

2024



**ESTADO NUTRICIONAL,
PATRON DE CONSUMO,
TIPOS DE CONDUCTAS
ALIMENTARIAS Y RIESGO
DE TCA.**

GRANATA FIORELLA

TESIS DE GRADO

TUTOR: LIC. ALINA MONTEVERDE

ASESORA METODOLOGICA: LIC. BIANCA ARGENTO; DRA VIVIAN MINNAARD;

LIC. CAROLINA SUSHINT

“Nuestra mayor debilidad es rendirse, la única manera
de tener éxito es intentarlo siempre una vez más”

Thomas Alva Edison (1847-1931)

Dedicatoria

A cada una de las personas que creyeron en mí,
me acompañaron y apoyaron en cada momento
dándome las fuerzas necesarias para
nunca rendirme.

Agradecimientos

Principalmente a mis papás, por darme la oportunidad de estudiar, de siempre estar para mi y apoyarme ciegamente. A ellos les debo todo.

A mi hermano Nico por las mañanas de estudio en plena pandemia, por escucharme y darme consejos siempre.

A mi madrina, por cada mensaje de aliento previo exámen y siempre preocuparse por mi.

A mis abuelos, Norma, Alberto, Susana y Hugo por cada llamada y velitas prendidas.

A mi amor, Jere por estar desde el primer momento de la carrera y no dejarme caer nunca.

A mi mejor amiga, Fiore por escucharme, aguantarme y siempre estar para mi a pesar de todo.

A mis facuamigas, Delfi, Fiore, Trini y Cande, por siempre apoyarme y tirarme para adelante. El mejor regalo que me dejó la facultad.

A mi tutora, Lic. Alina Monteverde, por aceptar dirigir mi tesis, brindarme su tiempo para la corrección de mi trabajo y su buena predisposición.

A la Dra. Mg. Vivian Minnaard, Lic. Carolina Sushint y Lic. Bianca Argento, por su asesoramiento metodológico, dedicación de tiempo y paciencia para que pueda lograr este trabajo.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías que se caracterizan por un desorden en la ingesta, restricción de alimentos, episodios de atracones, excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. En esencia, son una alteración de la percepción de la imagen corporal y trastornos del estilo de vida, llevando al paciente a realizar prácticas de gran riesgo para la nutrición y su vida. (Cuquejo, et al, 2017).

Objetivo

Evaluar el estado nutricional, patrón de consumo, tipo de conducta alimentaria y la presencia de riesgo de TCA en los alumnos de primer año de Lic. en Nutrición en la ciudad de Mar del Plata en el año 2024.

Material y métodos

Diseño cuantitativo de corte transversal descriptivo no experimental. Muestra no probabilística por conveniencia de 60 personas que estudian la carrera de Lic. en Nutrición.

Resultados

El sexo más representativo en la muestra fue el femenino con un 78%, y el rango etario fue entre 17 y 31 años, mientras que el sexo masculino representó el 22% y el rango etario fue entre 18 y 27 años. Respecto al patrón de consumo no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos. En cuanto al estado nutricional en el sexo femenino prevalece el normo peso y en el masculino el sobrepeso. En relación a el riesgo de TCA el sexo femenino presentó un riesgo mayor con un 39%, mientras que el sexo masculino un 31%. Por último, el tipo de conductas alimentarias que prevalecen son, en el femenino alimentación poco restrictiva, alimentación compulsiva y alimentación emocional. En el sexo masculino prevalece la alimentación poco restrictiva, poco compulsiva y poco emocional.

Conclusión

Si bien la información existente sobre el riesgo de TCA y conductas alimentarias apunta a que la prevalencia es mayor en el sexo femenino, se puede observar en la muestra que existe un similar riesgo de padecer TCA, siendo levemente mayor en el sexo femenino. Si se encontraron diferencias en las conductas alimentarias, donde el sexo femenino presentó mayor conductas de riesgo en comparación con el masculino. En relación al estado nutricional, se observó una prevalencia de normopeso en el sexo femenino y sobrepeso en el masculino, esto se puede relacionar a que las mujeres presentan un mayor riesgo de TCA y conductas alimentarias de riesgo, como así también, la presión social puede impactar en mayor medida en comparación con los hombres, aunque se está observando cada vez un mayor efecto en los mismos.

Palabras claves

Riesgo de TCA; tipo de conductas alimentarias; patrón de consumo; estado nutricional.

Índice

Introducción.....	7
Estado de la cuestión.....	11
Materiales y métodos	22
Resultados	24
Conclusión	38
Bibliografía	42



INTRODUCCIÓN

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías que se caracterizan por un desorden en la ingesta, restricción de alimentos, episodios de atracones, excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. En esencia, son una alteración de la percepción de la imagen corporal y trastornos del estilo de vida, llevando al paciente a realizar prácticas de gran riesgo para la nutrición y su vida. En cuanto a la prevalencia de estas patologías, como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y cuadros no especificados, se ha observado un aumento tanto en las sociedades desarrolladas, como en vías de desarrollo, debido a la presión social sobre el aspecto físico; siendo los medios de comunicación y sobre todo la televisión, los encargados de la difusión de las conductas, el estereotipo social y los estilos de vida (Cuquejo, et al, 2017)¹.

Se suele relacionar el aumento de casos de TCA en adultos jóvenes con las exigencias sociales acerca del aspecto corporal, que en las últimas décadas presentan como modelo de éxito la delgadez extrema y la apariencia prepuberal. Por lo que no estar satisfecho con la imagen corporal predispone a los jóvenes al uso de estrategias extremas para perder peso, logrando así beneficios físicos y psicosociales (Fajardo, Mendez, Jauregui, 2017)².

Existen diversos factores que influyen en su aparición, dentro de los cuales se pueden mencionar los culturales, familiares, hereditarios, el acoso de sus pares, padres y hermanos, las influencias de los medios de comunicación y los factores de vulnerabilidad personal en el que el individuo no se acepta así mismo como diferente del resto por problemas de autoestima (Cuquejo, et al, 2017)³.

Los TCA afectan principalmente a los adolescentes y adultos jóvenes, ya que los cambios físicos y psíquicos son más notorios, siendo la inmadurez, el desarrollo de la propia identidad, los conflictos emocionales y la desorientación variables que pueden actuar como factores predisponentes. El individuo debe acostumbrarse, aceptar el nuevo cuerpo y definir su identidad, lo cual puede causar disconformidad; y a raíz de estos cambios desarrollar algún desorden alimentario, destacándose como síntoma primario la preocupación por aumentar o disminuir de peso. Este tipo de patología afecta principalmente al sexo femenino, pero también se ha observado en los últimos años un aumento en el número de hombres que lo

¹En los primeros años, se consideraba a los TCA como un problema de mujeres jóvenes de clase alta y casi exclusivamente de países desarrollados, sin embargo el concepto ha ido cambiando a través del tiempo, encontrando cada vez con más frecuencia en diversos estratos sociales y en ambos sexos.

²Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, estado nutricional y consumo de alimentos en una población escolar de secundaria de colegios públicos y privados.

³El autor afirma que los pares juegan un papel preponderante en la aparición de estos trastornos. El temor al rechazo juega un papel decisivo en lo referente a alcanzar una figura ideal que conlleve finalmente a una aceptación del grupo aunque esto implique poner en riesgo la salud. Esta presión de los pares podría ser ejercida en forma personal o virtual a través de las redes sociales.

padecen (Silva Toro, Mesa, Escudero, 2014)⁴.

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son aquellas que de forma intencional se dirigen al control del peso corporal y son poco saludables, como el atracón, las dietas restrictivas, los ayunos prolongados, saltarse comidas, el vómito autoinducido y el consumo o abuso de laxantes, diuréticos o píldoras no prescritas por especialistas (Paredes, Resendiz, Diaz, 2019)⁵. Estas se asocian con la aparición posterior de TCA y son más frecuentes en la adolescencia o en la adultez joven. Villalobos, et al. (2020)⁶ demostró que estas conductas se distribuían de manera diferenciada entre los individuos de distinto grupo social, con mayor prevalencia en aquellos de alto nivel socioeconómico y área urbana o semiurbana. Una de las variables detonantes de las CAR es la imagen corporal, siendo esta valoración no estable, con posibilidad de variar de forma positiva o negativa a lo largo de la vida y adquirir especial trascendencia durante ciertas etapas del desarrollo. En la adolescencia y adultez temprana las etapas críticas son aquellas en las que se experimentan importantes cambios en el cuerpo, logrando influir para que se presente una alteración de la imagen corporal, como el caso de la insatisfacción corporal. Por lo que la importancia de estudiarla radica en que cuando están presente en la adolescencia tienden a persistir en la adultez, resultando en cuadros crónicos y de riesgo latente para el desarrollo de algún TCA (Paredes, Resendiz, Diaz, 2019)⁷.

Por otra parte, diversos factores como los sociodemográficos, presión de los compañeros, comer fuera del hogar, el aspecto físico y otros comportamientos de riesgo, se asocian con el desarrollo de los patrones alimenticios. La adolescencia y adultez temprana es una etapa crucial, en donde se consolidan los comportamientos alimentarios, siendo importante debido al rápido desarrollo y crecimiento, tanto cognitivo como físico durante este periodo, por lo que llevar patrones de alimentación inadecuado pueden derivar en sobrepeso, obesidad y/o TCA, como así también incrementar el riesgo de padecer enfermedades crónicas en el futuro (Arribas Cordero, 2016)⁸.

⁴ Los autores de esta investigación concluyen que un 90% de las personas que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa incluye a mujeres. En hombres se da entre un 5 a un 10% bulimia nerviosa, TANE y trastornos por atracón.

⁵ Los autores subrayan que las CAR que se presentan con mayor frecuencia eran las dietas restrictivas, los ayunos prolongados y los atracones.

⁶ Un estudio realizado en México concluyó que una posible explicación de esta diferencia es que el valor culturalmente adjudicado a la delgadez fuera mayor en estos grupos, que en un país como México podrían ser los más modernizados, posibilidad señalada en las explicaciones socioculturales de las CAR y trastornos de la conducta alimentaria.

⁷ Los autores encontraron que a medida que aumenta el IMC también aumenta la presencia de CAR, en donde individuos con exceso de peso tuvieron cinco veces más probabilidad de presentarlas.

⁸ El objetivo se centra en establecer la relación entre el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y variables antropométricas, sociodemográficas y el gasto energético, en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid.

A partir de lo expuesto, se presenta el problema de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional, patrón de consumo, el tipo de conducta alimentaria y la presencia de riesgo de TCA en estudiantes de primer año de la Lic. en Nutrición de una facultad de gestión privada de Mar del Plata en el 2024 ?

El Objetivo General es:

Analizar el estado nutricional, patrón de consumo, el tipo de conducta alimentaria y la presencia de riesgo de TCA en estudiantes de primer año de la Lic. en Nutrición de una facultad de gestión privada de Mar del Plata en el 2024.

Los Objetivos específicos

- Evaluar el estado nutricional.
- Examinar el patrón de consumo alimentario considerando tipo, cantidad y frecuencia de consumo, número de comidas que realiza en el día.
- Identificar el tipo de conducta alimentaria.
- Determinar la existencia de riesgo de TCA.



ESTADO DE LA CUESTIÓN

Estado de la cuestión

Para Saucedo-Molina y Unikel, la conducta alimentaria es entendida como *“un conjunto de acciones ejecutadas en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, relacionada con la ingestión de alimentos”* en la cual intervienen factores externos del individuo y no solamente la relación con satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales. Es importante destacar que, en el caso de presentarse una alteración de la misma, se estaría frente a la llamada Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR) (Meza, et al. 2022, p.39)⁹.

Las CAR son un síndrome parcial o subclínico de los cuadros que caracterizan a los Trastornos de la Conducta Alimentaria e Ingesta de Alimentos (TCA). La diferencia entre ambas radica en la frecuencia y duración, ya que en los segundos las manifestaciones o conductas alimentarias novias son más repetitivas y permanentes. Por tanto, se entiende que las CAR pueden, en caso de volverse crónicas y agudas, desencadenar un posterior diagnóstico de TCA (Caldera Zamora, et al. 2019)¹⁰.

Dentro de ellas se encuentran la preocupación por engordar, episodios de atracones, falta de control al comer y conductas restrictivas como la realización de dietas. Se han reportado diferencias entre mujeres y hombres, pero se pueden presentar en ambos sexos, siendo ejecutadas con diferente intensidad. En este sentido, los hombres tienden con mayor regularidad que las mujeres a comer hasta sentirse totalmente saciados, presentar episodios de atracones y molestarse con mayor facilidad cuando racionan su comida. Por su parte, las mujeres reportan con mayor regularidad comer para calmar la ansiedad y sentirse hambrientas todo el tiempo (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016)¹¹.

Un estudio realizado en universitarios chilenos obtuvo como resultado una alta prevalencia de CAR, demostrando la existencia de diversas conductas de riesgo en la alimentación, observándose que un 8,7% en hombres y un 16,9% de las mujeres presentan un riesgo alto, mientras que un 25,6% y un 33% de los hombres y mujeres presentan un riesgo moderado. Con respecto al porcentaje que no presenta riesgo de CAR, en los hombres es el 65,8%, mientras que en mujeres es el 49,3% (Escandón-Nagel, et al. 2021)¹².

⁹Los autores sostienen que las CAR son actitudes encaminadas a obtener o mantener una figura corporal delgada.

¹⁰Esta investigación arrojó como resultado un 7.3% de ocurrencia de CAR, porcentaje similar a los obtenidos en estudios previos realizados con estudiantes mexicanos de educación media (1.3-9.7%). Este resultado vislumbra un escenario preocupante, una vez que las CAR parecen afectar a cada vez una mayor proporción de jóvenes.

¹¹ Los autores destacan que existen situaciones consideradas de riesgo para su desarrollo como los episodios depresivos, el estrés, ansiedad, sobrepeso u obesidad o la realización de actividades tales como danza, gimnasia, boxeo y fisicoculturismo.

¹²Este estudio se realizó en jóvenes de entre 18 y 29 años de nacionalidad chilena y consistió en identificar variables predictoras de CAR, evaluar la prevalencia de estas conductas, identificar las diferencias en CAR por sexo y orientación sexual y analizar la relación entre las variables estudiadas.

Perez, Zamora y Perales (2019)¹³ sostienen que estas conductas presentan factores determinantes, dentro de los cuales se ubican los socioculturales e individuales. Los primeros incluyen un modelo cultural de belleza, un entorno social en los que se evalúa la apariencia corporal, dejando de lado el aspecto intelectual y dando prioridad a los patrones estéticos. Estos se relacionan con una sociedad que los utiliza como medio para lograr un cierto estatus social, tomando un gran valor la contextura delgada para alcanzar el éxito; siendo los medios de comunicación, en especial la televisión, los encargados de transmitir estos tipos de mensajes. Por otro lado, respecto a los factores individuales, se encuentran diferencias por género, las mujeres son las más influidas por el ideal estético impuesto por la sociedad y medios de información, dejándose llevar por los estereotipos que se imponen, en comparación con el sexo masculino. Otro de los puntos, es la familia, enseñando parámetros estéticos y comportamentales a sus hijos, sometiendo a una presión para mantener una figura delgada, rechazando la presencia del sobrepeso y la obesidad. Además, las amistades pueden realizar comentarios, críticas, bromas, y/o burlas acerca de la apariencia física originando una cierta insatisfacción corporal y la práctica de alguna restricción alimentaria.

Por otra parte, los TCA son consideradas enfermedades multicausales desde el ámbito psiquiátrico, las cuales se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y los alimentos, así como la imagen corporal; llevando a quienes las padecen a afectar su salud debido a la búsqueda intensa por bajar de peso. Donde la persona no ingiere en los alimentos la suficiente cantidad de calorías y nutrientes que su organismo requiere para funcionar adecuadamente de acuerdo a su edad, estatura y ritmo de vida. Anteriormente se creía que estas patologías se presentaban únicamente en mujeres jóvenes de clase alta o en países desarrollados, sin embargo, las investigaciones han demostrado que existen casos en varones y en países de condiciones económicas más precarias. Debido a esto, se considera un problema de salud pública dada la frecuencia con la que se presentan, la gravedad de los síntomas, las resistencias que los pacientes presentan ante el tratamiento y porque la enfermedad aparece cada vez en edades más tempranas, además de presentarse en edades adultas (Hernández, López, Díaz, 2020)¹⁴.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014)¹⁵ describe en su manual los diferentes tipos de TCA, encontrando la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), el trastorno por

¹³Los autores refieren que los adolescentes y jóvenes tienen una gran presión por formar parte del modelo estético de extrema delgadez, afectando su salud física e intelectual y desencadenando diversas conductas de riesgo que pueden derivar en un TCA.

¹⁴Los autores describen que los TCA tuvieron un auge en 1960, tiempo en el que la atención se concentró en la familia como un factor de riesgo. Más tarde, desde un enfoque biológico, la atención se centró en las variaciones neuroendocrinas y genéticas. En la actualidad, algunas teorías psicológicas, proponen que la estabilidad del Yo y su organización tienen una gran influencia en la aparición de este tipo de desórdenes.

¹⁵El objetivo de este Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición, es ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes.

pica, el trastorno por rumiación, trastorno de evitación/restricción y el trastorno por atracón. Asimismo, la Asociación incorpora a los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados, que causan un malestar clínico significativo o un deterioro laboral, social u en otras áreas importantes del funcionamiento, siendo presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un TCA pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos mencionados con anterioridad. Se utiliza en situaciones en la que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple con los criterios de un TCA específico. Por último, se ubican los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificados, aplicándose a presentaciones que no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos anteriormente mencionados y se utiliza en situaciones en el que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios diagnósticos y consta de manifestaciones en la que no se encuentra suficiente información para realizar un diagnóstico más específico.

En los últimos años se ha observado un aumento de los números de casos de pacientes diagnosticados con TCA, considerándose la principal problemática psiquiátrica de la pubertad, adolescencia y adultez joven en ambos sexos. Este tipo de patología tiene un impacto en la salud pública, tanto por aspectos psicológicos y médicos, como por los altos gastos económicos que su manejo requiere (Ayuzo-Del Valle, Covarrubias-Esquer, 2019)¹⁶.

Pese a que los TCA en hombres se dan en una proporción menor y pasan más desapercibidos que en el caso de las mujeres, la prevalencia está aumentando en esta población, teniendo ciertas peculiaridades. La información epidemiológica respecto al sexo masculino resulta deficiente dado que los estudios elaborados se descartan porque son menos habituales. Generalmente se encasilla a esta enfermedad como solo femenina, trayendo como consecuencia un diagnóstico más complejo en hombres, sumado a que suelen tardar más en solicitar asistencia médica o se niegan a demandarla por resultarles humillante la situación en la que se encuentran, exteriorizando en menor medida su descontento por su imagen corporal por cuestiones sociales y educativas (Gallardo-Galafate, 2017)¹⁷.

Los estudiantes universitarios se encuentran en un periodo crítico, por lo cual se consideran una población de riesgo ya que, durante el mismo, desarrollan estilos de vida que

¹⁶Según autores, la incidencia en México en el año 2019 se ha incrementado, estimándose que un 3% de los adolescentes presentan AN o BN y que, probablemente, un 6% padecen variantes clínicas.

¹⁷ El objetivo de estudio es dar a conocer las características poco conocidas de los TCA en el sexo masculino así como sus factores de riesgo, además de la toma de conciencia sobre la preocupación que también los hombres muestran por la imagen corporal, con el propósito de que este género olvidado en los estudios, y que sufre en la sombra las consecuencias de esta enfermedad, sea escuchado e investigado en profundidad.

influyen tanto en su futura salud, como en la adecuada realización de sus actividades académicas, repercutiendo en su rendimiento (Zárate, et al. 2021)¹⁸.

Los retos que enfrentan los estudiantes durante su vida en la universidad les generan drásticos cambios en su ritmo de vida, donde surgen nuevos desafíos, obtienen relativa libertad para hacer aquello que les atraiga, incluido comer, además de la nueva experiencia de vivir solos por primera vez en algunos casos. En este sentido, establecen sus hábitos alimentarios en la universidad influenciados por diversos factores, como el horario de clases, el consumo de alcohol, la situación económica e, incluso, el estímulo de otros estudiantes (Maza Ávila, Caneda Bermejo y Vivas Castillo 2022)¹⁹.

Este grupo es particularmente vulnerable desde el punto de vista nutricional debido al estilo de vida poco saludable que llevan, cargado de estrés y falta de tiempo, lo que conduce a una alimentación rápida y poco nutritiva siendo frecuente el salteo de comidas y picoteo entre las mismas. Esto se presenta debido a la facilidad de conseguir en la institución educacional o en sus alrededores, alimentos de bajo costo que contienen una elevada densidad energética, las preferencias personales, en donde se privilegia el servicio rápido con alimentos de un alto aporte de grasas, en detrimento de otros saludables como frutas y verduras; la falta de disponibilidad de tiempo durante la jornada académica que facilita el consumo de alimentos de alta densidad energética en la universidad o a no realizar comidas, como el desayuno o el almuerzo (Saucedo-Soto, et al. 2021)²⁰.

Por lo que la alimentación de los estudiantes se caracteriza por ser poco variada y de baja calidad nutricional, no cumpliendo la mayoría de las veces con los requerimientos diarios necesarios para realizar sus actividades. Sin embargo, de todos los cambios que enfrentan en esta etapa, la alimentación no tiene mucha visibilidad, pero puede ocasionar problemas a corto, mediano y largo plazo. De hecho, se considera que los hábitos adquiridos durante la juventud casi siempre perduran en la vida adulta, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar patologías crónicas (Maza Ávila, Caneda Bermejo y Vivas Castillo 2022)²¹.

¹⁸Este estudio concluye que factores como el entorno universitario condicionan las conductas alimentarias de los estudiantes, las cuales si no son saludables pueden conllevar a factores de riesgo como sobrepeso, obesidad, trastornos alimentarios y problemas psicológicos que pueden repercutir en su rendimiento académico, en su futura salud y en su calidad de vida.

¹⁹Los autores señalan que los hábitos alimenticios se consideran saludables, si incluyen la ingesta de alimentos frescos y naturales, como frutas y verduras, así como alimentos ricos en minerales y vitaminas, con el fin de apoyar y mantener una buena salud física y psicológica..

²⁰Los autores destacan que son un grupo vulnerable por los horarios académicos, sumado a que algunos ya trabajan y tienen que combinar ambas actividades, por lo tanto sus tiempos para comer se reducen y tratan de satisfacer la necesidad de alimento consumiendo comida rápida o chatarra, como frituras, refrescos, pan o galletas.

²¹ Los autores afirman que los malos hábitos alimenticios inciden en el desarrollo de factores de riesgo, tales como sobrepeso/obesidad y la diabetes, que pueden desencadenar en enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. También se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

Esto se ve reflejado en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2, realizada en el año 2019, donde la frecuencia de consumo por alimento en mayores a 18 años, en relación a las frutas, fue del 33% por lo menos una vez al día y en cuanto al consumo de verduras se reportó un 40,8% respectivamente. Acerca de la ingesta de lácteos, 4 de cada 10 adolescentes y adultos refirieron haber consumido leche, yogurt y/o queso al menos una vez al día. Entre la ingesta de carnes, 5 de cada 10 individuos refirieron haber consumido carne de ave, roja y/o huevo al menos una vez al día y el 25% de la población refirió haber consumido pescado fresco y/o enlatado al menos una vez por semana. Un 36,7% de individuos relató un consumo de bebidas artificiales con azúcar al menos una vez por día, observándose en adultos un 32,9% de consumo. Para finalizar, el 13,4% consumió productos de pastelería y/o facturas, cereales con azúcar, galletitas dulces por lo menos una vez al día (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019)²².

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) aportan diferentes mensajes sobre alimentación saludable, mencionando a los diferentes grupos de alimentos junto a las recomendaciones de consumo por porción y por día. Dentro de estas se hallan las frutas y verduras, recomendando el consumo de 5 porciones por día, equivaliendo 1 porción a ½ plato plato de verduras o 1 fruta mediana o 1 taza. El grupo de las legumbres, cereales, papa, pan y pastas, recomendado el consumo de 4 porciones diarias, equivaliendo a 60 gr de pan o 1 mignon, o 125 gr en cocido de legumbres o ½ taza de cereales, pastas, 1 papa mediana o 1/2 choclo o mandioca chica. El grupo de leche, yogur o queso, promoviendo el consumo de 3 porciones por día, equivaliendo a 1 taza de leche líquida, 1 vaso de yogur, 1 rodaja de queso cremoso o 1 cucharada tipo postre de queso crema. El grupo de carnes y huevo, recomendado el consumo de 1 porción por día, equivaliendo al tamaño de la palma de la mano de cualquier tipo de carne o 1 huevo. El grupo de aceites, frutas secas y semillas, siendo saludable el consumo de 2 porciones diarias, equivaliendo a 1 cucharada sopera de aceite o semillas o 1 puñado de frutas secas. Y por último, el grupo de consumo opcional, que incluye productos de panadería y pastelería, golosinas, bebidas azucaradas y jugos en polvo, productos de copetín, embutidos y chacinados, fiambres, achuras, carnes procesadas, helados, manteca, dulce de leche, margarina, mermeladas industrializadas y aderezos, donde refiere que no se deben ingerir de forma diaria porque su consumo en exceso produce un daño en la salud, debido a

²²El consumo diario de alimentos saludables, tomando como referencia los últimos tres meses, es significativamente menor en los grupos de niveles educativos bajos y en los de menores ingresos. Por el contrario, los alimentos no recomendados se consumen más frecuentemente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad. Este gradiente socioeconómico se observa tanto en adultos como en niños.

que aporta cantidades excesivas de grasas, azúcares y/o sal, además de aditivos, conservantes, colorantes (Ministerio de la Salud de la Nación, 2018)²³.

La evaluación nutricional para mayores de 19 años se realiza según la clasificación de IMC/Edad según la OMS.

Tabla 1: Clasificación de IMC según la OMS

Clasificación	DIAGNÓSTICO
< 18,5	Desnutrición
18,5 - 25	Normal
25 - 30	Sobrepeso
> 30	Obesidad

Fuente: Rivas y Gotthelf (2018).

Dentro del manejo de estas patologías, la atención primaria de la salud es de vital importancia. Se realiza a través de la detección precoz de los signos de alarma, entre ellos, por un lado, se encuentran la pérdida de peso significativa y rápida sin causas físicas que lo justifique habiendo descartado con anterioridad otras enfermedades metabólicas; detección del crecimiento y desarrollo anormal, amenorrea inexplicable, miedo desmedido a ganar peso, preocupación por el aumento del mismo y del cuerpo, y la realización de ejercicio físico excesivo. Por otro lado, se hallan las conductas de riesgo para perder peso relacionadas a la ingesta de alimentos, con la posibilidad de que el individuo, a través de dietas restrictivas, reduzca las porciones de manera progresiva, saltee comidas o eluda algunos alimentos, al igual que evite comer en lugares públicos aislandose, presentando a su vez nerviosismo e inquietud a la hora de las comidas. Y en relación al estado de ánimo, pueden mostrarse irritables o depresivos (Losada, Rodriguez, 2019)²⁴.

Los TCA pueden comprometer prácticamente todos los órganos y sistemas del cuerpo, afectando el crecimiento y desarrollo. Las complicaciones médicas son consecuencia de la desnutrición, las purgas y los atracones, mejorando la mayoría al resolverse estas alteraciones. Pero, algunas son irreversibles o pueden ocasionar la pérdida de la vida, destacándose el retardo de crecimiento, la atrofia cerebral y la disminución de la densidad mineral ósea. Dentro

²³Las GAPA promueven la incorporación de diferentes variedades de alimentos preferentemente frescos, teniendo en cuenta la diversidad cultural y las tradiciones locales. Están dirigidas a la población mayor de dos años.

²⁴El autor subraya que es importante que los profesionales de la salud que realizan atención primaria tengan a su disposición escalas de evaluación de síntomas y conductas de riesgos si observan la presencia de factores de riesgo en una persona, como así también deben estar capacitados para aplicarlas y poder interpretarlas.

de las complicaciones que pueden llevar a la muerte, se ubican las cardiovasculares (Gaete, Lopez, 2020)²⁵.

Aparte, se encuentran otras dificultades como la deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, mayor riesgo de problemas de fertilidad, osteopenia y problemas orofaríngeos. Con respecto a las anomalías gastrointestinales, las mismas son secundarias a comportamientos de purga, presentando como síntomas más frecuentes las flatulencias, hinchazón y el estreñimiento. También se observa una relación entre el cáncer de esófago y la purga, ya que el vómito autoinducido daña la mucosa del esófago por el paso de los ácidos gástricos causando inflamación y debilitamiento del epitelio esofágico. La cavidad bucal igualmente presenta secuelas derivadas de las purgas por los ácidos gástricos que dañan los tejidos dentales, no atentando contra la vida sino con la calidad de la misma. Dentro de los factores salivales, el cambio más temprano en la BN es el aumento de la glándula salival, aunque la glándula parótida es la más afectada por la frecuencia de los vómitos, dando un efecto psicológicamente negativo porque proporciona un aspecto más ancho y cuadrado al rostro, percibiendo el individuo una imagen más voluminosa (Mota, Sampedro, Fuentes, 2015)²⁶.

Castro, et al. (2022)²⁷ resalta la importancia de que el tratamiento de estos trastornos requieren un abordaje multidisciplinar, siendo de larga duración en la mayoría de los casos y con la necesidad de contar con diversos dispositivos terapéuticos, dentro de los cuales se encuentran el tratamiento ambulatorio, la hospitalización parcial, completa o domiciliaria. El enfoque dietético-nutricional es imprescindible tanto para la normalización del peso, como para el aprendizaje o reaprendizaje de hábitos alimentarios adecuados. Estos pacientes con frecuencia tienen extensos conocimientos sobre la alimentación obtenidos a partir de internet y fuentes no científicas que transmiten información poco verídica, aumentando la confusión y generando conductas restrictivas frente a determinados alimentos hipercalóricos, e incluso alejadas de buenos hábitos.

Una parte fundamental para la prevención son los programas orientados a educar a la población por medio de actividades sociales, como discusiones en simulación de roles y otras más reflexivas como los test. Primeramente, se dirigen a adolescentes, realizándose en centros educativos y sanitarios, con la participación de docentes y padres para reforzar

²⁵Los resultados de este estudio refieren que las complicaciones asociadas a mortalidad son responsables de un tercio de las muertes en estas patologías, haciéndose más significativas a medida que aumenta el compromiso nutricional.

²⁶Las complicaciones en la cavidad bucal que más estudios engloban y que aparecen con mayor frecuencia, en un 20% de los pacientes con anorexia nerviosa y 90% de los pacientes con anorexia purgativa y bulimia purgativa, son las erosiones dentales.

²⁷El autor destaca además, que en la educación nutricional los objetivos deben adaptarse al nivel de conocimientos del paciente, dirigidos a derribar creencias y mitos que no tienen una evidencia científica sobre la nutrición y la medicina.

conductas positivas en los jóvenes. Las intervenciones de promoción de salud tienen que estar orientadas a fomentar medios más sanos, políticas saludables, desarrollar herramientas personales y sociales, donde estos programas preventivos deben atender a las verdaderas necesidades de la población a la cual están dirigidas, partiendo del contexto donde se encuentran, los recursos existentes y las herramientas tecnológicas, con la participación de todos los involucrados, entre ellos, el joven, la familia, la comunidad y los centros educativos (Martin, 2021)²⁸.

Los medios de comunicación, el entorno familiar y educativo son los principales agentes que intervienen en la adopción de hábitos alimentarios. Las instituciones educativas son uno de los lugares en donde se implementan los programas nutricionales orientados a la educación nutricional, realizando una adecuada promoción de los factores protectores de hábitos alimentarios. Dichos programas proporcionan información sobre nutrición-alimentación y fomentan el autoestima, el empoderamiento, la realización de ejercicio físico, así como las buenas habilidades de comunicación, ya que los adolescentes y los adultos jóvenes poseen ideas erróneas acerca de lo que es una nutrición adecuada, produciendo metas idealistas conllevando a que puedan adoptar conductas alimentarias riesgosas. Otro punto a trabajar es sobre el desarrollo de una actitud crítica frente a la información que los medios ofrecen y sobre la imagen corporal para que logren entender cómo el cuerpo va evolucionando. A nivel familiar, a modo de promoción de la salud, se debe procurar evitar la excesiva protección de los padres para favorecer la autonomía, la educación de los valores, la confianza en uno mismo y la admiración por aspectos diferentes a los de su físico en los demás (Losada, Rodríguez, 2019)²⁹.

Dentro de la educación para la salud se encuentra la Educación Nutricional (EN), que busca modificar las conductas alimentarias hacia patrones saludables. Para lograrlo es necesario el desarrollo de programas dirigidos tanto al paciente como a su entorno, repercutiendo sobre los factores que condicionan las actitudes nutricionales y la elección de alimentos, respetando el desarrollo y la evolución del individuo, potenciando sus cualidades, motivando y creando interés por el aprendizaje. La información debe ser adecuada y adaptada, para poder incentivar al cambio y ayudar a desarrollar habilidades que permitan realizar una elección más adecuada de los alimentos, cooperar en la modificación de conductas y actitudes orientadas hacia estilos de vida más sanos que se mantengan en el tiempo. En lo que refiere a los TCA, la EN juega un papel imprescindible dado que contribuye a que el individuo modifique

²⁸ El autor menciona que la OMS considera que la prevención debe hacerse en la escuela, al igual que la educación en materia de estilos de vida saludable. Por lo que desde el centro educativo debe orientarse a la educación nutricional, fomentar el ejercicio físico, autoestima, resiliencia, para mejorar las habilidades y el autoconocimiento.

²⁹ Los autores concluyen que para que un programa psicoeducativo aporte buenos resultados, no alcanza sólo con brindar información, sino que es importante que se mantenga a largo plazo y asegurarse que la información brindada no favorezca el aumento de la frecuencia de los síntomas.

sus actitudes y rutinas en relación a los alimentos, restablezca su patrón alimentario y favorezca de esta forma su recuperación nutricional (Loria Kohen, et al. 2021)³⁰.

El papel del nutricionista en la prevención y tratamiento de los TCA es llevar una adecuada educación nutricional, ya que es el profesional especializado en este campo y participa en la elaboración de un plan nutricional en un primer momento de los pacientes. Este debe incluir hábitos alimentarios saludables, para así hacer llegar al paciente el valor de estos en un buen estado de salud. Además, es positivo enseñarles estrategias de elección para que, paulatinamente, sean capaces de desarrollar una adecuada y equilibrada alimentación, siendo el objetivo final de la educación en alimentación intuitiva (García, Marco, 2021)³¹.

En el tratamiento es una herramienta terapéutica esencial para conseguir normalizar el comportamiento alimentario, debido a que permite aportar conocimientos que faciliten la adopción de conductas saludables, minimizar el riesgo nutricional, abandonar ideas erróneas y disminuir el temor irracional hacia algunos alimentos que llevan a que sean descartados de la alimentación (Castro, et al. 2022)³².

Los individuos que se encuentran transitando un TCA, especialmente aquellos con AN, suelen tener un alto conocimiento sobre la energía que aportan los alimentos, pero carecen de información más específica sobre la nutrición provocando que no puedan planificar una alimentación de forma más razonable y amplia. A menudo, tienen creencias complicadas de modificar referidas a los alimentos saludables y no saludables, recurriendo a fuentes no científicas, produciendo un aumento de la confusión y generando mayor miedo al cambio. (Loria Kohen, et al. 2021)³³.

Las estrategias educativas sirven para facilitar la adopción voluntaria de conductas, comportamientos sobre la alimentación y la nutrición favorables para la salud y el bienestar, enfocadas en enseñar habilidades para que los adolescentes puedan tomar decisiones más adecuadas en torno a la alimentación y la promoción de un ambiente nutricional más sano. Por tal razón, es de suma importancia la incorporación en el tratamiento de los TCA (Castro, et al. 2022)³⁴.

³⁰La presente publicación menciona que la EN forma parte de la nutrición aplicada, orientada hacia el aprendizaje, la adecuación y la aceptación de hábitos alimentarios saludables a través de la información adecuada y adaptada, como así también debe respetar la evolución y el desarrollo del individuo, potenciar sus cualidades, motivar y crear interés por el aprendizaje de conceptos.

³¹Los autores resaltan que el rol del nutricionista es versátil, diverso y primordial, debido a la intrincada relación de estos pacientes con la comida, por lo que no se debería plantear un equipo multidisciplinar sin contar con el trabajo de los nutricionistas.

³²El autor afirma que la EN es importante en la recuperación de este tipo de pacientes, debiendo formar parte del tratamiento en los trastornos alimentarios.

³³El estudio concluye que es fundamental que los pacientes dispongan de conocimientos que les ayuden a realizar una lectura crítica de la gran cantidad de información que diariamente reciben de los diferentes medios de comunicación, como internet, televisión, redes sociales, y su entorno.

³⁴Los autores destacan la importancia que la EN debe estar dirigida a los grupos vulnerables, a su entorno y/o grupos de apoyo, padres, profesores y entrenadores, y a la sociedad en general, para que

El nutricionista lleva a cabo diferentes tareas en el tratamiento, tales como la rehabilitación psiconutricional, la elaboración de planes alimentarios de los pacientes, educación nutricional y educación en alimentación intuitiva. La primera consiste en la reintroducción de comidas y la estabilización nutricional, así como objetivos a corto plazo como la recuperación de peso, siendo primordial sobre todo en fases iniciales del tratamiento. En cuanto a la elaboración de planes alimentarios, es imprescindible que se realice de manera personalizada e individualizada, además de la supervisión de la alimentación diaria llevada a cabo por estos. Una vez que el paciente entra en fase de estabilización, se comienza con la educación nutricional y emocional, donde en la primera se confrontan las falsas creencias que el paciente tiene sobre los alimentos, y la segunda es esencial para prevenir recaídas. La última de las funciones identificadas es la educación en alimentación intuitiva, fase más tardía del tratamiento en la que se enseña al paciente a ir abandonando las dietas estructuradas y a ir eligiendo su alimentación diaria con más flexibilidad y libertad (García, Marco, 2021)³⁵.

de esta manera se logre un alcance significativo para establecer conocimientos sólidos sobre alimentación saludable.

³⁵ Los autores afirman que la no adherencia al tratamiento es un grave problema, no solo para el paciente sino para el sistema de Salud Pública, debido a que provoca un aumento de los riesgos, de la morbilidad y de la mortalidad.



MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación es descriptiva ya que busca especificar las características del patrón de consumo, el tipo de conducta alimentaria, la presencia de riesgo de TCA y el estado nutricional de los estudiantes del primer año de la Licenciatura en Nutrición. Es cuantitativa porque tiene como base la medición numérica a través de encuestas, con el fin de establecer pautas de comportamiento. Se medirán variables en un determinado contexto y se analizarán las mediciones obtenidas utilizando.

El tipo de diseño es no experimental debido a que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se trata de una investigación donde no se hace variar intencionalmente las variables. Lo que se hace es observar al fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo. Es de tipo transversal debido a que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

El universo está conformado por todos los estudiantes del primer año de la Lic. en Nutrición en la ciudad de Mar del Plata del año 2024.

La unidad de análisis es cada uno de los estudiantes del primer año de la Lic. en Nutrición en la ciudad de Mar del Plata del año 2024.

La muestra es de 60 estudiantes de primer año de la carrera de Lic. en Nutrición seleccionado de manera no probabilística por conveniencia.

Listado de variables:

- Estado nutricional.
- Patrón de consumo.
- Tipo de conducta alimentaria.
- Presencia de riesgo de TCA
- Sexo.
- Edad.

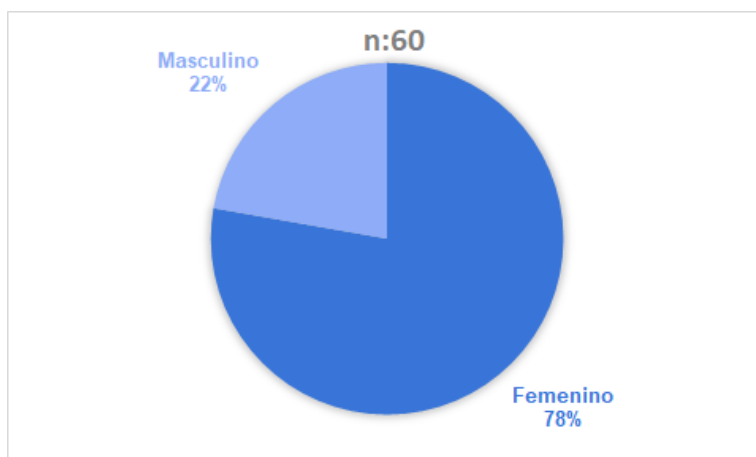
En el caso del Tipo de conducta alimentaria se emplea el instrumento Three-factor eating questionnaire TFEQ-R21C versión española (Martín García, et al, 2016)³⁶ y en cuanto a Presencia de riesgo de TCA. se implementa el Eating attitudes test EAT-26³⁷

³⁶ El Cuestionario de Alimentación de Tres Factores - Versión Revisada de 21 Ítems (TFEQ-R21; Tholin et al., 2005) se construyó inicialmente para evaluar las influencias de los factores cognitivos, emocionales y externos sobre la conducta alimentaria en sujetos obesos. Refinado a partir del TFEQ original de 59 ítems (Stunkard & Messick, 1985), el TFEQ-R21 cubre 3 dominios de conducta alimentaria: la escala de restricción cognitiva (6 ítems), la escala de alimentación emocional (6 ítems) y la escala de alimentación incontrolada (9 artículos).

³⁷ El EAT-26 ha sido reproducido con autorización. Garner et al. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878

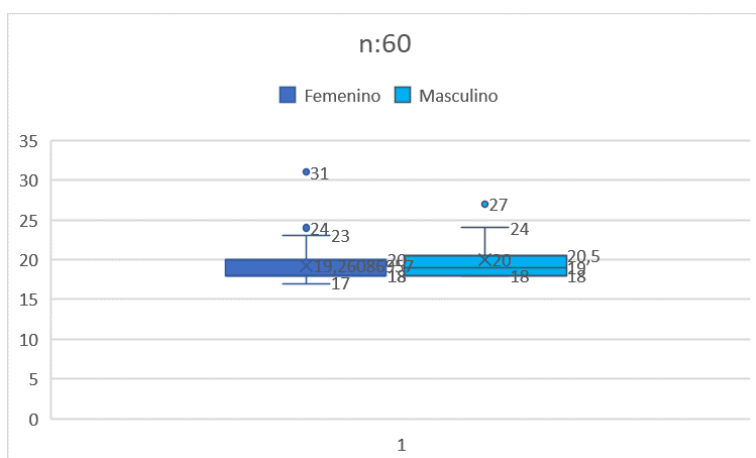


RESULTADOS

Gráfico 1: Sexo

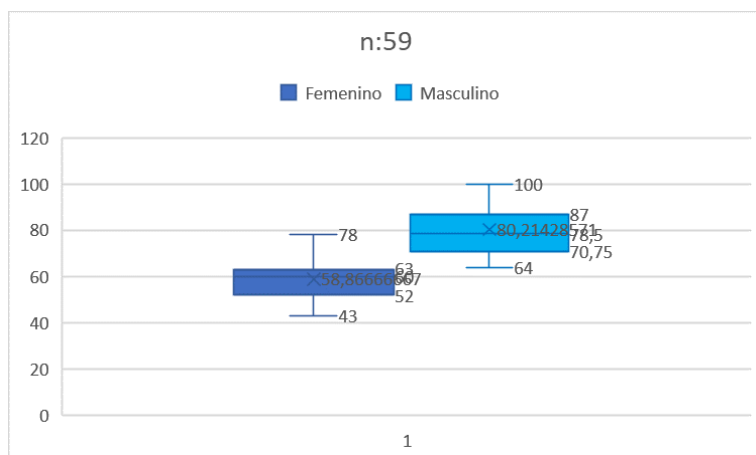
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

En el gráfico se puede observar que el mayor porcentaje de la población encuestada corresponde al sexo femenino, mientras que el menor porcentaje corresponde al sexo masculino.

Gráfico 2: Distribución de edad segun sexo

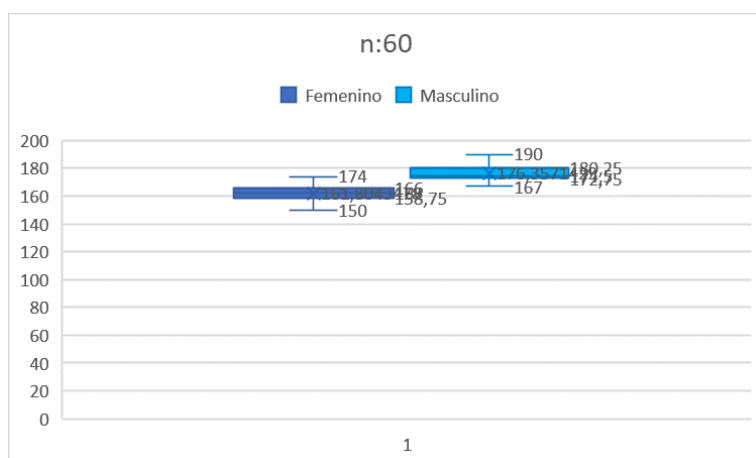
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se puede observar en el sexo femenino una edad mínima 17 y máxima de 31 años, con un promedio de edad de 19, mientras que en el sexo masculino se observa una mínima de 18 años y una máxima de 27 años, con un promedio de edad de 20 años.

Gráfico 3: Distribucion de peso según sexo

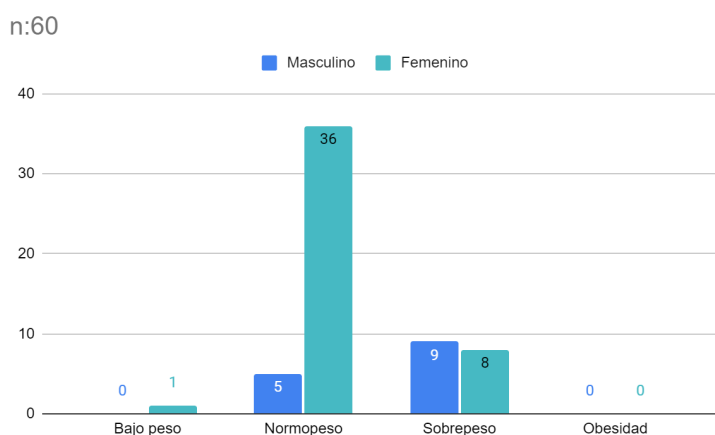
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el se puede observar en el sexo femenino un peso mínimo 43 kg y un peso máximo de 78 kg, con un promedio de peso de 58,9 kg, mientras que en el sexo masculino se observa un peso mínimo 64 kg y un peso máximo de 100 kg, con un promedio de peso de 78,78 kg.

Gráfico 4: Distribución de talla segun sexo

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

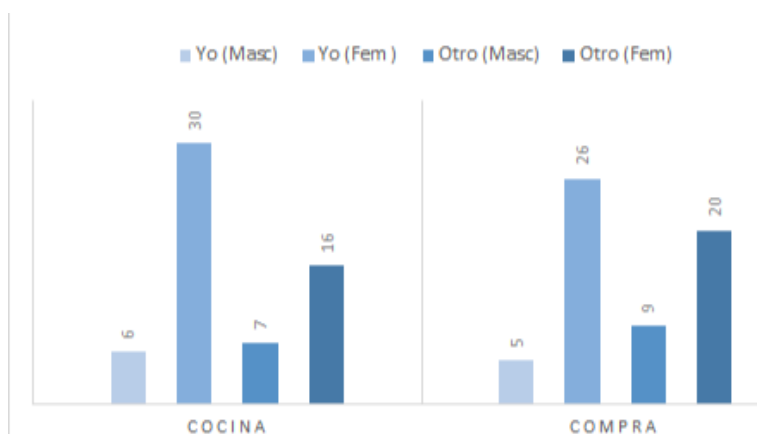
En el siguiente gráfico se puede observar en el sexo masculino una talla mínima 167 cm y una talla máxima de 190 cm, con un promedio de talla de 176 cm, mientras que en el sexo femenino se observa una talla mínima 150 cm y una talla máxima de 174 cm, con un promedio de talla de 161 cm.

Gráfico 5: Clasificación de IMC s/OMS por sexo (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se puede observar que los encuestados de sexo femenino presentan en mayor porcentaje normopeso, mientras que en sexo masculino sobrepeso.

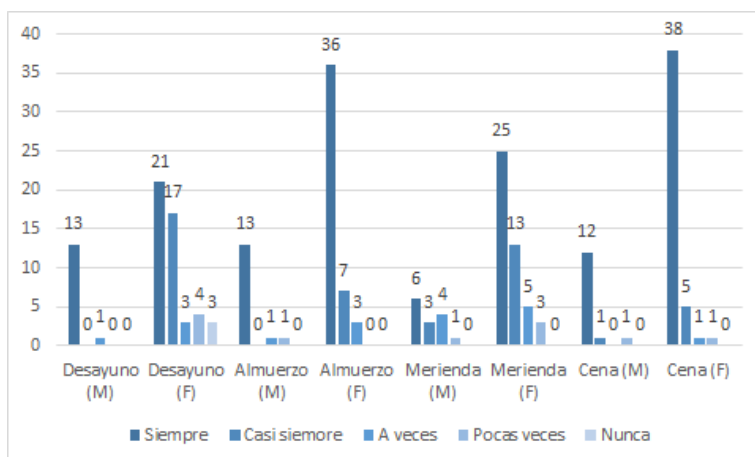
Ningún encuestado presenta obesidad y solo se observa un caso de bajo peso en sexo femenino.

Gráfico 6: Quién es responsable de realizar las compras y cocinar (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se puede observar que el mayor porcentaje de encuestados en ambos sexo realiza las compras y cocina. Mientras que en un menor porcentaje lo realiza otro familiar/amigo.

Gráfico 7: frecuencia de comidas (n:60)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En este gráfico se puede observar para ambos sexos que la mayor cantidad de encuestados realizan las cuatro comidas principales con una frecuencia de “siempre” y “casi siempre”. Observándose en menor medida una frecuencia de consumo de “a veces” y “pocas veces”. Por último, ningún encuestado respondió la frecuencia de consumo “nunca”.

Nube de palabras 1: Motivo de salteo de comidas sexo masculino (n:14)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que los motivos que más se repitieron fueron “poco apetito”, “poco tiempo”, “no me gusta desayunar” y los que menos se repitieron fueron “estar fuera de casa” y “dormir hasta tarde”.

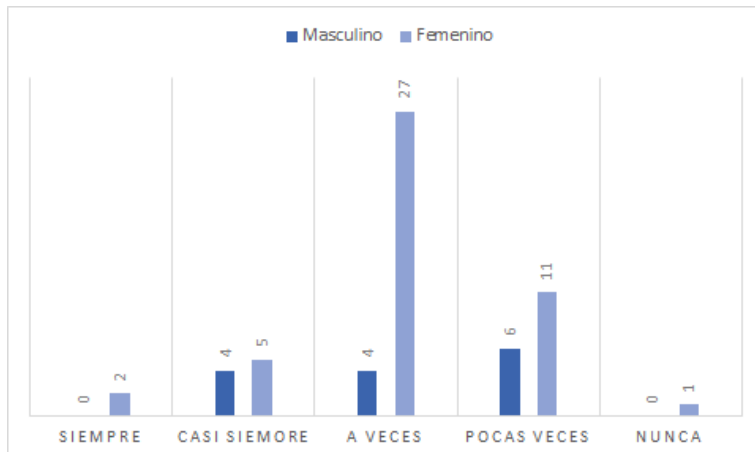
Nube de palabras 2: Motivo de salteo de comidas sexo femenino (n:45)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que los motivos que más se repitieron fueron “poco tiempo”, “poco apetito”, “organización” y los que menos se repitieron fueron “dormir” y “nervios”, “no me acostumbro a desayunar”, “estar fuera de casa”.

Gráfico 8: Frecuencia de picoteo (n:60)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En este gráfico se puede observar que, en el sexo femenino, la mayor cantidad de encuestados (58%) presenta una frecuencia de picoteo de “a veces”, seguido de “pocas veces” con un 23,91% y un menor porcentaje (4,34% y 2,17%) de “siempre” y “nunca”.

Por otro lado, en el sexo masculino, la mayor cantidad de encuestados (42,85%) presenta una frecuencia de picoteo de “pocas veces”, seguido de “a veces” y “casi siempre” con un 28,57%. Para la frecuencia de “siempre” y “nunca” no se observan respuestas.

Nube de palabras 3: Alimentos de picoteo sexo masculino (n:14)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos que más frecuencia tuvieron fueron “fruta”, “galletitas”, “pan” y los que menos frecuencia tuvieron fueron “sandwich”, “aceitunas”, “barra de cereal”, “lácteos” y “golosinas”.

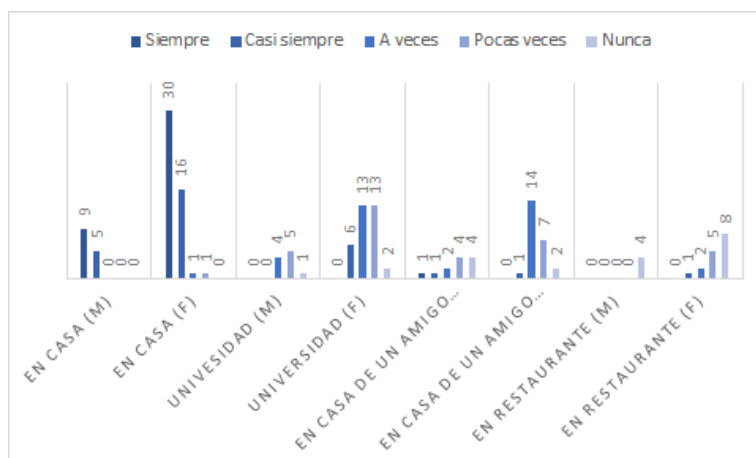
Nube de palabras n°4: Alimentos de picoteo sexo femenino (n:46)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos que más frecuencia tuvieron fueron “frutas y verduras”, “galletitas”, “golosinas”, “alimentos dulces” y los que menos frecuencia presentaron fueron “quesos”, “cereales”, “pan”, “frutos secos”, “barra de cereal”, “embutidos” y “de todo un poco”.

Gráfico 9: Frecuencia en donde realizan las comidas principales (n:60)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En este gráfico se observa que, en el sexo femenino, el mayor porcentaje (65,21% y 34,78%) realiza las comidas principales “siempre” y “casi siempre” en su casa, seguido de “a veces” en casa de un amigo/familiar (30,43%) y un 28,26% realiza las comidas en la universidad con una frecuencia de “a veces” y “pocas veces”. Por último, en menor porcentaje (17,39%) realizan las comidas con una frecuencia de “nunca” en restaurante.

Por otro lado, en el sexo masculino, el mayor porcentaje (64,28%) realiza las comidas principales “siempre” en su casa, seguido de “nunca” en restaurante (57,14%) y “pocas veces” en la universidad con un 35,71%. Y por último se puede observar un porcentaje del 28,57% las frecuencia de “pocas veces” y “nunca” para en casa de amigos/familiar.

Nube de palabras n°5 : Alimentos elegidos a la hora de comer fuera de casa sexo masculino (n: 14).



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que las comidas que más frecuencia tuvieron fueron “hamburguesa”, “milanesa”, “pizza” y los que menos frecuencia presentaron fueron “café con productos de pastelería” y “grasas”.

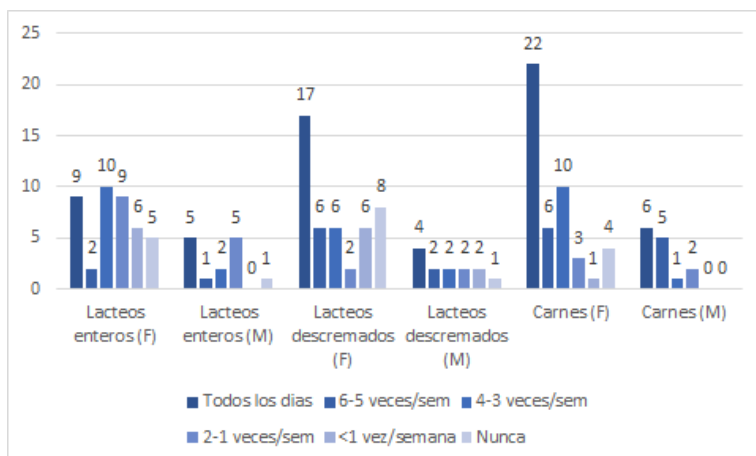
Nube de palabras n°6: Alimentos elegidos a la hora de comer fuera de casa sexo femenino (n: 46)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que los alimentos que más frecuencia tuvieron fueron “hamburguesa”, “tarta”, “pastas”, “ensalada”, “empanadas”, “pizza”, “milanesa” y los que menos frecuencia tuvieron fueron “alimentos proteicos”, “papas fritas”, “comidas al peso”, “pollo al verdeo”, “asado” y “alimentos de panadería”.

Gráfico 10: Frecuencia de consumo alimentos proteicos (n:60)



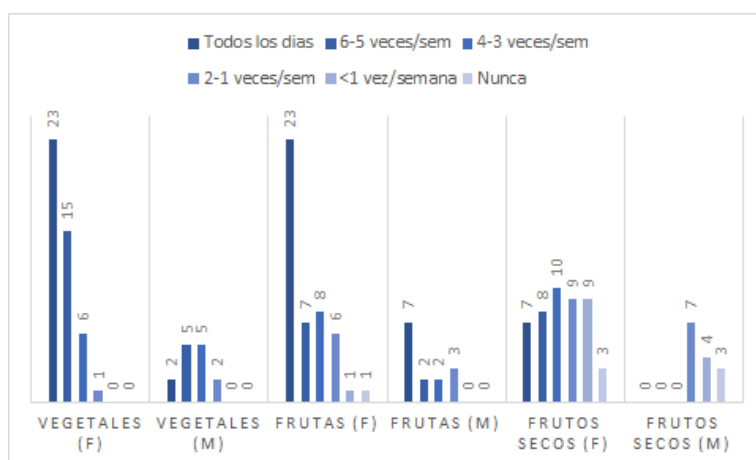
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se puede observar que, en el sexo femenino, la mayor cantidad de encuestados consume lácteos enteros con una frecuencia de “4-3 veces a la semana”, seguido de “todos los días”, para lácteos descremados la mayor cantidad consume “todos los días”,

seguido de “nunca”. Con respecto a las carnes, la mayor cantidad las consume con una frecuencia de “todos los días”, seguido de “4-3 veces a la semana”.

En el sexo masculino, se observa que la mayor cantidad consume lácteos enteros con una frecuencia igualitaria de “todos los días” y “2-1 vez a la semana”, para lácteos descremados la mayor cantidad consume “todos los días”. En cuanto a las carnes, la mayor cantidad las consume con una frecuencia de “todos los días”, seguido de “6-5 veces a la semana”.

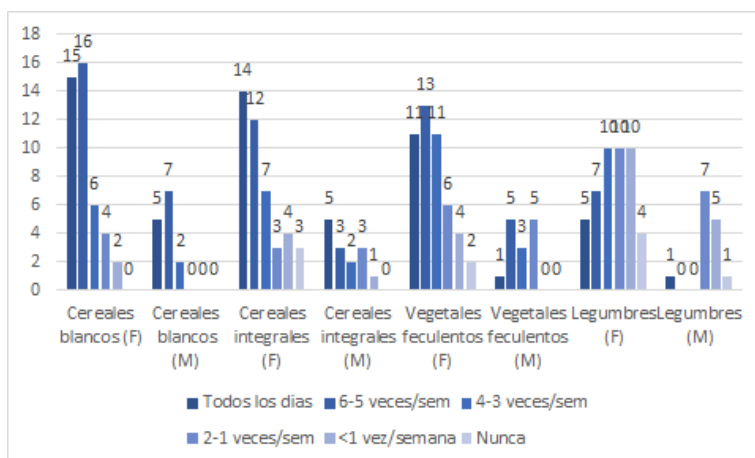
Gráfico 11: de frecuencia de consumo de vegetales, frutas y frutos secos (n:60)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que, en el sexo femenino, la mayor cantidad de encuestados consume vegetales con una frecuencia de “todos los días”, seguido de “6-5 veces por semana”, para frutas la mayor cantidad consume “todos los días”, seguido de “4-3 veces por semana”. Con respecto a los frutos secos la mayor cantidad consume “4-3 veces por semana”, seguido de “2-1 vez por semana” y “< 1 vez por semana”.

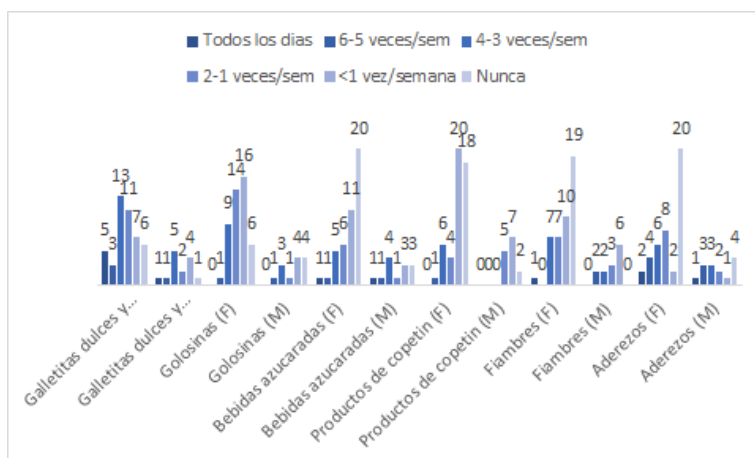
En el sexo masculino, se observa que la mayor cantidad consume vegetales con una frecuencia “6-5 veces a la semana” y “4-3 veces a la semana”, seguido de “todos los días” y “< 1 vez a la semana”, para frutas la mayor cantidad consume “todos los días”, seguido de “6-5 veces a la semana” y “4-3 veces a la semana”. En cuanto a los frutos secos, la mayor cantidad consume con una frecuencia de “2-1 vez a la semana”, seguido de “< 1 vez a la semana”.

Gráfico 12: Frecuencia de consumo de cereales y derivados (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que, en el sexo femenino, la mayor cantidad de encuestados consume los cereales blancos con una frecuencia de “6-5 veces a la semana”, seguido de “todos los días”, para los cereales integrales la mayor cantidad consume “todos los días”, seguido de “6-5 veces a la semana”. En cuanto a los vegetales feculentos, la mayor cantidad consume con una frecuencia de “6-5 veces a la semana”, seguido de “todos los días” y “4-5 veces a la semana”. Por último, el consumo de legumbres es de “4-3 veces a la semana”, “2-1 vez a la semana” y “< 1 vez a la semana”.

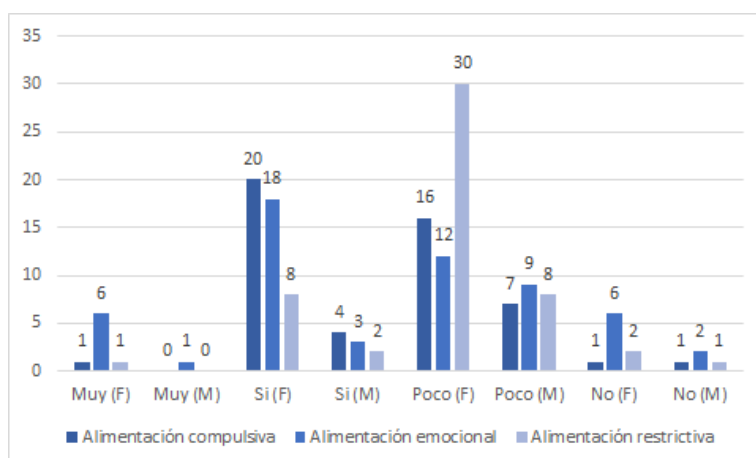
Para el sexo masculino, la mayor cantidad consume los cereales blancos con una frecuencia de “6-5 veces a la semana”, seguido de “4-3 veces a la semana”, para los cereales integrales la mayor cantidad consume “todos los días”, seguido de “6-5 veces a la semana” y “2-1 vez a la semana”. Con respecto a los vegetales feculentos, la mayor cantidad consume con una frecuencia igualitaria de “6-5 veces a la semana” y “2-1 vez a la semana”. Por último, el consumo de legumbres es “2-1 vez a la semana”, seguido de “< 1 vez a la semana”.

Gráfico 13: Frecuencia de consumo de alimentos chatarra (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se observa que, en el sexo femenino, la mayor cantidad de encuestados consume las galletitas dulces y saladas con una frecuencia de “4-3 veces a la semana”, seguido de “2-1 vez a la semana”, para las golosinas el consumo es de “2-1 vez a la semana”, seguido de “4-3 veces a la semana”. La frecuencia de consumo de bebidas azucaradas es de “nunca”, seguido de “< 1 vez a la semana”, en cuanto a los productos de copetín el consumo es de “< 1 vez por semana”, seguido de “nunca”. Por último, el consumo de fiambres es de “nunca”, seguido de “< 1 vez a la semana” y consumo de aderezos es de “nunca”, seguido de “2-1 vez a la semana”.

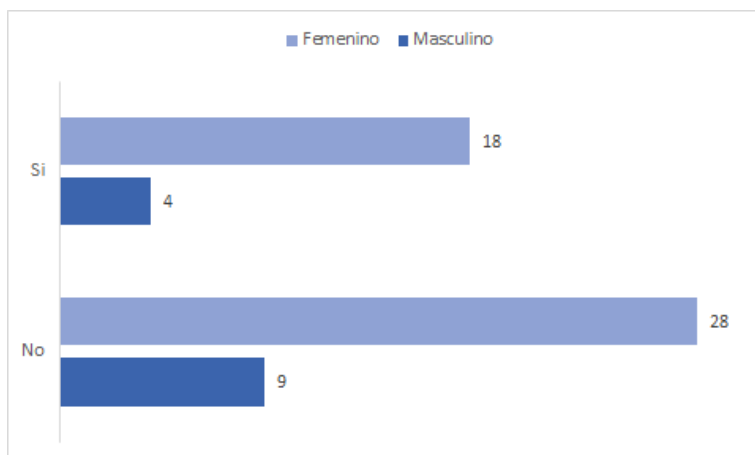
En el sexo masculino, la frecuencia de consumo de galletitas dulces y saladas es de “4-3 veces a la semana”, seguido de “< 1 vez a la semana”, para las golosinas el consumo es de “nunca” y “< 1 vez a la semana”. La frecuencia de consumo de bebidas azucaradas es de “4-3 veces a la semana”, seguido de “< 1 vez a la semana” y “nunca”. En cuanto a los productos de copetín el consumo es de “< 1 vez a la semana”, seguido de “2-1 vez a la semana”. Por último, el consumo de fiambres es de “nunca”, seguido de “< 1 vez a la semana” y el consumo de aderezos es de “nunca”, seguido de “6-5 veces a la semana” y “4-3 veces a la semana”.

Gráfico 14: TFEQ-R21C (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En el gráfico se puede observar que, en el sexo femenino, los encuestados presentan: en cuanto a alimentación compulsiva un mayor porcentaje (52,63%) son compulsivos, seguido de poco compulsivo (42,10%) y con el mismo porcentaje (2,63%) muy compulsivo y no compulsivo. Con respecto a alimentación emocional, el mayor porcentaje (42,85%) son emocionales, seguido de poco emocional (28,57%) y con el mismo porcentaje (14,28%) muy emocional y poco emocional. Por último, se encuentra la alimentación restrictiva, donde un mayor porcentaje (73,17%) son poco restrictivos, seguido de restrictivo (19,51%) y con el mismo porcentaje (2,43%) muy restrictivo y no restrictivo.

En el sexo masculino, los encuestados presentan: en cuanto a la alimentación compulsiva el mayor porcentaje (58,33%) son poco compulsivos, seguido de compulsivo (33,33%), no compulsivos (8,33%), no observándose casos de muy compulsivos. Con respecto a alimentación emocional, el mayor porcentaje (60%) son poco emocionales, seguido de emocionales (20%), no emocionales (13,33%) y muy emocionales (6,66%). Por último, con respecto a la alimentación restrictiva, el mayor porcentaje (72,72%) son poco restrictivos, seguido de restrictivos (18,18%), no restrictivos (9,09%) y no se observan casos de restrictivo.

Gráfico 15: EAT-26 (n:60)

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En este gráfico se observa, en el sexo femenino, un mayor porcentaje de encuestados (61%) no presenta una relación con actitudes y conductas alimentarias de riesgo y asociación con desorden de la conducta alimentaria, mientras un menor porcentaje (39%) si lo presenta.

Por otro lado, en el sexo masculino, se observa que un mayor porcentaje de encuestados (69%) no presenta una relación con actitudes y conductas alimentarias de riesgo y asociación con desorden de la conducta alimentaria, mientras un menor porcentaje (31%) si lo presenta.



CONCLUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se analizó el estado nutricional, patrón de consumo, tipo de conductas alimentarias y presencia de riesgo de TCA en alumnos de 1° año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Fasta de la ciudad de Mar del Plata en el año 2024.

Frente a los datos analizados y teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados al comienzo de la investigación, los cuales se cumplieron desde un comienzo del mismo, se puede observar que, de la totalidad de encuestados la mayor cantidad (78%) corresponden al sexo femenino y un 22% al sexo masculino, con una edad mínima de 17 años y máxima de 31 años para el sexo femenino y una edad mínima de 18 años y máxima de 27 años para el sexo masculino.

Con respecto al estado nutricional, los datos arrojaron una prevalencia de sobrepeso en el sexo masculino y normopeso en el femenino, visualizándose un único caso de bajo peso en este último.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través de la encuesta realizada, se observaron varias cuestiones respecto al patrón de consumo, por un lado, en ambos sexos la mayor cantidad realiza las compras y cocina, como así también consume las comidas principales con una frecuencia de “siempre” y “casi siempre”, destacando que ningún encuestado respondió que “nunca” realiza las comidas principales. Dentro de los motivos por el cual saltan alguna comida en el sexo masculino prevaleció: “poco tiempo”, “poco apetito”, “no me gusta desayunar”, mientras que las respuestas que menos se repitieron fueron: “estar fuera de casa” y “dormir hasta tarde”. En el sexo femenino, las respuestas que mas se repitieron fueron: “poco tiempo”, “poco apetito”, “organización” y las que menos se repitieron fueron “dormir”, “nervios”, “no me acostumbro a desayunar” y “estar fuera de casa”. Destacando que en ambos sexos se repiten algunos motivos por el cual saltan alguna comida principal.

En cuanto al picoteo de alimentos las frecuencias difieren según el sexo, en el femenino prevalece la frecuencia “a veces” y “pocas veces”, y en el masculino “pocas veces” y “a veces”. Resaltando que en ambos las frecuencias de “siempre” y “nunca” fueron bajas. Los alimentos elegidos a la hora de picotear en el sexo femenino fueron principalmente galletitas, golosinas y alimentos dulces, y para el sexo masculino fruta, galletitas y pan.

Con respecto al lugar donde realizan las comidas principales, se observó que la mayor cantidad en ambos sexos las realiza en su casa con una frecuencia de “siempre” y “casi siempre”; “pocas veces” y “a veces” en la universidad, “nunca” en restaurante y en el caso de en casa de un amigo/familiar, el sexo femenino las realiza con una frecuencia de “a veces” y el sexo masculino “pocas veces” y “nunca”.

Acerca de los alimentos que eligen a la hora de comer fuera de sus casas, se pudo observar que en ambos sexos algunos se comparten. En el femenino prevalecieron las

hamburguesas, tarta, pastas, esaladas, pizza, milanesa y en el sexo masculino haburguesa, milanesa y pizza, destacando que los alimentos elegidos tienen una baja calidad nutricional.

Por último, se encuentra la frecuencia de consumo de alimentos, en donde se dividieron en cuatro grupos para su análisis: alimentos proteicos (leche entera, leche descremada y carnes) en el cual ambos sexos los consume con una frecuencia de “todos los días” mayoritariamente. Para los vegetales, frutas y frutos secos: ambos sexos consumen los vegetales con una frecuencia de “6-5 veces a la semana”, las frutas las consumen “todos los días” y los frutos secos, en el sexo femenino, “4-3 veces a la semana” y en el masculino “2-1 vez a la semana”. Para los cereales y derivados (cereales blancos, cereales integrales, vegetales feculentos, legumbres): ambos consumen los cereales blancos, integrales y vegetales feculentos con una frecuencia de “6-5 veces a la semana” y “todos los días” respectivamente. Y para el consumo de legumbres es mayor en el sexo femenino observándose una frecuencia de “4-3 veces a la semana” y en el sexo masculino “2-1 vez a la semana”. Por último, se encuentran los alimentos chatarra (galletitas dulces y saladas, golosinas, bebidas azucaradas, productos de copetín, fiambres y aderezos): en ambos sexos prevalece el consumo de galletitas con una frecuencia de “4-3 veces a la semana”, el consumo de productos de copetín es de “< 1 vez a la semana” y de fiambres “nunca”. Se observaron diferencias para el consumo de golosinas, en donde la frecuencia en el sexo femenino es de “2-1 vez a la semana” y en el masculino “nunca”, y respecto a las bebidas azucaradas, el sexo femenino consume mayoritariamente con una frecuencia de “nunca”, mientras el sexo masculino con una frecuencia de “4-3 veces a la semana”.

Luego de analizar la información recolectada en cuanto a patrones de consumo, no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos, presentando hábitos y patrones alimentarios similares.

También se analizaron los tipos de conductas alimentarias con el cuestionario TFEQ-21, donde se pudo observar que en ambos sexos la mayor cantidad de encuestados presentan una alimentación poco restrictiva. Respecto a la alimentación compulsiva, existen diferencias entre el sexo femenino y masculino, observándose que en las mujeres prevalece la alimentación compulsiva y en los hombres poco compulsiva. Por último, también se encuentran diferencias en la alimentación emocional, donde el sexo femenino presenta una alimentación emocional a diferencia del sexo masculino que presenta una alimentación poco emocional.

Para finalizar, se realizó el cuestionario EAT-26 para evaluar el riesgo de TCA, donde no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos. Tanto en el sexo femenino, como en masculino, prevalece la no relación con actitudes y conductas alimentarias de riesgo y asociación con desorden de la conducta alimentaria con un 61% y 69% respectivamente. Mientras un 39% de las mujeres presenta una relación con actitudes y conductas alimentarias

de riesgo y asociación con desorden de la conducta alimentaria, a comparación con el sexo masculino que es levemente menor con un 31%.

Como conclusión al presente trabajo, se puede destacar que la investigación arrojo resultados interesantes en relacion a la informacion existente sobre la temática, ya que si bien el sexo femenino presenta un mayor riesgo de TCA y conductas alimentarias de riesgo, no se observaron diferencias singificativas con el sexo masculino. Por lo que, en la actualidad se esta comenzado a observar una creciente en la presencia de riesgo de TCA y conductas alimentarias de riesgo en el sexo masculino. Por esta razón, es sumamente importante que los profesionales de la salud puedan realizar una pronta prevención, como así también un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Se pueden considerar como posibles interrogantes y futuros temas de investigación:

- ¿Qué tipo de conductas alimentarias de riesgo prevalece en el sexo masculino y femenino?
- ¿Qu tipo de TCA prevalence segun sexo femenino y masculino?
- ¿Existe una relación entre estudiar Licenciatura en nutrición y presentar/desarrollar conductas alimentarias de riesgo y TCA?



BIBLIOGRAFÍA

Aribas Cordero, M. T. (2016). Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, composición corporal y gasto energético en chicas adolescentes de la Comunidad de Madrid (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Base de datos o Repositorio. <https://docta.ucm.es/entities/publication/654a3715-6b64-4410-b779-48c4c2c8b7bd>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Archivo PDF]. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyesadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Ayuzo- Del Valle, N. C. y Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86 (2), 80-86. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200080&script=sci_arttext

Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7 (1), 1-8. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.1.790>

Caldera Zamora, I. A., Martín del Campo Rayas, P., Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., y Zamora Betancourt, M. D. R. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 22-31. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>

Castro Alija, M.J., Valero Perez, M., Belmonte Cortés, S. y Diego Díaz Plaza, M. (2022). Educación alimentaria y nutricional en los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria*, 39 (EXT 2), 27-32. <https://doi.org/10.20960/nh.04175>

Escandón-Nagel, N., Apablaza-Salazar, J., Novoa-Seguel, M., Osorio-Troncoso, B., y Barrera-Herrera, A. (2021). Factores predictores asociados a conductas alimentarias de riesgo en universitarios chilenos. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 41 (2), 45-52. <https://doi.org/10.12873/412barrera>

Fajardo, E., Méndez, C. y Jáuregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25 (1), 46-57. <https://doi.org/10.18359/rmed.2917>

Ferrín Loor, M. I. (2018). Relación entre la conducta alimentaria emocional y la composición corporal medida por antropometría en adultos jóvenes, 2017 [Bachelor 's thesis, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo] Base de datos o Repositorio. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/9121>

Gaete P., V. y López C., C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev. chil. Pediatría*, 91 (5), 784-793. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>

Gallardo-Galafate, S. (2017). El impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres [Tesis de grado, Universidad de Jaén]. Base de datos o Repositorio. <https://hdl.handle.net/10953.1/5976>

García, A. G. y Marco, F. G. (2021). Grado en Nutrición Humana y Dietética [Tesis de grado, Universidad Zaragoza]. Base de datos o Repositorio. <https://zaguan.unizar.es/record/107518/files/TAZ-TFG-2021-3537.pdf?version=1>

Hernández, M. C. B., López, D. R., Herrera, J. C. y Díaz, G. G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula, 7 (14), 15-21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>

Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Valero Perez, M., Mories Álvarez, M.T., Castro Alija, M.J., Matia-Martin, M.P., Gomez Candela, C. y Grupo de Trabajo de Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE). (2021). Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings. *Nutrición Hospitalaria*, 38 (4), 857-870. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03617>

Losada, A.V. y Rodriguez Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. [Tesis de grado, Universidad Católica Boliviana "San Pablo"]. Base de datos o Repositorio. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v17n1/v17n1_a10.pdf

MARTÍN, J.M. (2021). Prevención del Trastorno de la Alimentación [Archivo PDF]. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IEBAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=prevencion+de+los+trastornos+de+la+conducta+alimentaria+y+de+la+ingesta+de+alimentos&ots=Q_4IT5rGyn&sig=Trth2Vw77Gbog4YcjB87vHeQaWI#v=onepage&q&f=false

Maza-Ávila, F. J., Caneda-Bermejo, M. C., y Vivas-Castillo, A. C. (2022). Hábitos alimenticios y sus efectos en la salud de los estudiantes universitarios. *Una revisión sistemática de la literatura. Psicogente*, 25(47), 110-140. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4861>

Ministerio de Salud. (2018). Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. [Archivo PDF] <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>

Ortiz Cuquejo, L. M., Aguiar, C., Samudio Domínguez, G. C. y Troche Herмосilla, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge. *Pediatría (Asunción)*, 44 (1), 37-42. <https://doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42>

Rivas, P. C. y Gotthelf, S. J. (2018). Anemia y estado nutricional en la población de la ciudad de Salta. Anemia y estado nutricional en la población de la ciudad de Salta. *Actualización en Nutrición*, 19 (1), 04-11. https://www.researchgate.net/profile/Patricia-Rivas-4/publication/324258617_ANEMIA_AND_NUTRITIONAL_STATUS_IN_POPULATION_OF_SALTA_CITY/links/5ac778820f7e9bcd51934452/ANEMIA-AND-NUTRITIONAL-STATUS-IN-POPULATION-OF-SALTA-CITY.pdf

Meza, A. T., Cisneros-Herrera, J. y Guzman-Díaz, G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco*, 9 (17), 38-44. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/8154/8345>

Muñoz Perez, O., Garcia Zamora, P. G. y Almeida Perales, C. (2019). Factores determinantes de conductas alimentarias de riesgo y su prevalencia en estudiantes del área de ciencias de la salud. *IBN SINA*, 10 (1), 1-14. <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v10i1.504>

Paredes, K., Díaz Reséndiz, F. J. y Bautista-Día, M. L. (2019) Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19 (2), 303-312. <https://doi.org/0.30554/archmed.19.2.3283.2019>

Romero Mota, Y., Sayago Sampedro, P. y Moreno Fuentes, A.I. (2015). Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (21), 2260-2276. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250763>

Saucedo-Soto, J.M, De la Pena, A. y Amezcua-Nuñez, J.B. (2021). Hábitos de alimentación saludable en estudiantes universitarios. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, 33 (S1), 199-211. <https://doi.org/10.33975/riug.vol33nS1.492>

Secretaría de Gobierno de Salud. (Septiembre de 2019). 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo>

Silva Toro, N. Y., Mesa, M. y Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos Adventistas de Argentina. *Actual. Nutr*, 14 (4), 89-98. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771528>

Villalobos, A., Unikel, C., Hernández-Serrato, M. L. y Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México*, 62 (6), 734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>

Zarate, L del D.A., Garcia Ramos, M.F., Lobo Hinojosa, M.F., Gonzalez Garcia,L. y Sánchez Guerrero, H.M. (2021). Factores sociales, familiares y del entorno educativo que influyen en las conductas alimentarias y en los estilos de vida de estudiantes universitarios. *Realidades: Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Nuevo León*, (1), 9-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8086230>

Tabla 1: Puntos de corte y diagnósticos del instrumento de conducta alimentaria TEFQ R-21.

Comedor no controlado o compulsivo			
No compulsivo	Poco Compulsivo	Compulsivo	Muy Compulsivo
0-1,5	1,6-2,5	2,6- 3,5	3,5- 4
Alimentación emocional			
No emocional	Poco emocional	Emocional	Muy emocional
0-1,5	1,6-2,5	2,6- 3,5	3,5- 4
Restricción cognitiva o restrictivo			
No restrictivo	Poco restrictivo	Restrictivo	Muy restrictivo
0-1,5	1,6-2,5	2,6- 3,5	3,5- 4

Fuente: (Ferrín Loor, 2018)

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACIÓN DEL AUTOR³⁸

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. **Autor:** _____ Apellido _____ y
Nombre _____

Tipo y N° de Documento _____

Teléfono/s _____

E-mail _____

Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercialCompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) .

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa.

Firma del Autor Lugar y Fecha

³⁸ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o página siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto se hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

ESTADO NUTRICIONAL, PATRÓN DE CONSUMO, TIPO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y RIESGO DE

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías que se caracterizan por un desorden en la ingesta, restricción de alimentos, episodios de atracones, excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. En esencia, son una alteración de la percepción de la imagen corporal y trastornos del estilo de vida, llevando al paciente a realizar prácticas de gran riesgo para la nutrición y su vida

OBJETIVO

Evaluar el estado nutricional, patrón de consumo, tipo de conducta alimentaria y la presencia de riesgo de TCA de los alumnos de primer año de Lic. en Nutrición en una Universidad de gestión privada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2024.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño cuantitativo de corte transversal descriptivo no experimental. Muestra no probabilística por conveniencia de 60 personas que estudian la carrera de Lic. en Nutrición.

RESULTADOS

El sexo más representativo en la muestra fue el femenino con un 78%, y el rango etario fue entre 17 y 31 años, mientras que el sexo masculino representó el 22% y el rango etario fue entre 18 y 27 años. Respecto al patrón de consumo no se observaron diferencias significativas entre ambos sexos. En cuanto al estado nutricional en el sexo femenino prevalece el normo peso y en el masculino el sobrepeso. En relación a el riesgo de TCA el sexo femenino presentó un riesgo mayor con un 39%, mientras que el sexo masculino un 31%. Por último, el tipo de conductas alimentarias que prevalecen son, en el femenino alimentación poco restrictiva, alimentación compulsiva y alimentación emocional. En el sexo masculino prevalece la alimentación poco restrictiva, poco compulsiva y poco emocional.

CONCLUSIONES

Si bien la información que existe apunta que la prevalencia de riesgo de TCA y conductas alimentarias de riesgo es mayor en el sexo femenino, en esta muestra se observó que existe un similar riesgo de TCA. Si se pudo visualizar diferencias en las conductas alimentarias, presentando el sexo femenino mayor conductas de riesgo en comparación con el masculino. En relación al estado nutricional, se observó una prevalencia de normopeso en el sexo femenino y sobrepeso en el masculino, pudiendo relacionarse a que las mujeres presentan un mayor riesgo de TCA y conductas alimentarias de riesgo, donde, la presión social puede impactar en mayor medida en comparación con los hombres, aunque se está observando cada vez un mayor efecto en los mismos.

