Recreación.

Por lo tanto, **es necesario fortalecer la formación inicial docente y resignificar la labor pedagógica frente a la temática de la y los profesores de Educación Física, con la finalidad de que puedan abordar y ayudar con éxito a los/as estudiantes que presentan trastornos alimenticios, situación que hasta ahora no prevalece.** **NO ES ESTE EL PROBLEMA A RESOLVER DEL ESTUDIO, EL PROBLEMA QUE SE RESUELVE ES DETERMINAR LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS MEDIANTE UNA ENCUESTA.**

1.1. Objetivos y preguntas de investigación

Objetivo general:

Determinar prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de [trastornos alimentarios]_[CM1] en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación mediante el cuestionario NNNNNNNN.
- Desarrollar una propuesta de intervención que permita prevenir, informar y atender a la comunidad universitaria frente a los trastornos de alimentación detectados en estudiantes de la carrera. ESTE OBJETIVO ES MUCHO MÁS AMPLIO QUE EL OBJETIVO GENERAL, NO ESTÁ IMPLÍCITO EN EL OBJETIVO GENERAL.

Preguntas de investigación:

1. ¿Qué prevalencia de trastornos alimenticios encontramos entre estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la UMCE?
2. ¿Cuál es la caracterización de quienes declaran padecer trastornos alimenticios?

Capítulo 2. Marco Teórico

En la sociedad actual, la prevalencia de trastornos alimenticios se ha incrementado en los últimos años, resaltando la necesidad de incorporar estrategias y metodologías que apunten al cuidado del cuerpo y la salud en la clase de Educación Física, para formar estudiantes con sana autoestima, con conocimientos en salud y hábitos de vida que aporten a la formación integral de niños, niñas y adolescentes.

El marco teórico se organiza con la presentación de tres apartados. El primero sobre la Anorexia, en donde se abordan los determinantes de esta enfermedad, las consecuencias, tratamiento y la situación de la anorexia en Chile, respectivamente. En el segundo apartado, La Bulimia, se explican los síntomas, los factores determinantes, las consecuencias, el tratamiento y se aborda la situación de la bulimia en Chile, en el tercer apartado, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado, se explican los factores que pueden desarrollar un trastorno alimentario de este tipo, mostrando también sus consecuencias y síntomas. Finalmente hablamos obesidad desde un punto de vista alimentario, basándonos en los procesos psicológicos relacionados a la comida.

2.1. Anorexia

La anorexia es un vocablo de origen griego que significa “falta de apetito”, este término no es tan completo para definir el trastorno en sí, ya que si bien el paciente siente hambre ésta se niega a comer (Ortiz, 2013). Según la OMS (2013), la anorexia es un trastorno mental y de la conducta alimentaria. Abalando esto, se trata de una patología mental, puesto que el miedo a engordar condiciona el estado anímico y psíquico del paciente (Hernandez, 2015).

La anorexia tiene un largo recorrido histórico, “el propio Hipócrates, considerado el padre de la medicina, hacía referencia, en su obra Aforismos, a determinados cuerpos impuros que detestaban cualquier tipo de alimento y se negaban a probar bocado alguno” (Fernandez H. A., 2015).

En la época del Medioevo, se ve a la “santa anorexia” o “anorexia religiosa”, que estaba asociada a una búsqueda espiritual y un deseo de rebelión ante la sociedad, las personas rechazaban el alimento terrenal y solo se alimentaban de lo que les llenaba el espíritu.

Durante la época Moderna, surgen los primeros registros de la enfermedad, que facilitarían llegar a los síntomas y a un posible tratamiento. Uno de los primeros en describirla, fue Richard Morton (segunda mitad del siglo XVII), un médico inglés que describió una paciente con síntomas de pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, lo llamó “consunción nervosa” y lo atribuyó a una perturbación mental (Fernandez H. A., 2015).

En 1859, médico y psicólogo francés Paul Briquet describió la anorexia nerviosa como un subtipo de histeria en su tratado “Traité clinique et therapeutique de l’hysterie” (PBriquet, 1859). Charles Lasègue, médico francés segunda mitad del siglo XIX, realizó un estudio que relaciona a los enfermos de depresión con el repudio alimentario; además de describir comportamientos de las pacientes (qué alimentos rechazaban y cuáles no), en “la Anorexia Histórica” (Lasegue, 1873).

A partir del siglo XX, la anorexia nerviosa es vista como una patología mental, por esto surgen nuevos tratamientos, tales como: lobotomías, extracción de tiroides, terapia electroconvulsiva, etc. En 1990 se implementó el uso de un antidepresivo por primera vez. Existía también una corriente de médicos que preferían la terapia hormonal, ya que consideraban la anorexia como una enfermedad endocrina, propuesta que planteó el doctor Morris Simmond (médico y patólogo alemán primera mitad del siglo XX) en “El Panhipopituitarismo” (1950).

En Chile cerca de un 6% de la población padece un desorden alimentario diagnosticado, de ese porcentaje el 1% correspondería a anorexia nerviosa, siendo los más afectados la población entre 14 y 21 años, con más prevalencia en mujeres que en hombres (Clinica las Condes, 2015).

Síntomas

Dentro de los síntomas, encontramos la ansiedad, ésta aparece cada vez que la persona va enfrentarse a alguna comida, y en lugar de ser un momento agradable, se transforma en un sentimiento de culpabilidad por la obsesión de adelgazar o el miedo a subir de peso. Todo lo anterior, lleva como consecuencia la depresión, que, en conjunto con la inanición, se convierten en un complemento negativo para la salud de la persona, afectando también

mentalmente la percepción de la realidad, provocando distorsiones cognitivas respecto a la imagen corporal y a la autoestima (Holguera, 2013).

Determinantes

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entendidos como una enfermedad con factores genéticos, sociales, biológicos, psicológicos y culturales. Existen factores desencadenantes y otros derivados de la propia enfermedad que favorecen el mantenimiento y la perpetuación del trastorno (Holguera, 2013).

Uno de los factores más influyentes, es el entorno cultural y social, la visión de delgadez asociado a éxito social y los estereotipos formados por los medios de comunicación, si es aceptado socialmente o no, son determinantes a la hora de gatillar este trastorno (Lambruschini, 2016).

Algunos rasgos de personalidad también son influyentes para desarrollar anorexia, tales como, auto exigencia y perfeccionismo, necesidad de aprobación, dependencia del otro, perfil introvertido, distorsiones cognitivas, entre otros. Considerando los trastornos afectivos relacionados con la anorexia, si el paciente ha sufrido críticas peyorativas, esto podría aumentar su probabilidad de padecer de este trastorno. El inicio de dietas extremas, acompañado por fluctuaciones de peso, son también factores influyentes y desencadenantes de esta enfermedad. Dentro de los factores de la misma enfermedad, el paciente se ve alentado en la pérdida de peso y se reafirma socialmente, esto hace aumentar su conducta de restricción; en el caso contrario, el aumento de peso se asocia a la sensación de fracaso, logrando que quien lo padece, aumente el control y exigencia de sí mismo. La distorsión cognitiva vuelve, a quien lo padece, presa de su enfermedad y comienza a aislarse y tener problemas familiares, lo que dificulta su reincorporación alimentaria (Holguera, 2013).

Consecuencias de la anorexia

Las personas con anorexia sufren diversas alteraciones físicas en el organismo, tales como: Metabólicas (por ejemplo: disminución de la tasa metabólica basal), cardiovasculares (por ejemplo: alteración del ritmo cardiaco, taquicardia), gastrointestinales (por ejemplo:

estreñimiento, distensión abdominal), renales (por ejemplo: fallo renal crónico, alteraciones hidroeléctricas), endocrinológicas (por ejemplo: alteración de la percepción del hambre y la saciedad; disminución de la serotonina , disminución de la melatonina , aumento del cortisol), problemas hormonales (amenorrea), óseas (osteopenia, fragilidad en los huesos, más propensos a lesión), dermatológicas (piel seca) y hematológicas (anemia). Las complicaciones físicas pueden permanecer por varios meses, dependiendo del deterioro y desnutrición del paciente; además de ser muy lenta su recuperación, ya que las personas con anorexia, suelen negarse en una primera etapa a subir de peso o a reestructurar su alimentación. (Lambruschini, 2016).

Las consecuencias psicológicas de la anorexia nerviosa, son las más difíciles de trabajar, ya que la sociedad propone estereotipos de belleza física, que promueven la delgadez y la baja de peso lo que refuerza sus patrones de conducta negativa.

“Hace algunos años la revista Glamour hizo una encuesta a 33.000 mujeres, titulada: sentirse gorda en la sociedad de gente delgada. El 75% de las mujeres encuestadas dijeron que se sentían demasiado gordas. Cuando se les preguntó si su peso afectaba el sentimiento que tenían de sí mismas, el 96% contestó que sí. Al tener que escoger entre las opciones de: perder peso, ser felices en una relación de pareja, tener éxito en el trabajo, o recibir noticias de una amiga; la mitad dijo que lo que más felices las haría sería perder peso” (Roth, 2014)

Esta idea de que bajar de peso siempre está bien, impulsa a la persona con anorexia a persistir en su estado, esto forma parte de las distorsiones cognitivas, ideas formadas sobre ciertos conceptos que no son realistas y que son parte fundamental de lo que hace persistir la enfermedad.

También existe una distorsión de la imagen corporal, es decir, la persona no es capaz de ver su cuerpo con objetividad y encontrará siempre que está gorda, incluso en casos de extrema delgadez. Este aspecto puede acompañar por años al paciente, fomentando la inseguridad y la baja autoestima, limitándolo socialmente.

Las personas con anorexia también pueden desarrollar otras patologías que potencien aún más la enfermedad, como son: la depresión (un estado constante de tristeza y apatía, acompañado de insomnio y un desinterés generalizado); en conjunto con la restricción

alimenticia, se produce un estado constante de inestabilidad emocional. Por otro lado, está la ansiedad, un sentimiento constante de angustia y temor, que produce alteraciones físicas, como taquicardia, sudoración y respiración agitada. En la anorexia existe un temor constante a subir de peso, por lo que cada instancia relacionada con la ingesta alimentaria, puede ser muy estresante y generar ansiedad en él o ella.

Es por ello que, en conjunto con el tratamiento, se recetan ansiolíticos y antidepresivos. Puede ser que el paciente continúe manifestando estos síntomas, patrones de conducta y pensamientos automáticos, incluso una vez que recupere su peso normal y haya regulado la ingesta alimentaria. El trabajo terapéutico es de gran importancia para brindar herramientas a quienes lo padecen, para enfrentar las situaciones estresantes que gatillan la enfermedad (Rodríguez, 2020).

Las dificultades para quienes padecen esta enfermedad, son tanto físicas como psicológicas. Es una enfermedad degenerativa, por lo que a medida que transcurre el tiempo, podría haber más complicaciones. De esta forma, podemos observar consecuencias a nivel de salud metabólica, cardiovascular, gastrointestinal, renal, endocrinológica, ósea, dermatológica y hematológica, también a nivel cognitivo y de comportamiento, puede llevar a depresión y la obsesión por el cuerpo; finalmente, existen consecuencias psicosociales que afectan la relación con la familia y el entorno, provocando baja autoestima y deterioro de la vida social (Familianova Schola, 2016).

Criterios para la anorexia nerviosa.

De acuerdo con la Asociación de Neuropsiquiatría de Chile, y según el DSM-IV-T (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM 5, 2015), las personas con diagnóstico de anorexia poseen las siguientes características:

- Rechazo a mantener un peso en un nivel mínimamente normal para la edad y sexo (por debajo del 85%)
- Miedo intenso a engordar
- Distorsión de la imagen corporal
- Negación de la situación de peligro
- Amenorrea secundaria (con ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos) o primaria (retraso de la menarquia).

- Se establecen dos tipos de anorexia nerviosa: purgativo o restrictivo, en función de que existan o no conductas purgativas y/o episodios de atracones

Cabe destacar que algunas pacientes no cumplen con todos los criterios, a esto se le llama anorexia atípica.

Tratamiento

El tratamiento se basa en rehabilitación y consejo nutricionales, psicoterapia individual e intervenciones familiares, fundamentalmente psicoeducativas, debe ser un tratamiento completo, que incluye farmacología. Debido a que la anorexia implica un trastorno afectivo, con gran relación con los trastornos obsesivos (DSM 5, 2015), es tratado con antidepresivos que complementan los mecanismos serotoninérgicos.

El tratamiento psicológico más usado para personas con anorexia nerviosa, se basa en una terapia cognitivo conductual, educar al paciente sobre diferentes ámbitos: sus síntomas y peligros de la enfermedad misma, corregir creencias nutricionales erróneas o distorsionadas, ayudar a lidiar con los estereotipos planteados en la sociedad y principalmente, lograr cambios conductuales; para ello, es necesario hacer una revisión de los factores que detonan la enfermedad, entregar las herramientas necesarias para que el paciente controle sus crisis, ayudarlo a fijar metas adecuadas y realistas, reforzarlo y trabajar su intolerancia al cambio.

Es fundamental el apoyo familiar, la red de soporte que logre el paciente para poder salir de la enfermedad, el refuerzo positivo ante los avances en la terapia (Lecguga 2005).

Anorexia en Chile

En Chile la anorexia es una enfermedad presente desde los inicios de la adolescencia y con marcada tendencia al género femenino. Estudios a nivel educacional, por ejemplo, sitúan una prevalencia de 7,4% en la población escolar de educación media en Arica. (Urzúa, 2011).

En la población universitaria, aproximadamente un tercio, ha sufrido alguna patología psiquiátrica, correspondiendo a un 21% de los estudiantes. Los casos de anorexia nerviosa han ido en aumento en esta población, la edad en la que se desarrolla comúnmente esta

enfermedad es de los 13 hasta los 24 años, coincidiendo también con el periodo de más exigencia académica (Baader, 2014).

Culturalmente la importancia del cuerpo y su estética, tuvo un impacto desde los años 80, donde se comenzó a difundir, a través de los medios masivos de comunicación, modas y publicidad apuntando a una imagen corporal en específico. La industria de la belleza ha sacado cada vez más productos para satisfacer los diferentes estereotipos impuestos. El papel de la educación física es formar una imagen positiva del individuo, esto nos lleva a implementar tácticas de autocuidado y conocimiento del cuerpo, de esta manera poder abolir estereotipos impuestos (Garcia, 2012).

2.2. Bulimia

“La bulimia es una palabra de origen latino (būlīmia), que a su vez deriva del griego. El término hace referencia a alguien que siente un deseo exagerado de comer, sin que logre saciar su apetito” (Porto, 2008). En psicología, se entiende como “un trastorno alimentario que se caracteriza por la existencia de episodios repetidos de ingestión de grandes cantidades de comida, en periodos cortos de tiempo (atracones), seguidos de intentos de compensar el exceso de comida ingerido (por ejemplo, mediante purgas, ayuno o ejercicio físico)” (Timothy, 2020).

Los primeros episodios de esta enfermedad fueron descritos por James Hendrie en 1743, quien llamó “true boulimus”, a una intensa preocupación por la comida, una ingesta alimentaria importante para un corto periodo de tiempo, seguido de desmayos u otras variantes como “caninus appetitus”, que es el vómito posterior a la ingesta. El concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 (Rava, 2004)

Síntomas

Según investigaciones en el año 2018 de la Clínica Mayo realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa, puede ser complejo, ya que quien la padecen, desarrollan cuadros a escondidas y pueden presentar en ocasiones sobrepeso u obesidad, por lo que no es tan evidente. Se pueden detectar cuadros somáticos no específicos como debilidad, cansancio, torpeza, dolor o distensión abdominal, además, estreñimiento.

Dentro de los síntomas se encuentran:

- Preocupación excesiva por el cuerpo y el peso.
- Miedo a aumentar de peso.
- Sentimiento de pérdida de control mientras dura el atracón.
- Conductas compensatorias post atracón (vómitos, laxantes, ejercicio excesivo)
- Ayunar, restringir calorías o ciertos alimentos.
- Uso de medicamentos para controlar el peso o el apetito.

Si bien algunos síntomas son similares a los de anorexia, en el caso de la bulimia, la gravedad de la enfermedad estará determinada por la cantidad de atracones que tenga el paciente y la frecuencia de éstos.

Factores determinantes

Dentro de los factores influyentes están:

- **Biológicos:** Las personas con familiares que hayan sufrido algún trastorno alimentario o hayan sufrido de obesidad en la niñez, son más propensos a padecer algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria.
- **Problemas psicológicos y emocionales:** La falta de autoestima, la depresión y la ansiedad, son las principales causas de esta enfermedad, el abuso de sustancias relacionadas con la alimentación también es un factor influyente. La bulimia también puede detonarse por un hecho traumático o por factores ambientales.
- **Dieta:** el uso de dietas extremas y la mala alimentación también pueden llevar a una bulimia, la restricción alimentaria, en conjunto con una mala imagen corporal de sí mismo, pueden llevar a comer compulsivamente y luego buscar métodos para purgarse (Mayo Clinic, 2018).

Consecuencias de la bulimia

Las consecuencias de la Bulimia Nerviosa, radican principalmente en los cuadros purgativos, teniendo efectos, tanto físicos como psicológicos, entre los cuales están: baja autoestima y problemas para sociabilizar, deshidratación producto de los vómitos, lo que puede llevar a una falla renal, desbalance de electrolitos, problemas al corazón (como insuficiencia cardíaca o taquicardia), caries dentales, desgastamiento del esmalte, enfermedad a las encías, menstruación irregular o ausencia de ésta, problemas digestivos, ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias (drogas, medicamentos relacionados a la baja de peso, laxantes y purgativos), autolesiones o tener comportamientos suicidas.

Las consecuencias físicas, pueden ser perdurables en el tiempo y en algunos casos puede llevar a la muerte. El desgaste y esfuerzo de la faringe y el estómago, al inducir el vómito, pueden llevar a un cáncer en ambos órganos; además del deterioro nutricional del paciente, el abuso de laxantes, puede llevar a crear cálculos renales o enfermedades relacionadas al sistema digestivo (Mayo Clinic, 2018).

Dentro de las consecuencias psicológicas de la bulimia nerviosa, se encuentra una excesiva preocupación por la imagen corporal, que puede llevar a trastornos de ansiedad y obsesión compulsiva, además de potenciar rasgos negativos de la personalidad, como los son: la impulsividad, sentimiento de culpa y miedo a la madurez.

Las mujeres que conforman el grupo BN (bulimia nerviosa), poseen mayor grado de preocupación por la figura corporal que las diagnosticadas con AN (anorexia nerviosa). La variable autoestima e imagen corporal, presenta una asociación significativa con las variables impulsividad, sentimiento de culpa y miedo a la madurez (Fernandez R. , 2019).

Las consecuencias psicológicas pueden permanecer por años, además de provocar otros trastornos psicológicos en el paciente.

Tratamiento

En Chile existen clínicas especializadas en los trastornos alimentarios, sin embargo, éstas son particulares y muchas veces el tratamiento es excesivamente caro, la Bulimia no está cubierta por el GES (Garantías, Específicas en Salud), por lo que costear los tratamientos se hace muchas veces imposible (GES, 2020).

Con relación al tratamiento, hay que señalar que los ciclos recurrentes de atracones producen un desbalance tanto físico como mental. La gravedad de la enfermedad indicará el nivel de tratamiento para cada paciente; el enfoque es múltiple (psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, nutricionistas, terapeutas), abarcando tanto aspectos fisiológicos como psicológicos. El papel del médico general radica en detectar el trastorno precozmente para poder implementar, lo antes posible, el tratamiento; el rol del nutriólogo será de suma importancia, ya que deberá valorar el estado nutricional del paciente y las posibles complicaciones

somáticas, que éste pueda tener, además será el encargado de educarlo nutricionalmente (Gomez C. , 2015).

Si bien la terapia es adaptada a las necesidades de cada paciente, la más usada es la terapia cognitivo- conductual, que se centra en dar herramientas para poder enfrentar los pensamientos y actitudes distorsionadas. La terapia debe ir más allá de los miedos y de las entrevistas sobre la alimentación del paciente, ya que detrás de esto se encuentran los verdaderos problemas psiquiátricos. La combinación del tratamiento psicológico más la terapia cognitivo- conductual, muestra una adhesión a seguir el tratamiento, de un 46%. Estos tratamientos han demostrado tener eficacia en un periodo superior a 5 meses (Gomez C. , 2015).

El identificar esta enfermedad a tiempo, puede ayudar a implementar una terapia que tenga éxito e interferir en el cuadro positivamente, antes de que éste avance. Es de vital importancia la disposición que tenga el paciente y el grado de compromiso que éste muestre en su tratamiento.

Bulimia en Chile

En Chile, el 6% de la población tiene un desorden alimenticio declarado clínicamente y el 3% de estos casos, corresponden a Bulimia Nerviosa, de ellos el 84% corresponde a mujeres y el 16% a hombres. Según la Subsecretaria de Salud pública, las atenciones médicas por desorden alimentario aumentaron un 68% entre el 2014 y el 2018, siendo más frecuentes entre los 15 y 18 años (Evaluna Chekh, 20019). Se ha estimado que entre el 10-14% de las estudiantes universitarias presentan síntomas bulímicos y de ellas entre el 1-3% cumpliría criterios diagnósticos para bulimia nerviosa (Baader, 2014).

Actualmente la única política pública que se ha implementado para incitar a una vida activa y saludable es la de “Elige vivir sano”, sin embargo, los casos siguen en aumento; es por ello que estas iniciativas se hacen insuficientes ante la seriedad del problema.

2.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La definición de los trastornos alimentarios ha ido evolucionando en el tiempo, sin embargo, a veces no se cumplen los criterios en su totalidad. Existen casos en los que los síntomas son parciales a los trastornos alimentarios más conocidos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, a las cuales se les llama “trastorno de la conducta alimentaria no especificado” (TCANE), en estos trastornos también se presentan alteraciones de la imagen corporal y desórdenes alimenticios; estos son perjudiciales para la salud, al igual que los otros trastornos son limitantes en todos los aspectos de la vida de un individuo. Sin embargo, es el tipo de trastorno más común en los pacientes, lo que amerita un tratamiento oportuno y detectarlo a tiempo (Behar, 2008).

En estos trastornos los pacientes pueden presentar síntomas similares a la anorexia, pero que no poseen un peso menor al 85% esperado; también se encuentran personas con síntomas de bulimia, atracones y purgas, sin embargo, no lo hacen con la frecuencia para caer en esa categoría; también se incluyen personas que abusen de anorexígenos, diuréticos y todo tipo de medicamentos relacionados con la dieta, lo que conlleva, muchas veces, a cuadros psicológicos. También se toma en consideración que, a veces, estos síntomas son transitorios (Behar, 2008).

Criterios de diferentes trastornos de la conducta alimentaria no especificados según la DSM5 (2014):

Síntomas de anorexia con reglas regulares, se presenta pérdida de peso significativa pero el paciente sigue estando dentro de un peso normal

Se cumplen todos los criterios de diagnóstico para la bulimia nerviosa, con la excepción de que las comilonas y las conductas compensatorias aparecen menos veces durante la semana o cada cierto mes.

Criterios según la DSM 5 apéndice B para el trastorno por atracón:

- Episodios recurrentes de comilona, que se caracterizan por:
 - Ingesta en un corto periodo de tiempo (ejemplo: dos horas) de una gran cantidad de comida, superior a la que la gente podría consumir en el mismo tiempo.
 - Sensación de pérdida de control durante el periodo (sensación de no poder parar de comer o no ser capaz de controlar qué y cuánto está comiendo)
- Los episodios de comilona se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 - Ingesta mucho más rápida de lo normal
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - Comer a solas para esconder su voracidad
 - Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después de la comilona
 - Profundo malestar al recordar las comilonas
 - Las comilonas tienen como promedio al menos dos veces por semana, en un tiempo superior o igual a 6 meses.

La comilona no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Criterios para Enfermedades relacionadas a las conductas alimentarias, según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados -International Classification of Diseases: ICD 10 (World Health Organization, 2006).

Anorexia nerviosa atípica

Este término se utiliza en los casos que falta una o más de las características típicas de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de pacientes es más común en psiquiatría de interconsulta. También pueden incluirse los pacientes que presenten todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero de forma leve.

Criterios de bulimia nerviosa atípica

Este término se utiliza en los casos que falta uno o más síntomas de la bulimia nerviosa, pero que presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen un peso normal incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva de comida, seguido de vómitos o purgas con síntomas depresivos (si estos síntomas cumplen con otros criterios debe hacerse un doble diagnóstico)

Criterios de hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

La ingesta excesiva como reacción a una situación estresante y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas, acontecimientos emocionales, pueden darle lugar a una obesidad reactiva, en especial en personas con tendencia al sobrepeso. La obesidad como causa de alteraciones psicológicas puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado respecto de su aspecto físico y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Pueden exagerarse las dimensiones subjetivas de la imagen corporal.

Criterios para vómitos en otras alteraciones psicológicas

Aparte de la bulimia nerviosa donde los vómitos son auto provocados, pueden presentarse vómitos repetitivos en trastornos disociativos (de conversión), la hipocondría, en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales.

Otros trastornos de la conducta alimentaria no especificado

- Pica: Comer sustancias no nutritivas (tierra, plástico) una vez al mes o con frecuencia.
- Vigorexia: implica culto al cuerpo que se manifiesta por una práctica excesiva del deporte, provocada por una obsesiva preocupación por el aspecto físico, y tiene como meta principal la obtención de un aumento de masa muscular. Aparte de la obsesión por el deporte, también hay un cambio drástico en la alimentación con el fin de alcanzar los objetivos físicos de la persona. Esta dieta suele tener la cantidad de

alimentos en gramos estipulados, sin permitirse una alteración o cambio en ésta, con consecuencias negativas para la salud. En un estudio desarrollado en población universitaria chilena, se observó que los estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física y Kinesiología de la Universidad Autónoma de Temuco, presentan en un 30% riesgo leve y en un 29% riesgo moderado de Vigorexia (Valdes, 2013).

- **Ortorexia:** Se entiende por Ortorexia, la obsesión por la comida saludable. En la Ortorexia hay una alteración en la conducta alimentaria y, a diferencia con otros trastornos de conducta alimentaria, el problema gira en torno a la calidad de la comida, no a la cantidad. Un estudio desarrollado en la población escolar adolescente chilena, indica una prevalencia del 30,7% de conducta ortoréxica, siendo mayor en los hombres (35,1%), que en las mujeres (25,5%) (Jerez, 2015).

Factores que pueden desarrollar un trastorno alimentario no especificado

La historia sugiere que los cambios peri puberales en la silueta corporal y en el peso, predisponen a las personas jóvenes a desarrollar actitudes alimentarias no saludables. Un desorden alimentario puede diagnosticarse en alrededor del 10% de las adolescentes con diabetes mellitus insulino-dependientes, en las cuales, la ganancia ponderal, la restricción de la dieta y la preocupación por los alimentos, pueden predisponer a desarrollar una patología alimentaria clínica o subclínica (Behar, 2008).

El aumento excesivo de la actividad física en pacientes anoréxicas, al menos un año antes de su diagnóstico, es una causal significativa para desarrollar un desorden, las características más comunes de estos son: preocupación por los alimentos, consumo de energía, distorsión de la imagen corporal e insatisfacción con el peso corporal, influencia inapropiada de éste en la autoevaluación, intenso temor a aumentar de peso, aunque sea en el rango normal o levemente por debajo de él, uso de uno o más métodos patológicos de control ponderal, ingesta alimentaria influida por sentimientos de desprecio hacia sí misma, ausencia de trastorno médico que explique la restricción energética, pérdida de peso o mantención de peso bajo corporal y disfunción menstrual.

También se suman las siguientes características: problemas gastrointestinales y alimentarios en la infancia, preocupaciones en torno al peso elevado y a la silueta, autoevaluación negativa, abuso sexual, otras experiencias adversas y en general, morbilidad psiquiátrica. (Behar, 2008)

Tratamiento

Las consecuencias al igual que en la bulimia y en la anorexia, son perjudiciales tanto para la salud mental como psicológica del paciente, es por ello que, para el tratamiento se necesita un equipo interdisciplinario, compuesto por: un psicólogo, un médico especialista, un nutricionista y un psiquiatra si lo amerita. La evaluación médica debe tomar en cuenta las necesidades y características de las adolescentes en el contexto de su edad, desarrollo puberal y nivel de actividad física (Ministerio de sanidad y consumo, 2009).

Aunque las opciones son diversas, la meta es la misma: lograr la estabilidad física y mental del paciente

Los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) se asocian a complicaciones físicas severas, las que pueden ocurrir durante la fase aguda de la enfermedad, así también como en el estado crónico o durante la recuperación. Los síntomas físicos pueden jugar un rol clave en la motivación de una paciente, para buscar e involucrarse en un tratamiento

Muchas veces la paciente con TCA no es consciente de su enfermedad, lo cual implica que el tratamiento se comience con una escasa motivación para el cambio. La comprensión de estos aspectos por parte de los profesionales de la salud que tengan los primeros contactos con la paciente y su familia, serán fundamentales para el éxito de la referencia al tratamiento especializado y su posterior adherencia (Condes, 2011).

Hoy al contarse con más conocimiento sobre estas problemáticas; es importante que el estudiante como futuro docente, tenga esta información, así como también algunas herramientas para ayudar a los estudiantes, que manifiesten estos trastornos en las escuelas y colegios, que de acuerdo a la información con que se cuenta, ha aumentado de manera preocupante en los últimos años. En este trabajo, en todo caso, se abordarán sólo los

estudiantes que manifiestan esta problemática, dejando la invitación abierta, para futuros proyectos que involucren a toda la comunidad universitaria.

2.4 La obesidad como un trastorno alimentario

Si bien la obesidad tiene múltiples factores, a continuación, se expondrá el tema desde el punto de vista psicológico y cómo esto se relaciona con los trastornos de la alimentación.

Actualmente, de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, por diferentes causas, incluyendo desbalance energético, fármacos, patología genética y factores psicológicos. La Federación Mundial de Obesidad World Obesity Federation, la ha definido como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para la prevención y control de ésta (Aguilera, 2019).

La obesidad no solo se produce por alteraciones del organismo o factores genéticos, sino que debe ser considerada también, desde un punto de vista psicológico. El malestar principal, es el sentimiento de falta de control y mal manejo de las emociones, fomentando la alimentación compulsiva y excesiva, que precipitan el aumento de peso y la obesidad.

La persona que padece esta enfermedad, siente una adicción a la comida, donde desahoga sus emociones mediante la ingesta alimentaria. El problema psicológico, radica en las relaciones y asociaciones que formamos con la comida, es decir: podemos premiarnos con comida o podemos pasar las tristezas, calmar nuestra ansiedad, ser parte de la interacción social al momento de comer, provocarnos placer, desahogar nuestro estrés y calmar la ira.

“Geliebter Etal y Bongers Etal, evaluaron la ingesta de alimentos en individuos de distinto estado nutricional, indicando que las personas con exceso de peso, comían más frente a emociones negativas; mientras que las personas con estado nutricional normal, aumentaban preferentemente su ingesta frente a emociones positivas” (Palomino, 2020).

Algunas teorías interesantes sobre la obesidad son:

Una de ellas, planteada por Bruch en 1979, proveniente de la psicología, dice que la relación entre la ingesta de alimentos y emociones, tiene dos vertientes; por una parte, afirma que las personas con obesidad tendrían dificultades para distinguir el hambre y la saciedad, esto se originaría en carencias afectivas durante la niñez, donde no se entregó los requerimientos biológicos, sociales y emocionales necesarios para afrontar diferentes situaciones, lo que lleva al individuo a suplir las carencias con comida; la segunda vertiente dice que el individuo adopta, como un mecanismo de defensa, la ingesta alimentaria frente a exigencias emocionales.

La segunda teoría planteada por Kaplan, establece una relación entre las emociones negativas y la ingesta alimentaria. El estrés es definido como una amenaza por cortos o largos periodos de tiempo, en donde se ve alterada la homeostasis del individuo, fisiológicamente, se activa el eje hipotálamo, aumentando las demandas de glucosa para satisfacer las necesidades de homeostasis corporal. Los glucocorticoides que se secretan en periodos de estrés, aumentan los niveles de glucosa, aumenta el apetito y en consecuencia la ingesta de alimento. Existen alimentos que actúan sobre el sistema nervioso, reduciendo los efectos del estrés, provocando placer y liberando serotonina, como lo son los alimentos altos en grasa, azúcares y calorías, que al ser consumidos en exceso provocan sobrepeso y obesidad. Estas personas adoptan como mecanismo de defensa, ante emociones negativas, el comer en exceso alimentos poco saludables (Palomino, 2020).

En conjunto con estas teorías existe también el estigma social creado en torno a la obesidad, personas a quienes se les ve como débiles, con falta de voluntad y mal cuidado personal. Esto lleva a la persona a una baja autoestima y a buscar refugio en la comida, adoptando también actitudes de defensa y estrategias para combatir el estereotipo que se ha formado en torno a éste (a). La búsqueda constante de delgadez, produce estrés y ansiedad en quienes no pueden alcanzarla, generando tácticas peligrosas y pocos saludables con el fin de cumplir este objetivo.

Muchas de las personas que sufren obesidad, llevan años en esta condición, incluso podría presentarse desde la niñez, acrecentando aún más las consecuencias psicológicas, formando personalidades inseguras y con tendencias a trastornos psicológicos (Alemanny, 1998).

Tratamiento

El tratamiento para obesidad debe ser multidisciplinario, por un lado brindar el apoyo nutricional y farmacológico (si se requiere), además de contemplar un diagnóstico psicológico, que mida la situación actual del paciente y los posibles trastornos psicológicos y alimentarios que éste pueda presentar, ya que es común la relación con otras enfermedades psicológicas relacionadas al sobrepeso, como lo son: bulimia, trastorno por atracón, trastorno de ansiedad generalizada, síndrome del comedor nocturno, etc.

También es importante hacer un seguimiento del paciente, incluso cuando éste ha recuperado su peso normal, ya que es común que, a los meses de haber terminado su tratamiento, vuelvan a recuperar el peso perdido, esto se da cuando el paciente no ha tenido la ayuda psicológica necesaria, para generar estrategias con el fin de afrontar situaciones de estrés o no se ha trabajado en las adicciones y relaciones que se han establecido en torno a la comida.

Por otro lado, se debe poner especial atención, al miedo a engordar que puedan desarrollar los pacientes, esto podría llevarlos a trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia (kamba, 2001).

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1. Diseño de Investigación

La investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva y de temporalidad transversal, ya que los datos fueron recogidos en un único momento (Sampieri, 2014).

3.2. Población de estudio

Se invitó a participar a todos/as las estudiantes de la carrera por medio del un cuestionario de la imagen corporal “Body Shape Questionarie” online disponible en una red social de la carrera. Accedieron a responder otorgando su consentimiento, 58 participantes de la carrera de Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Física de la UMCE. La caracterización de la muestra nos permite identificar que respondieron un 39,7% de hombres (23 estudiantes) y un 60,3% de mujeres (35 estudiantes). En cuanto a la edad, el cuestionario sociodemográfico permitía responder a tres rangos de edad y su representación en la muestra fue: en el tramo 18 a 22 años: 23 estudiantes (39,7%), entre 23 a 27: 28 estudiantes (48%), y mayor de 27 años: 7 estudiantes (12%). [CM2]

3.3. Instrumento de investigación

Para medir la presencia de trastornos alimenticios en estudiantes [CM3] de la carrera de Pedagogía en Educación Física Deportes y Recreación, se usó el cuestionario de la imagen corporal “Body Shape Questionarie” creado por Cooper Taylor y Fairburno en el año 1987, que consta de 34 preguntas con 6 opciones de respuesta, las cuales son: nunca, raramente, alguna vez, a menudo, muy a menudo, siempre.

La validación del instrumento se fundamenta en la realización de “la estandarización de la prueba Body Shape Questionnaire en población normal colombiana, al elegir un grupo de 1939 niñas, preadolescentes y adolescentes escolarizadas en siete colegios (cuatro públicos

y tres privados), con edades comprendidas entre los 9 y 19 años, elegidas de forma aleatoria en la ciudad de Popayán (Departamento del Cauca, Colombia). El promedio de edad fue de 14 años con una desviación estándar de 1.83 años. La elección se hizo por un muestreo estratificado por bloques, mediante el cual se seleccionó el 10% de las instituciones públicas y privadas de la población, y se tomó la muestra disponible en su totalidad. En este estudio se encontró que la prueba se divide en dos factores con una alta coherencia teórica que se podría esperar de un constructo en donde no sólo se habla de insatisfacción corporal en general, sino asociado la ganancia de peso corporal. No se estaría explorando, entonces, una característica dismórfica generalizada, sino aquella asociada a la preocupación que causa el tener sobrepeso u obesidad. El primer factor se llamó Insatisfacción Corporal y el segundo Preocupación por el Peso. El método de estandarización usado fue el de validación de constructo a través del análisis factorial con rotación Varimax, que permitió obtener, altamente diferenciados, los dos factores mencionados anteriormente; es decir, se obtuvo un KMO (Kayser Meyer Olkin) de 0,98 y con una varianza de 52,3%. La consistencia interna se calculó por medio de un alfa de Cronbach, con coeficiente de correlación intraclase, con el que se obtuvo una medida de 0,95 para el instrumento en general, 0,95 para el primer factor y 0,92 para el segundo factor. Las puntuaciones se tipificaron en percentiles, estableciendo como punto de corte el percentil 85, que equivale a una puntuación directa de 59 para el factor de Insatisfacción Corporal, de 54 para el factor de Preocupación por el Peso y de 112 para la puntuación general (Castrillon, 2007)^[CM4]

Ha sido utilizado en diferentes países, mostrando resultados claros en la insatisfacción corporal de los encuestados. (Vázquez, 2011). Podemos citar como ejemplo, el realizado en estudiantes de la carrera de medicina en Perú, en donde el objetivo del estudio fue determinar el porcentaje de insatisfacción corporal, en estudiantes universitarias; así como su relación con otros factores como la edad, actividad física e índice de masa corporal. Se realizó “un estudio transversal descriptivo donde participaron 124 estudiantes universitarias de la escuela de Medicina de edades entre 19 y 27 años. ^[CM5] Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el cuestionario sobre insatisfacción corporal (BSQ), el cuestionario de actividad física (IPAQ), y el Índice de Masa Corporal (IMC)”. Los resultados arrojaron que un 60.4% de las estudiantes presentó resultados compatibles con la insatisfacción corporal, además, a medida

que aumentaba el IMC fue mayor también la insatisfacción corporal en las jóvenes universitarias.^[CM6]

El estudio concluyó que el porcentaje de insatisfacción corporal en mujeres, es similar al hallado en otros estudios. También que el alto porcentaje de insatisfacción corporal, requiere la aplicación de estrategias de prevención en los grupos más vulnerables al desarrollo de estos trastornos. (Benel, 2007)^[CM7]

El cuestionario es un instrumento objetivo que mide tanto la insatisfacción corporal como el miedo a la ganancia de peso, teniendo como objetivo evaluar las acciones actitudinales en torno a la imagen corporal, tiene una puntuación de 204 siendo el puntaje de corte 136.

3.4. Análisis estadístico

Para el desarrollo de los análisis se utilizó el programa estadístico SPSS v24. Para los análisis descriptivos de las diferentes variables categóricas, se utilizaron frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%). En el caso de las variables cuantitativas continuas se ha utilizado la media y desviación estándar (DS). Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado, T-Student y ANOVA.

3.5. Procedimiento

La investigación comenzó con la recopilación de información sobre el tema tratado. En esta etapa se buscó información y se realizó un marco teórico que contextualizara el tema, señalando al menos definiciones, síntomas, causas, consecuencias y posibles tratamientos. Nos basamos en diferentes autores, principalmente de España, México, Colombia y Chile, quienes aportaron todos los datos expuestos en esta memoria.

En el proceso de selección del instrumento, se analizaron tres cuestionarios, para finalmente, a partir de la información que nos permitían recaudar, se optó por el “Body Chape Questionnaire”. Por las condiciones de la actual pandemia, se traspasó el cuestionario a una plataforma online (Google forms), y estuvo a disposición en una red social de la carrera por

20 días, en los cuales se invitó a los/as estudiantes de la carrera a responder bajo confidencialidad nuestro cuestionario.

Con la información recogida, procedimos a analizarla estadísticamente, describir los resultados encontrados y a obtener conclusiones para nuestro estudio. En base a estos resultados, se elabora una propuesta metodológica que factible de ser implementada por nuestra institución universitaria, atendiendo las particularidades de los/as estudiantes respecto de hábitos de alimentación y atención preventiva de enfermedades.

Capítulo 4. Resultados

Se reclutó una muestra de 58 estudiantes a los cuales se les aplicó el “Body Shape Questionnaire”, todos otorgaron su consentimiento para participar de la investigación (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra:

Muestra	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Edad n (%)		
			18 a 22 años	23 a 27 años	Más de 27
Total	35 (60,3)	23 (39,7)	23 (39,7)	28 (48,2)	7 (12,1)

De acuerdo al puntaje total del Body Shape Questionnaire 27 estudiantes, que representan al 47%, sienten satisfacción corporal, es decir presentan un puntaje inferior a 81 puntos. Por el contrario, 31 estudiantes, que representan al 53%, sienten insatisfacción corporal. **ESTE RESULTADO PODRÍA ESTAR FORMULADO EN LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS. SI NO ESTÁ DEBE FORMAR PARTE DEL RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA QUE SEÑALA TRASTORNOS ALIMENTARIOS.**

Al analizar las medias de puntajes por género, observamos diferencia estadísticamente significativa entre género ($p < 0,05$) por medio de la prueba t de Student, destacando una media superior en las mujeres (Tabla 2). **ESTE RESULTADO DEBERÍA RESPONDER A UN OBJETIVO ESPECÍFICO QUE NO ESTÁ FORMULADO PARA ESTE ESTUDIO.**

Tabla 2. Puntaje total del Body Shape Questionnaire, general y por género.

Sexo	N	Media (ds)
Hombre	23	74 (27,06)
Mujer	35	106 (40,88)
Total	58	93,77 (39,13)

Al analizar los resultados generales según categorización (Nieto y Lara, 2019), observamos que la mayoría de los/as estudiantes se siente “No preocupado/a” respecto de su imagen corporal, sin que exista diferencia estadísticamente significativa. No obstante, llama la

atención que en la categoría “Preocupación extrema” no encontramos a ningún hombre y al 22,9% de las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Categorización del Body Shape Questionnaire por género.

Categorización	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
No preocupado/a	13 (59,1)	14 (40)	27 (47,4)
Leve preocupación	6 (27,3)	7 (20)	13 (22,8)
Preocupación moderada	4 (13,6)	6 (17,1)	10 (15,8)
Preocupación extrema	0 (0)	8 (22,9)	8 (14)
Total	23 (100)	35 (100)	58 (100)

Al analizar los puntajes totales por año de la carrera, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) por medio de la prueba Anova, más observamos un descenso en las medias a medida que avanzan los años de la carrera (Tabla 3) **ESTO TAMPOCO ESTÁ FORMULADO COMO UN OBJETIVO. EL CUAL SERÍA DETERMINAR PREVALENCIA DE TRASTORNO ALIMENTARIOS POR NIVEL DE AVANCE EN LA CARRERA.**

Tabla 3. Puntaje total del Body Shape Questionnaire, por año de carrera

Año de carrera	N	Media (ds)
1	4	119,00 (57,09)
2	2	123,00 (59,40)
3	7	89,14 (45,31)
4	23	90,35 (33,88)
5	22	92,73 (40,28)
Total	57	93,77 (39,13)

En la tabla 4 se presentan las preguntas y el n (%) general de respuestas según opciones del cuestionario, sean: Nunca, Raramente, Alguna Vez, A menudo, Muy A menudo, Siempre.

Tabla 4: Resultados por pregunta del “Body Shape Questionnaire” según n (%)

Nº	Preguntas	Nunca n (%)	Rara vez n (%)	Alguna vez n (%)	A menudo n (%)	Muy a menudo n (%)	Siempre n (%)
1	Me siento molesto/a o enfadado al hacer un examen de mi aspecto físico	11 (19)	12 (20)	12 (22,4)	13 (22,4)	4 (6,9)	5 (8,6)
2	Me sentí tan preocupado (a) por mi aspecto físico que debería hacer dieta	4(6,9)	8(13,8)	22(37,9)	8(13,8)	9(15,5)	7(12,1)
3	Pensé que mis nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes o gordos en relación al resto del cuerpo	18(31)	10(17,2)	11(19)	8(13,8)	5(8,6)	6(10,3)
4	Sentí temor a volverme gordo (a) o subir de peso.	16(10,3)	4(6,9)	15(25,9)	11(19)	8(13,8)	14(24,1)
5	Me sentí preocupado al sentir que mi piel o carne no era suficientemente firme y tonificada	5(8,6)	9(15,5)	15(25,9)	11(19)	8(13,8)	14(24,1)
6	La sensación de llenura (por ejemplo, después de una comida abundante) me ha hecho sentir gordo (a)	11(19)	9(15,5)	16(27,6)	12(20,7)	4(6,9)	6(10,3)
7	Me he sentido tan mal en relación con mi figura corporal que he tenido que llorar o gritar	23(38,4)	9(15,5)	15(25,9)	1(1,7)	4(6,9)	6(10,3)
8	Evite trotar a causa de que mi carne podía tambalearse o moverse como gelatina	38(65,5)	6(10,3)	8(13,8)	2(3,4)	1(1,7)	3(5,2)
9	El hecho de estar junto alguien delgado me ha hecho tomar conciencia del estado de mi figura corporal (comparación)	12(20,7)	13(22,4)	12(20,7)	6(10,6)	7(12,1)	8(13,8)

10	Me he sentido preocupado (a) por la parte de mis muslos que quedan visible al sentarse.	25(43,1)	12(20,7)	12(20,7)	3(5,2)	1(1,7)	6(10,3)
11	El hecho de comer, incluso pequeñas cantidades de comida, me ha hecho sentir gordo (a).	17(47,4)	9(15,8)	12(21,1)	4(7)	4(7)	1(1,7)
12	El hecho de ver detalladamente la figura de otra persona me hizo compararme con ellas y sentirme en desventaja por mi aspecto físico.	4(7)	11(19)	11(19)	16(28,1)	6(10,5)	8(14)
13	El hecho de pensar en mi figura hace que sea más difícil concentrarme en otras cosas (por ejemplo: cuando leo, estudio, etc.)	20(35,7)	15(26,8)	11(19)	6(10,7)	2(3,6)	2(3,6)
14	El estar desnudo/a (por ejemplo, al darme un baño), me hizo sentir gordo/a o pasada de peso.	12(20,7)	12(20,7)	16(27,6)	6(10,3)	3(5,2)	3(5,2)
15	Evito utilizar ropas que resalten mi figura corporal.	9(15,5)	13(24,4)	16(27,5)	6(10,3)	6(10,3)	8(13,8)
16	He imaginado modificar algunas zonas de mi cuerpo.	6(10,3)	8(13,8)	18(31)	10(17,2)	5(8,6)	6(10,3)
17	El comer pastel, dulces o otras cosas con muchas calorías me hizo sentir gordo (a)	11(19)	13(22,4)	14(24,4)	7(12,1)	9(15,5)	4(6,9)
18	No asistí a fiestas o reuniones sociales, porque me sentí mal con mi figura.	34(58,6)	7(12,1)	12(20,7)	1(1,7)	3(5,2)	1(1,7)
19	Me he sentido extremadamente grueso o rechoncho.	18(31)	8(13,8)	12(20,7)	9(15,5)	6(10,3)	7(12,1)
20	Me he sentido avergonzado de mi cuerpo.	7(12,1)	12(20,7)	15(25,9)	9(15,5)	8(13,8)	7(12,1)

21	La preocupación acerca de mi figura me hizo ponerme a dieta	5(8,6)	3(5,2)	16(27,6)	13(22,4)	8(13,8)	13(22,4)
22	Me siento más feliz con mi figura cuando mi estómago está vacío.	16(27,6)	13(22,4)	15(25,9)	3(5,2)	3(5,2)	8(13,8)
23	Pensé que la causa del estado de mi figura era debido a que no era capaz de controlarme a la hora de comer.	14(24,1)	7(12,1)	15(25,9)	10(17,2)	5(8,6)	7(12,1)
24	Me siento preocupado (a) si otras personas me ven "gorditos" o "llantas" en mi cintura, cadera o estómago.	12(21,1)	8(14)	16(28,1)	7(12,3)	6(10,5)	8(14)
25	Siento que no es justo que otras personas sean más delgadas que yo.	38(65,5)	3(5,2)	5(8,6)	3(5,2)	6(10,3)	3(5,2)
26	He vomitado con la intención de sentirme más liviano (a).	38(77,6)	4(6,9)	5(8,6)	0	3(5,2)	1(1,7)
27	¿En compañía de otras personas, me siento preocupado (a) por el hecho de ocupar demasiado espacio? (estar sentado en el sofá o asiento del autobús)	38(65,5)	13(22,4)	2(3,4)	9(15,5)	1(1,7)	2(3,4)
28	Me siento preocupado/a porque se me formen hoyuelos en la piel (piel de naranja) o por tener celulitis.	25(43,1)	14(24,1)	10(17,2)	1(1,7)	3(5,2)	5(8,6)
29	Al ver mi imagen en el espejo me sentí mal con el estado de mi figura.	10(17,2)	5(8,6)	27(46,6)	4(6,9)	6(10,3)	6(10,3)

30	He pellizado zonas de mi cuerpo para ver cuanta grasa contienen.	8(13,8)	7(12,1)	17(29,3)	12(20,7)	6(10,3)	8(13,8)
31	Evito situaciones donde otras personas puedan detallar mi cuerpo (piscinas, playas, gimnasio).	22(37,9)	10(17,2)	15(25,9)	6(10,3)	1(1,7)	4(6,9)
32	Tomo laxantes buscando sentirme más liviano/a	48(82,8)	3(5,2)	4(6,9)	2(3,4)	0	1(1,7)
33	Tome especial conciencia de mi figura estando en compañía de otras personas.	14(24,1)	14(24,1)	16(27,6)	7(12,1)	2(3,4)	5(8,6)
34	La preocupación acerca de mi figura me hizo sentir que debería hacer ejercicio	5(8,6)	3(5,2)	16(27,6)	13(22,4)	8(13,8)	13(22,4)

DÓNDE ESTÁ EL BAREMO O TABLA QUE SEÑALE LA INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS PARA CADA CLASIFICACIÓN?

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito, determinar la prevalencia de **trastornos alimenticios** en estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Sus principales resultados determinaron que el 53% de los/as estudiantes encuestados, siente **insatisfacción corporal**, mientras que el 56.9% siente temor a engordar; siendo un dato relevante que los puntajes en las estudiantes mujeres son más altos. La insatisfacción corporal y sus respectivos indicadores, son factores detonantes de posibles trastornos de la alimentación; ya que están fuertemente ligados a la presión social, ésta se evidencia, por ejemplo, en los modelos de belleza que se proponen, principalmente a través de los medios de comunicación masiva.

Una de las variables de mayor peso y relevancia para comprender el origen y el mantenimiento de los trastornos alimentarios, es la imagen corporal. Ésta se refiere a la forma en que el individuo representa mentalmente su cuerpo, cómo se percibe, siente y actúa respecto al mismo, siendo esta percepción variable, ya que puede cambiar a lo largo de la vida, adquiriendo especial trascendencia durante la infancia, la adolescencia y la adultez temprana (Brown, 2000). Un elemento citado comúnmente en el origen de la insatisfacción corporal, es la baja autoestima; jugando un papel esencial en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Niveles inferiores de autoestima, se han relacionado con sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de autonomía y problemas en las relaciones sociales (Angeles, 2016).

El modelo cultural de delgadez, se relaciona con el miedo y el estigma de la obesidad, vinculándolas con connotaciones negativas, como la falta de voluntad y carácter, considerándolas poco atractivas y responsables de la condición de sobrepeso; siendo éstos, factores de riesgo, ya que pueden ocasionar prácticas peligrosas para la salud, como dietas extremas o uso de laxantes, lo que puede llevar a desarrollar un trastorno alimentario (Arrollo, 2012).

Estudios acerca de la insatisfacción corporal en universitarios de ambos sexos, de 18 a 30 años de edad, realizados en la Universidad Santo Tomás de Viña del Mar, en Chile; la Universidad Autónoma de Chile y la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT) de Panamá, muestran cifras similares (50% aproximadamente), acerca de una

mala imagen corporal, además de una mala percepción de su estado nutricional. En este estudio se comprobó la mala percepción del estado nutricional en la población y su relación con la insatisfacción corporal (Durán, 2013)

Otro estudio con resultados similares se realizó en el campus de Pamplona de la Universidad Pública de Navarra a 1.162 estudiantes, en donde se aplicó un test de percepción corporal y se pesó a cada participante, mostrando resultados de insatisfacción corporal de 48% en estudiantes de peso normal y un 62% en estudiantes con sobrepeso (Ruiz, 2015).

Se agrega al anterior, un estudio aplicado a estudiantes de la Universidad Atlántico, en la cátedra de Deporte formativo en Barranquillas (Colombia), aquí fueron entrevistados y se les preguntó sobre el tema en tiempos de pandemia, arrojando como resultado un incremento en los porcentajes de insatisfacción corporal y miedo a engordar. En estos tiempos, debido al encierro y la poca movilidad, muchos estudiantes han subido de peso o han visto reducido sus entrenamientos, lo que ha aumentado el riesgo a padecer desórdenes alimentarios (Clemente, 2020).

El problema de la insatisfacción corporal, pareciera ser transversal, ya que se da en estudiantes de diferentes universidades de nuestro país y de otros países también. Como lo demuestra el estudio realizado en Valencia a 143 universitarios, éste arrojó cifras de insatisfacción corporal de 58%. Aquí se tomaron en cuenta los siguientes factores: el sexo de los encuestados, el peso, el nivel socioeconómico, la calidad de la dieta y el nivel de actividad física que hacían. Se determinó que existía más insatisfacción corporal en mujeres de estratos sociales bajos, que permanecían sedentarias y llevaban una dieta inadecuada, acrecentándose más aún en personas con sobrepeso; llegando a un nivel de insatisfacción corporal de 86% (Duno, 2019)

Un estudio aplicado a estudiantes de Chile (799 voluntarios de diferentes universidades de la quinta región de Valparaíso), para determinar el nivel de actividad física y de hábitos alimentarios, mostró que tenemos una población propensa a la mala nutrición y al sedentarismo. Si bien la elección de los alimentos y la decisión de hacer ejercicio recae en el estudiante, es importante implementar programas de educación nutricional y físicas en las aulas universitarias (Fernando Rodríguez R., 2013).

Dentro de la investigación destacó que entre el 45 y 50% aproximadamente de las mujeres encuestadas, respondió afirmativamente a la mayoría de las preguntas, presentando una mayor insatisfacción corporal y miedo a la obesidad que los varones (entre 30 y 35%).

“Los trastornos de la conducta alimentaria los sufren en mayor medida las mujeres (90%) en comparación con los hombres (10%). El síndrome más frecuente es el trastorno de la conducta alimentaria no especificado y el trastorno por atracón (este último con muy poca diferencia en la prevalencia entre hombres 2% y mujeres 3.5%). A pesar de eso, en todos los casos la incidencia siempre es mayor en mujeres que en hombres” (Guarda, 2018).

Lo anterior, podría explicarse por el rol de género y los estereotipos formados en cuanto a la mujer, estos fomentan una imagen idealizada de la belleza y promueven la extrema delgadez. En la pre adolescencia, los riesgos a los trastornos alimenticios aumentan más en ambos sexos, siendo el 75% en mujeres y un 25% en hombres (Bastarrica, 2012).

Con relación a nuestra investigación, debemos señalar que en ella participaron estudiantes de diferentes edades, siendo mayoritariamente de 18 a 27 años. El rango de mayor respuesta afirmativa a las preguntas del cuestionario, se dio en el tramo 23 a 27 años. Este coincide con el segmento promedio de edad universitaria.

Se sabe que el periodo académico genera gran estrés, ansiedad y mal nutrición en los estudiantes, quienes, muchas veces, carecen de tiempo para poder planificar o preparar su alimentación; un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Madrid reveló que en el periodo de exámenes los factores de riesgo en los alumnos aumentaban un 30%. Esto podría verse acrecentado en carreras relacionadas con el cuerpo, como danza, gimnasia y educación física, debido a la estrecha relación con lo estético (Rosario, 2010).

Fortalezas y debilidades

Si bien este estudio dejo en clara evidencia la existencia de posibles casos de trastornos de alimentación en la población universitaria, no fue posible abarcar un gran número de personas debido a la situación actual en la que nos encontramos. Sin embargo, podemos señalar a modo de síntesis en el siguiente cuadro las fortalezas y debilidades de mi investigación

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Haber abordado un tema que se encuentra presente en estudiantes de la carrera de Pedagogía en Educación Física y Salud, y que no se había considerado - Comprobar que es un problema vigente, ya que hay un alto porcentaje de estudiantes que presentan el problema. - Proponer un camino para ayudar a estos estudiantes. - Que esté disponible este trabajo para que las autoridades de la carrera tomen conocimiento y aborden el problema -Dejar abierta una puerta para futuras investigaciones sobre el tema con un mayor grado de profundidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo acotado de la muestra, debido a la emergencia sanitaria. - No haber podido aplicar más instrumentos de medición por la misma razón anterior. - No haber podido extender el estudio a otras carreras, en donde lo más probable es que el problema se manifieste con más frecuencia

Propuesta

Entendiendo las situaciones anteriores de los/as estudiantes con respecto a su cuerpo y cómo manifiestan sus miedos ante cómo este se ve, es necesario implementar una propuesta concreta que aborde esta problemática desde un punto de vista mentalmente saludable y amigable con un entorno comprensivo y consiente de la importancia de la situación.

La importancia de esta problemática no sólo radica en lo mental y físico del involucrado, sino que también limita las libertades de este poniéndolo en una situación de miedo constante que le impide desarrollarse en diferentes áreas tales como estudios, entorno social, y proyecciones personales.

“Los significados son interpretaciones que se hacen acerca de la realidad, de tus experiencias, de ti mismo o misma, de los demás o de tu vida. Un significado es una atribución cognitiva que forma parte de tu estructura mental y cosmovisión, por tanto, es una especie de guía o referencia para tu existencia” (Bazan, 2015).

De acuerdo a esto, es importante que los/as estudiantes puedan resignificar lo que es un trastorno alimenticio, dado que este hoy en día es un tema del que aún se desconoce y por tanto se generan estereotipos en torno a estos.

La propuesta se basa en educar a los estudiantes con respecto al tema para que no sólo puedan ser informados, sino que también tengan la capacidad de abordarlo desde un punto de vista pedagógico.

Para esto se propone implementar dentro de la universidad un “**Centro de ayuda integral**” que aborde los trastornos alimenticios de los estudiantes de la facultad. Para esto es necesario llevar a cabo una serie de pasos previos y paralelos a la creación de este centro, que permitan que este proyecto se lleva a cabo de la forma óptima.

- En primera instancia, es necesaria la implementación de un test, al momento de entrar a la carrera, que identifique los posibles trastornos de los estudiantes, teniendo en consideración que éstos no deben ser excluidos del centro estudiantil, sino más bien ser acogidos y educados de la mejor forma para abordar su problemática.

- Luego de detectar posibles trastornos, el alumno debiese recibir un acompañamiento constante a lo largo de la carrera, que le permita desarrollarse de mejor forma con su entorno.

Este acompañamiento debe estar supervisado por un equipo médico compuesto por psicólogos y psiquiatras, además de un nutriólogo, que optimicen profesionalmente el proceso del alumno. Además, es necesario un equipo pedagógico que acompañe a los alumnos a entender las repercusiones de estos trastornos en el aula y cómo afecta a la vida de cada estudiante.

- Tomando en consideración lo anteriormente dicho con respecto a la resignificación, se hace necesario implementar un ramo de salud alimenticia que eduque a los estudiantes acerca de la temática para que puedan abordarla con una nueva perspectiva y a la vez tener las herramientas para enfrentarse a ellas en el aula.

Las autoridades del centro universitario deben tomar conciencia que la educación física radica no sólo en el hacer ejercicio, sino en la salud de cada estudiante, entendiéndose salud como un estado de bienestar pleno tanto físico como mental, Por lo tanto, la implementación de este centro debe partir por una toma de conciencia por parte del cuerpo docente que entienda la problemática de educar y ser educado sin conciencia de salud mental ligado a los trastornos alimenticios.

La implementación de este centro requiere entonces la toma de conciencia de las autoridades, para que de este modo pueda generarse un fondo que cubra las necesidades económicas que requiere la mantención e implementación de este.

El centro debe considerar los siguientes puntos fundamentales para su buen funcionamiento.

- Un espacio cómodo y seguro en el que los estudiantes puedan ser acogidos.
 1. Salas privadas donde los alumnos puedan ser atendidos de forma personal
 2. Sala común donde pueda haber charlas abiertas entre los alumnos para contar sus experiencias de forma guiada por los profesionales.

- Equipo profesional que se haga responsable de los estudiantes en crisis y el acompañamiento constante y necesario de ellos en el proceso académico, tales como:
 1. Psicólogo que aborde problemáticas sociales de los alumnos para que éstos puedan ser escuchados y acompañados emocionalmente en el proceso.
 2. Un psiquiatra que evalúe el estado mental de los estudiantes que padecen trastornos periódicamente, para poder estabilizarlos según sus necesidades.
 3. Un nutriólogo que sea capaz de devolver la salud física a los alumnos desde un punto de vista amigable y acorde a su situación actual.
 4. Un equipo pedagógico que aporte las herramientas para abordar esta temática en la sociedad actual, y más aún, en el área en la que se desarrollarán los estudiantes, posterior a su egreso.

Contando con los implementos anteriores, es posible generar diferentes actividades que permitan abordar el tema de formas diferentes, más lúdicas, y versátiles. Por ejemplo, hacer sesiones informativas de actualidad con respecto a nuevos tratamientos, descubrimientos o experiencias que aporten al desarrollo de los estudiantes. Otro ejemplo importante, es poder reunir a las personas que padezcan trastornos similares y que puedan contar sus experiencias de forma que puedan sentir un acompañamiento por parte de sus compañeros y compañeras y entender otras realidades que le permitirán al alumno entenderse también a sí mismo.

En torno a todo lo anteriormente dicho, un “Centro de ayuda integral” sería un aporte a la comunidad estudiantil desde diferentes aristas, tales como ayudar a los alumnos que poseen dichos trastornos, como educar al resto a cerca de estos con respecto a sus posibles consecuencias y su manera de abordarlo, para que puedan estar preparados tanto en el ámbito pedagógico como social.

Se hace fundamental entender que los centros pedagógicos, deben abordar los problemas psiquiátricos de forma concreta, para que el grupo estudiantil pueda enfrentarse a los problemas de la sociedad actual de manera óptima y saludable.

Considerando lo expuesto anteriormente y en colaboración con la psicóloga clínica de la Universidad de las Américas, con conocimientos en equipos de alto rendimiento, mindfulness y 10 años de tratamiento en pacientes con trastornos alimenticios, Ps Jennifer Silva, es que propongo para toda la comunidad universitaria 4 talleres para trabajar de manera grupal (6 a

8 personas), que podrían implementarse dentro de la universidad, para detectar el problema en los estudiantes, informarles sobre el tema y entregarles herramientas de apoyo.

TALLER 1

Nombre del Taller	Psicoeducación de los trastornos alimentarios
Contextualización:	La psicoeducación abarca de manera integral las enfermedades mentales, mostrando sus factores biológicos, psicológicos y sociales, se muestra también, sus consecuencias y las situaciones estresantes por las que el individuo debe pasar, abarcando además, la resolución de éstas. Este modelo de intervención tiene diferentes beneficios: “en primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal, especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultad; en segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos; en tercer lugar, la intervención grupal con personas que presentan problemas similares, permite economizar tiempo y esfuerzo.” (cancino, 2018).
Objetivo	informar sobre el tema y desarrollar habilidades psicosociales mediante la psicoeducación de los participantes.
Descripción	El taller consta de 4 sesiones de 60 minutos cada una, que pueden ser de manera presencial u online. Se divide en tres etapas: educativa, análisis del problema, aplicación de estrategias y desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones relacionadas al tema.
Recursos	espacio físico (en caso de ser presencial), computador, data.

TALLER 2:

Nombre del Taller	Resolución de conflictos y emociones
Contextualización:	<p>La psicología define según “el modelo transaccional del estrés” de Richard Lazarus de 1996,” la forma de hacer frente a una situación potencialmente estresante y por ende, activadora de reacciones emocionales, implica la evaluación, valorar las implicaciones, las consecuencias, que las personas hacemos de los estresores, acontecimientos y dificultades temidas, y las emociones asociadas a ellos.” (Lazarus, 1996-2002)</p> <p>Es importante abarcar diferentes estrategias, por un lado, lograr que los participantes del taller, realicen una observación neutral y por otro, que sean conscientes de los sentimientos personales involucrados en el conflicto.</p> <p>Para ello, debe haber un análisis de la situación de estrés que se genera y los factores que pueden gatillarla (Delgado, 2012)</p>
Objetivo	Brindar herramientas para la resolución de conflictos y el manejo de las emociones en situaciones de estrés.
Descripción	Se necesitan 3 sesiones de 60 minutos cada una, que pueden ser presencial u online. Durante las sesiones y bajo metodología de análisis de casos, se buscará orientar en torno al manejo y control de las emociones en contextos demandantes y bajo presión.
Recursos	Espacio físico (en caso de ser presencial), computador, data.

TALLER 3:

Nombre del Taller	Autoestima y autocuidado.
Contextualización:	<p>La autoestima o la visión que tenemos de nosotros mismos, está directamente ligada a todos los ámbitos de nuestra vida: lo social, lo psicológico y lo físico. Es por ello, que se hace importante el cuidado de ésta y buscar técnicas que la desarrollen. (Sanchez, 2019).</p> <p>“La Técnica del Espejo fue elaborada por el Dr. Fernando Bianco Colmenares (1975), basándose en ejercicios para trabajar con imágenes corporales o “body imagery”, ha sido usada con éxito en terapia sexual y de pareja, se ha utilizado durante décadas en el trabajo psicoterapéutico para trabajar distintos aspectos del ‘self’, ayudando en el tratamiento de trastornos de ansiedad, psicastenia, depresión y otros trastornos del estado de ánimo, manejo de las emociones, para soltar los sentimientos de culpa y resentimientos, con uno mismo y con los demás. Los pacientes con trastorno dismórfico corporal, pueden resultar especialmente beneficiados con la asistencia psicológica adecuada, para la retroalimentación, sobre todo cuando se usa como complemento para tratar problemas tan delicados como puede ser la anorexia” (Gomez M. , 2021)</p>
Objetivo	Brindar herramientas para el desarrollo de la autoestima, mediante la técnica del espejo; resaltando las virtudes y habilidades de los participantes y mostrando una visión realista de cada persona.
Descripción	En esta sesión se desarrollará una técnica que consiste en visualizar en el reflejo de un espejo de cuerpo completo, analizar la visión, los pro y contras haciendo hincapié en la funcionalidad de las partes del cuerpo. Se espera una visión

	<p>objetiva de él, para luego comparar las visiones del resto de los integrantes, logrando una imagen completa del sujeto. Se realiza la importancia y valor de la vida a través de la corporalidad.</p> <p>Se hace necesario tener un espejo de cuerpo completo por participante, y está planificado para 2 sesiones de 60 minutos cada una.</p>
Recursos	Espacio físico (en caso de ser presencial), computador, data, un espejo por participante, papel, lápices y cinta adhesiva.

TALLER 4:

Nombre del Taller	Actividades pedagógicas para el desarrollo de la autoestima y la imagen corporal.
Contextualización:	La autoestima es la visión que tenemos de nosotros mismos, que está en constante cambio y puede afectar todos los aspectos de la vida de un individuo. En la etapa de la niñez y la adolescencia, se va forjando nuestra autoestima y se van definiendo las características de cada uno de nosotros. El desarrollo de actividades que fomenten la autoestima, puede ayudar a desarrollarnos de manera integral (mendez, 2018)
Objetivo	Proponer actividades para el desarrollo de la autoestima y la imagen corporal positiva que favorezcan los procesos de afianzamiento emocional.
Descripción	Dentro de este taller, se desarrollarán 5 actividades lúdicas y en grupos para fomentar la autoestima y la imagen corporal. Las actividades, permiten exponer y analizar situaciones tanto

	favorecedoras como desfavorecedoras Se realizará en una sesión con un tiempo de duración de 60 minutos.
Recursos	Espacio físico (en caso de ser presencial), computador, data, papel kraft, hojas de papel, lápices, plasticina.

Capítulo 5. Reflexiones

Esta memoria me ha hecho tomar una profunda consciencia con respecto a las enfermedades alimenticias, entendiéndole el peso en mayor medida a sus inicios y consecuencias inmediatas y a lo largo del tiempo. Ha sido un largo proceso de aprendizaje, que me ha revelado la gran cantidad de personas que hoy, pasan por este tipo de situaciones, pero a la vez esclarecedor, ya que me fue posible visualizar la realidad de los y las estudiantes con respecto a su sentir físico y mental.

Luego de profundizar en la información de la temática elegida en esta memoria, es importante destacar diferentes aspectos significativos y aprendizajes. Un punto importante para destacar, es la cantidad de personas dentro de la carrera que mostraron por medio de la encuesta, insatisfacción con su cuerpo, en mayor o menor medida; pero pudiendo acrecentar su situación de disconformidad con el pasar del tiempo, sin un tratamiento o acompañamiento oportuno.

Junto con lo anterior, resalto que la mayoría de los participantes en la encuesta, fueron mujeres. Esto habla directamente de una situación, el que las mujeres sienten mayor necesidad de mostrar sus pensamientos en cuanto a su corporalidad y su sentir en torno a esto. La población femenina se ha visto frecuentemente atacada por publicidad que sexualiza e idealiza sus cuerpos, generando un mayor grado de inseguridad en ellas.

Como futuros docentes en búsqueda constante de conocimiento, debemos crear y establecer estrategias que nos ayuden, tanto a nosotros mismos como a los estudiantes que tendremos en las aulas.

Por un lado, creo que la universidad juega un rol importante a la hora de brindar ayuda a los estudiantes y detectar casos que requieren asistencia psicológica, al comienzo de la carrera; no solo posibles trastornos psicológicos, sino también, otras afecciones que puedan ser dañinas, tanto para ellos (as) mismos (as), como para otros.

En el centro médico del establecimiento de la UMCE, se cuenta con profesionales de la salud psicológica y psiquiátrica; sin embargo, estos, muchas veces, no dan abasto para la población universitaria; por lo que generar instancias sociales donde puedan conocerse estudiantes con afecciones similares podría contribuir a su tratamiento y a la eficiencia del programa.

Por otro lado, creo que generar talleres y charlas donde los estudiantes puedan exponer sus conocimientos acerca del tema, ayudaría al conocimiento colectivo y a reforzar los lazos de la comunidad estudiantil. Deben existir instancias donde los alumnos puedan demostrar, no solo sus cualidades físicas, sino también, compartir sus conocimientos adquiridos sobre el tema en específico.

Conclusiones

Esta memoria surgió a raíz de la experiencia personal y los conocimientos e intereses por los que entré a la carrera de Educación Física Deportes y Recreación, entender la relación mente y cuerpo. No es concluyente de la memoria

Muchas veces hemos oído la frase del poeta romano I. Juvenal “mente sana en cuerpo sano”, pero esto implica más allá de la salud que cada uno pueda tener por separado, involucra el equilibrio entre ambos. No es concluyente de la memoria

Al ver la educación física desde un punto de vista psicológico, podemos ver que promueve valores y hábitos de vida saludable, además de contribuir a una imagen corporal positiva. No es concluyente de la memoria

El libro “La comunicación eficaz” de Lair Ribeiro, plantea que tenemos dos formas de cambiar positivamente: de lo psicológico a lo físico o de lo físico a lo psicológico. Implementar estrategias didácticas que promuevan la expresión de emociones a través del cuerpo; enseñar a los estudiantes la autoestima, brindando herramientas para desarrollar su potencial en diferentes áreas, recalcando siempre la importancia del autocuidado, es un cambio beneficioso que se puede lograr. No es concluyente de la memoria

Las personas con trastornos psicológicos, pueden llevar una vida “normal” y lograr las mismas cosas que la gente que no posee estas afecciones; sin embargo, necesitan el apoyo

necesario para afrontar sus miedos, situaciones de estrés y angustia. No es concluyente de la memoria

Para concluir, como un pensamiento personal, considero que las personas no son los trastornos o enfermedades que padecen, si bien estos pueden ser momentáneos o permanentes, es importante no encasillarnos en una enfermedad y negarnos el poder vivir una vida plena, valorar las habilidades y capacidades de cada uno de nosotros y reforzar nuestras debilidades. Una forma de sanación para mí, ha sido la búsqueda constante de conocimiento, conocer nuevos métodos de tratamientos y sobre todo descubrir el porqué de cada enfermedad, me ha hecho entender y aceptarme como persona. No es concluyente de la memoria

Bibliografía

- World Health Organization. (2006). *classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- Aguilera, C. (2019). Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? *Revista médica de Chile*, vol.3.
- Alemanny, M. (1998). *Obesidad y nutrición*. Madrid: Alianza.
- Angeles, M. (2016). *Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios*. México: Rev. Mex. de trastor. aliment vol.7.
- Arrollo, H. A. (2012). *Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta*. Madrid: Nutr. Hosp. vol.27 no.4.
- Atienza, J. D. (2015). *tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa*.
- Atienza, J. D. (2015). *tratamiento farmacológico de la bulimia*.
- Baader, T. (2014). *Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados*. santiago.
- Bastarrica, R. (2012). *Controversias de los trastornos alimentarios*. Madrid: IMC.
- Bazan, E. (2015). *Encontrando y realizando sentido*. Perú.
- Behar, R. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria*. red médica.
- Benel, R. (2007). *Insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia medida con el Body Shape Questionnaire*. Perú: Revista de Neuropsiquiatria.
- Brown, C. (2000). *pote et al. botella y baños*.
- cancino, C. (2018). *Psicoeducación: intervención de enfermería para el*. México: Crossmark.

- castrillon, D. (2007). *VALIDACIÓN DEL BODY SHAPE QUESTIONNAIRE*. colombia: acta nacional de medicina en colombia.
- Castrillon, D. (2007). *VALIDACIÓN DEL BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (CUESTIONARIO DE LA FIGURA CORPORAL) BSQ PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA*. Colombia.
- Clemente, I. (2020). *percepción de la imagen corporal de universitarios de Barranquillas en tiempos de COVID-19*. Colombia: revista electronica de psicologia.
- Clinica las Condes. (2015). *los trastornos alimentarios mas comunes en Chile*. Chile.
- condes. (2011). *trastornos de la conducta alimengtaria: descripcion y manejo*.
- Delgado, J. (2012). Técnicas de resolución de conflictos: Enfrentar la cotidianidad de forma asertiva. *Rincon de la psicologia*.
- DSM 5. (2015). Criterios actuales para la anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neurosiquiatria Organo oficial de la sociedad chilena de Neurologia*.
- Duno, M. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*.
- Durán, S. (2013). *Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá*. Santiago: Rev. chil. nutr. vol.40 no.1.
- Estudiantil, S. M. (2011). *Sonia Micin y Verónica Bagladi*. Chile: Universidad de Chile.
- (20019). *Evaluna Chekh*. Chile: la tercera.
- Familianova Schola. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Fundacion Schola.
- Fernandez, H. A. (2015). *historia de la anorexia*. españa: Universidad Pablo Olavide.
- Fernandez, R. (2019). *Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez*. Sevilla: Journal.
- Fernando Rodríguez R., X. P. (2013). *Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile*. chile: Escuela de Educación Física. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Santa Inés. Chile.
- Garcia, Y. S. (2012). *Imaginarios de belleza en estudiantes de Educación Física*. colombia.
- GES. (2020). *GES Chile*. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>.

- Gomez, C. (2015). *Nutricion Hospitalaria*.
- Gomez, M. (2021). *La tecnica del espejo*. Madrid: Psicoactiva.
- Guarda, M. (2018). *Trastornos de la conducta, ¿afectan menos a los hombres?* Barcelona: ITA Especialista en Salud Mental.
- Hernandez. (2015). *Historia de la anorexia*.
- Holguera, S. (2013). *la anorexia disminuye la calidad de vida xde los pacientes de manera evidente*.
- <https://definicion.de/bulimia/>. (n.d.).
- Jerez, T. L. (2015). Prevalencia de conducta ortoréxica en estudiantes de educación media de Temuco. *Revista Chilena de Nutrición*, 41-44.
- kamba, G. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. madrid: Alianza.
- Lambruschini, D. M.-R.-N. (2016). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa*. Madrid: AEP.
- Lasegue. (1873). *Sobre la anorexia histerica*. españa: Revisrta de la asociacion española de neuropsicología.
- Lazarus, R. (1996-2002). *El modelo transnacional del estres*. barcelona: Revista Latinoamericana de Psicología.
- Mayo Clinic. (2018). *Bulimia Nerviosa*.
- mendez, M. (2018). *Actividades para fortalecer la autoestima en niños*. madrid: psicologiaonline.
- Micin, S. (2011). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil*. Santiago: Revista medica de chile.
- Ministerio de sanidad y consumo. (2009). *guia de practica clinica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud Mental*.
- Ortiz. (2013). *La anorexia disminuye la calidad de vida de los pacientes de manera evidente*. España: Revista Iberoamericana.

- Ortiz, S. H. (n.d.).
- Ortiz, S. H. (2013). *La anorexia disminuye la calidad de vida de pacientes de manera evidente*. España: Revista Iberoamericana.
- Ossa, R. (2015). *Valoración de la salud mental en estudiantes de dos universidades chilenas*. Chile.
- Palomino, A. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, vol.47.
- PBriquet. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. JB Baillière.
- Porto, J. P. (2008). *definición de bulimia*. <https://definicion.de/bulimia/>.
- Rava, F. (2004). *Bulimia Nerviosa parte I*. Buenos aires: Arch.argent.pediatr .
- Rodriguez, R. (2020). *Anorexia Nerviosa: Síntomas, Consecuencias y Tratamientos*. Santiago.
- Rosario, G. (2010). *Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación*. Granada: Index Enferm vol.19 no.2-3.
- Rossi, J. L. (2019). *Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos*. Santiago: revista medica de Chile.
- Roth, G. (2014). *Cuando la comida sutituye al amor. La Relacion Entre las Carencias Afectivas y Nuestra Actitud Ante la Comida*. URANO PUB.
- Ruiz, N. S. (2015). *Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes*. navarra: nutrición hospitalaria.
- Sampieri, H. (2014). *Metodología de la Investigación*. mexico.
- Sanchez, L. (2019). *Técnica del espejo: mejora tu autoestima haciendo este ejercicio cada día*. Madrid: Diario femenino.
- Tábares, V. (2016). *Trastornos Alimentarios*. La Revista de Salud del Casmu.
- Timonthy, E. A. (2020). *Bulimia Nerviosa*. Manual MSD.
- Urzúa, A. C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentario en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 128-135.
- Valdes, P. L. (2013). Prevalencia de Vigorexia en estudiantes universitarios de Temuco. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 7-13.

Vázquez Arévalo Rosalía*, G. J. (2011). *Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas*. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Vázquez Arévalo, R. G. (2011). *Validez del Body Shape Questionnaire*. Mexico: Revista Mexicana de trastornos alimentarios, pag 42-52.