



MY FIT FRIEND - Multilevel involvement of physical activity and sport actors in early detection and management of body image disorders among young people

MANUAL DE ENTRENAMIENTO



Co-funded by
the European Union

ESTE ENTREGABLE SE HA REALIZADO CON EL APOYO DE TODOS LOS SOCIOS DEL PROYECTO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



IDEE IN FUGA
COOPERATIVA SOCIALE



Co-funded by
the European Union

Financiado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados solo comprometen a su(s) autor(es) y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o los de la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser considerados responsables de ellos.



Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
EPIDEMIOLOGÍA	6
Terminología epidemiológica	6
Epidemiología general de los trastornos alimentarios	6
Anorexia nerviosa (AN)	8
Datos locales	8
Bulimia nerviosa (BN)	8
Datos locales	9
Vigorexia (dismorfia muscular)	9
Datos locales	9
Impacto de la pandemia de COVID-19	10
Datos locales	10
Conclusión	11
ANTECEDENTES DE FISIOLÓGÍA	12
La Fundación: Equilibrio energético y hambre	12
Balance energético: ingesta vs. gasto	12
Tipos de hambre: biológica vs. hedónica	13
Regulación del apetito: el papel del hipotálamo y las hormonas	13
Efectos fisiológicos a largo plazo de los trastornos alimentarios	16
Metabolismo basal y ahorro energético	16
Impacto hormonal y metabólico	16
Cambios en la masa muscular y magra	17
Efectos sobre la densidad ósea	17
Efectos sobre el sistema cardiovascular	18
Sistema gastrointestinal	18
Sistema inmunológico e inflamación	18
Cerebro y neuroplasticidad	19
Trastornos del sueño	19
Conclusiones	20
CLASIFICACIÓN	21
Información general	21
Anorexia nerviosa	21
Criterios de diagnóstico (DSM-5 TR)	22
Presentación clínica y especificadores	22
Bulimia nerviosa	22

Criterios de diagnóstico (DSM-5 TR)	23
Presentación clínica y especificadores	23
Vigorexia (dismorfia muscular): la paradoja	24
Características de diagnóstico	24
Presentación clínica	25
Conclusión	26
IMAGEN CORPORAL	27
Introducción	27
Carga	27
¿Qué es la imagen corporal?	28
Cómo se desarrolla y se ve influenciada la imagen corporal	28
Factores individuales	28
Influencias proximales	29
Influencias distales	31
La imagen corporal a lo largo de la vida: el continuo del desarrollo	31
Factores de riesgo y protección para la imagen corporal y los trastornos alimentarios ..	33
Factores de riesgo	33
Factores de protección	33
FÁRMACOS PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO Y LA APARIENCIA (PAED)	35
Introducción	35
La influencia de las presiones profesionales y sociales	35
Drogas para mejorar el rendimiento y la apariencia (PAED)	35
Agentes dopantes tradicionales	36
Sustancias con efectos directos sobre la imagen corporal	37
Suplementos dietéticos	37
Medicamentos para mejorar la apariencia (FAE) y la imagen corporal	37
<i>Caso práctico: Anna, 25 años,</i>	38
<i>Estudio de caso: Steven McRae, la perspectiva de un profesional</i>	38
Conclusión	39
ADMINISTRACIÓN	40
Introducción	40
Reconocer los trastornos alimentarios	41
Anorexia nerviosa (AN)	41
Bulimia nerviosa (BN)	43
Vigorexia	44
Identificación de señales de alerta: las 10 preguntas clave para los profesionales	46



Situaciones que requieren atención inmediata	48
Estudios de caso	48
Estrategias de apoyo	49
Crear un entorno de apoyo y empatía	49
Educar sin presionar	50
Fomentar la ayuda profesional	50
Involucrar a la familia y a las redes de apoyo	51
Promover una relación saludable con la alimentación y el ejercicio	51
Desafiando influencias sociales y mediáticas poco realistas	52
Precauciones	52
Conclusión	53



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la imagen corporal o trastornos dismórficos corporales (TDC) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un grupo complejo y heterogéneo de trastornos caracterizados por graves alteraciones de la conducta alimentaria, los pensamientos y las emociones relacionadas con la comida, el peso o la figura corporal, con posibles consecuencias profundas para la salud física y mental. A menudo, los cambios fisiológicos visibles en el cuerpo pueden preceder a un diagnóstico formal.

Por ello, el papel de las personas implicadas en el ámbito del Motor/Deporte y de la Educación Física es crucial.

Con frecuencia, usted se encuentra en una posición privilegiada para detectar los primeros signos de TDC y TCA gracias a su observación minuciosa de la apariencia física, los niveles de actividad física, la composición corporal y los hábitos alimenticios de las personas. El conocimiento de la clasificación de estos trastornos y sus presentaciones clínicas, a menudo sutiles, permite un mejor reconocimiento, prevención y estrategias de apoyo para las personas en riesgo o afectadas por estas afecciones.

Si bien existen varios tipos, este manual se centrará en la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y la vigorexia (también llamada dismorfia muscular), brindándole el conocimiento para reconocer problemas potenciales y comprender su impacto.

EPIDEMIOLOGÍA

Terminología epidemiológica

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los estados y enfermedades relacionados con la salud dentro de poblaciones específicas.

Una comprensión sólida de los datos epidemiológicos requiere familiaridad con la terminología específica.

- **Incidencia:** se refiere al número de casos nuevos de un trastorno que ocurren dentro de una población durante un período de tiempo definido, normalmente un año.
- **Prevalencia:** Se refiere a la proporción de individuos dentro de una población afectados por un trastorno en un momento específico. La prevalencia difiere de la incidencia, ya que incluye tanto casos nuevos como preexistentes, mientras que la incidencia solo contabiliza los casos nuevos. La prevalencia es particularmente útil para estimar la carga total de enfermedad y ayuda a predecir la demanda de servicios de salud.

Epidemiología general de los trastornos alimentarios

La epidemiología de los TCA puede ser particularmente compleja, y los datos disponibles a menudo pueden ser engañosos. Se cree que las cifras epidemiológicas subestiman la verdadera carga de los trastornos de la conducta alimentaria. Esta subestimación se debe a varios factores, como la relativa rareza de los TCA en la población general, la dificultad para reconocerlos por desconocimiento y la subestimación de la gravedad de los síntomas, la reticencia de las personas afectadas a buscar ayuda debido a la negación o la vergüenza, y la ausencia de registros oficiales de enfermedades. Por lo tanto, existe una necesidad apremiante de mejorar la concienciación sobre la prevalencia y la diversidad de los síntomas de TCA y TCA entre los profesionales, especialmente entre quienes trabajan estrechamente con adolescentes y adultos jóvenes, para promover la identificación temprana y la participación en el tratamiento.

Históricamente, los estudios de prevalencia de los trastornos alimentarios se han centrado en los países occidentales. Sin embargo, investigaciones recientes indican que estos trastornos constituyen ahora una preocupación global significativa. Pueden afectar a personas de cualquier edad, sexo o nivel socioeconómico.



Se observan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes de 15 a 25 años, aunque algunos estudios sugieren que la anorexia nerviosa se manifiesta incluso a edades más tempranas. Además, cada vez hay más pruebas de que los hombres jóvenes y los jóvenes de género diverso se ven afectados por trastornos alimentarios con mayor frecuencia de lo que se reconocía anteriormente. La proporción de hombres y mujeres en cuanto a trastornos alimentarios está ciertamente evolucionando, a pesar de que muchas investigaciones no han incluido suficientes hombres para establecer estimaciones epidemiológicas fiables. Estudios recientes destacan que los estudiantes que se identifican como bisexuales, queer o con una identidad de género diferente tienen mayor probabilidad de diagnósticos probables de trastornos alimentarios y muestran mayor preocupación por el peso y la figura corporal en comparación con los estudiantes heterosexuales.

En general, los deportistas obviamente realizan tasas más altas de actividad física que los no deportistas y parecen tener más probabilidades de dar positivo en una prueba de detección de trastornos alimentarios, siendo también menos propensos a buscar tratamiento para ello.

Las estimaciones actuales de prevalencia para todos los trastornos de la conducta alimentaria clasificados en el DSM-5 (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición*) oscilan entre el 3,7 % y el 32,9 % en mujeres y entre el 0,5 % y el 12,8 % en hombres. **Se estima que aproximadamente 20 millones de personas en Europa viven actualmente con trastornos de la conducta alimentaria** (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de noviembre de 2021;34(6):515-524. doi : 10.1097/YCO.0000000000000739).

Los TCA se asocian con una alta carga de enfermedad y un alto riesgo de mortalidad. Las comorbilidades son comunes e incluyen otras afecciones psiquiátricas como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, además de enfermedades orgánicas como complicaciones cardiovasculares, renales y musculoesqueléticas. Por lo tanto, es evidente una estrecha relación entre los TCA y los altos costos de la atención médica, con hospitalizaciones tanto psiquiátricas como no psiquiátricas.

Anorexia nerviosa (AN)

En cuanto a la anorexia nerviosa, las tasas de incidencia más altas se observan en mujeres, especialmente en el grupo de 10 a 29 años. La prevalencia a lo largo de la vida en Europa se estima en un 4 % en mujeres y un 0,3 % en hombres (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de noviembre de 2021;34(6):515-524. doi : 10.1097/YCO.0000000000000739). Las tasas de incidencia varían significativamente según la población estudiada, los métodos y los criterios diagnósticos. Por ejemplo, estudios poblacionales han reportado tasas de incidencia de 120 por 100,000 entre mujeres suecas de 20 a 32 años, y de 200 por 100,000 entre mujeres españolas de 12 a 22 años. Las tendencias recientes indican una incidencia creciente en niñas menores de 15 años y un posible segundo pico entre mujeres perimenopáusicas. Se estima que las tasas entre los hombres son entre 10 y 14 veces menores. Sin embargo, es probable que las tasas de incidencia y prevalencia entre los hombres estén subestimadas debido al estigma y al infradiagnóstico. Hallazgos recientes sugieren que entre los hombres, subpoblaciones específicas, particularmente los atletas que participan en deportes centrados en el cuerpo y la fuerza como el ciclismo, el atletismo y la lucha libre, tienen un mayor riesgo de AN.

Datos locales

En Italia, las diferencias típicas en la incidencia entre sexos de la anorexia nerviosa se sitúan en 8/100.000 para las mujeres y en 0,02-1,4/100.000 para los hombres.

En España, la prevalencia de AN en adolescentes es de aproximadamente el 1%, con una proporción de mujeres a hombres de 9:1. La edad de inicio más común es entre los 13 y los 14 años.

Datos nacionales de Turquía estiman la tasa de incidencia anual de anorexia nerviosa (AN) en aproximadamente 8 por cada 100.000 personas. La prevalencia a lo largo de la vida entre las adolescentes turcas oscila entre el 0,3 % y el 2,6 %, y entre los varones, entre el 0,1 % y el 0,3 %. Aproximadamente el 95 % de los casos de AN en Turquía se presentan en mujeres. La edad típica de inicio en Turquía es entre los 13 y los 20 años, con una edad promedio de 17 años.

Bulimia nerviosa (BN)

En el caso de la bulimia nerviosa, existen menos estudios disponibles. La incidencia máxima se presenta en mujeres de 20 a 29 años, aunque también pueden presentarse casos más tarde en la vida. Las tasas de incidencia en hombres son considerablemente menores. La prevalencia estimada de la bulimia nerviosa a lo largo de la vida oscila entre el 0,3 % y el 4,6 % en mujeres y entre el 0,1 % y el 1,3 % en hombres (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidencia, prevalencia y mortalidad de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de noviembre de 2021;34(6):515-524. doi : 10.1097/YCO.0000000000000739).

Datos locales

En Italia, la incidencia típica de bulimia nerviosa es de 12/100.000 para mujeres y de 0,8/100.000 para hombres.

En España, la prevalencia de BN en mujeres jóvenes (de 9 a 25 años) se sitúa entre el 0,3 % y el 2,9 %, y en hombres, entre el 0 % y el 0,4 %. Suele aparecer alrededor de los 19-20 años.

Una revisión exploratoria realizada en Turquía informó una prevalencia del 0,8 % de bulimia nerviosa (BN) entre adolescentes y adultos jóvenes, en consonancia con las tasas de otros países de Oriente Medio. Un estudio con 783 estudiantes universitarios turcos reveló que el 13,1 % de las mujeres y el 9,2 % de los hombres presentaban hábitos alimentarios anormales que podrían incluir comportamientos asociados a la bulimia nerviosa. Si bien la bulimia nerviosa es más frecuente entre las mujeres a nivel mundial, en Turquía se han observado tasas crecientes entre los hombres, lo que subraya la necesidad de concienciar sobre la inclusión de género y de implementar intervenciones. La bulimia nerviosa suele manifestarse desde finales de la adolescencia hasta principios de la edad adulta, y los estudiantes universitarios (de 17 a 23 años) se consideran un grupo de alto riesgo en Turquía.

Vigorexia (dismorfia muscular)

Los datos sobre la vigorexia, también conocida como dismorfia muscular, son aún más escasos y, a menudo, poco fiables. No existen tasas oficiales de incidencia debido a la ausencia de estudios longitudinales. Como era de esperar, los estudios informan sistemáticamente una mayor prevalencia entre niños y hombres, con un pico de aparición típicamente al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. La prevalencia reportada es del 2,2 % en hombres y del 1,4 % en mujeres. (Mitchison D, Mond J, Griffiths S, Hay P, Nagata JM, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, Murray SB. Prevalencia de dismorfia muscular en adolescentes: hallazgos del estudio EveryBODY. Psychol Med. 2022 Oct;52(14):3142-3149. doi : 10.1017/S0033291720005206).

Datos locales

En España, no existen estadísticas oficiales específicas sobre la prevalencia de la dismorfia muscular. La población más afectada son principalmente varones jóvenes de entre 18 y 35 años. Entre sus características principales se incluyen la preocupación excesiva por la musculatura, la distorsión de la imagen corporal, el ejercicio compulsivo y, en algunos casos, el consumo de esteroides anabólicos.

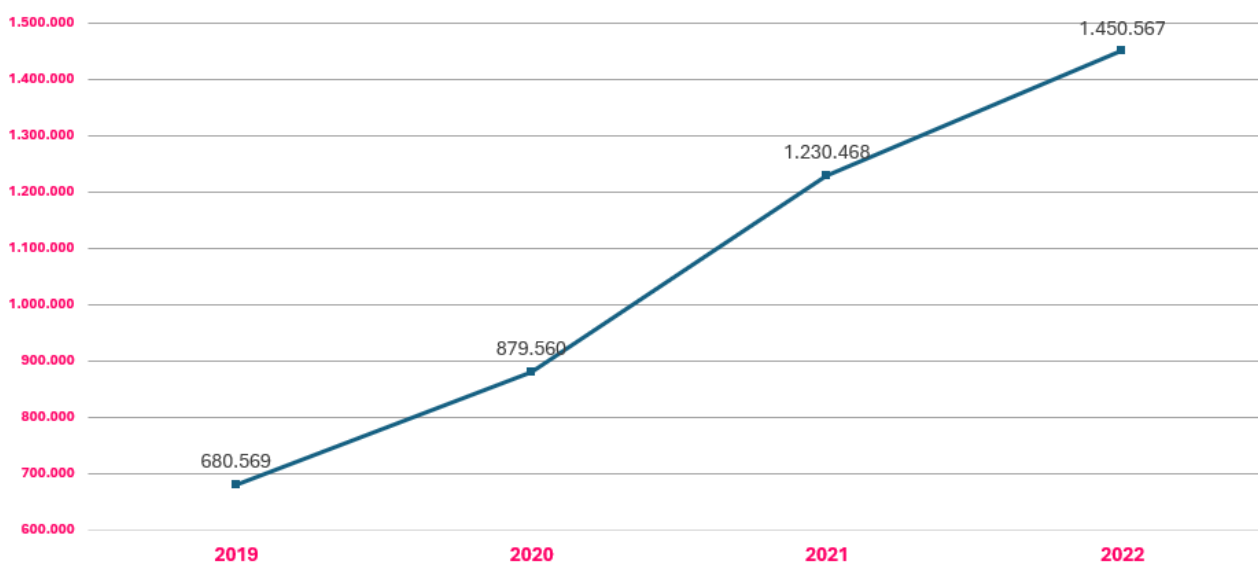
En Turquía, un estudio transversal con 430 estudiantes universitarios varones reveló que el 16,3 % de los estudiantes de ciencias del deporte y el 6 % de los de enfermería presentaban tendencia a la dismorfia muscular. Entre los culturistas profesionales, universitarios y aficionados, los estudios informaron tasas de prevalencia de síntomas de dismorfia muscular del 58,3 %, 11,2 % y 5,7 %, respectivamente.

Impacto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 parece haber exacerbado significativamente los síntomas de los trastornos alimentarios, lo que ha provocado un fuerte aumento de los ingresos hospitalarios en toda Europa. Además del aumento de la prevalencia, los pacientes jóvenes presentan síntomas más graves en comparación con el período prepandémico. Diversos factores contribuyeron a este deterioro de la salud mental, como la alteración de las rutinas diarias, la interrupción de la actividad física habitual, las limitaciones de la libertad personal, el aumento del tiempo libre, la reducción de las interacciones sociales, la mayor exposición a contenido en línea que los desencadena, la reducción del acceso a redes de apoyo y servicios de salud, y la disminución de la sensación de control.

Datos locales

En Italia, se estima que alrededor de 3 millones de personas padecen trastornos de la alimentación, lo que representa aproximadamente el 5% de la población. La tendencia de nuevos casos de trastornos de la alimentación (de todo tipo) detectados por los servicios territoriales aumentó drásticamente tras la pandemia.



National Survey Ministry of Health 2019-2023 (Edited by Laura Dalla Ragione Scientific Director of the CCM Project Ministry of Health DCA) Sole 24 ore Apr 4, 2023

Históricamente, en Italia, los trastornos alimentarios afectaban principalmente a personas de entre 14 y 25 años, manifestándose en dos momentos críticos: la pubertad y la transición a la edad adulta. Sin embargo, existen dos tendencias recientes significativas: la disminución de la edad de aparición de los trastornos, con un 30 % de los nuevos pacientes en 2023 menores de 14 años, y un preocupante aumento de casos en la infancia, donde los niños de 8 a 9 años presentan síntomas típicos de la adolescencia. Además, se observa un aumento de la población masculina afectada, con un 10 % de casos entre los 12 y los 17 años en varones.

Un estudio nacional realizado en Portugal durante la COVID-19 con 580 mujeres no mostró diferencias significativas en el IMC en los cambios generales en la rutina de alimentación y ejercicio, pero la imagen corporal y los síntomas de atracones fueron mayores en los grupos de preobesidad y obesidad. La preocupación por la figura, la preocupación por el peso y los atracones aumentaron significativamente con el IMC. Los cambios alimentarios más comunes incluyeron un mayor deseo de comida reconfortante (hasta un 71%) y el consumo de refrigerios entre comidas (hasta un 51%). Los grupos con IMC más alto informaron más intentos de controlar el peso mediante el ejercicio, pero también más interrupciones en la actividad física.

En España, la pandemia provocó un claro aumento de la incidencia, los ingresos hospitalarios y la gravedad de los trastornos alimentarios (TA) en adolescentes durante el periodo 2020-2021. Las adolescentes, especialmente entre 13 y 17 años, se identificaron como el principal grupo de riesgo. La influencia de género desempeñó un papel importante debido a las presiones socioculturales y los ideales de imagen corporal sobre las mujeres. Los trastornos alimentarios se consideran un problema de salud pública creciente en España debido a su alta prevalencia, curso crónico y mortalidad asociada. La duración media de las estancias hospitalarias en los casos de AN se duplicó durante la pandemia (de 10,89 a 22,67 días). Se observaron conductas de restricción alimentaria en el 95,7 % de los casos hospitalizados en el periodo 2020-2021, y la exposición a las redes sociales aumentó significativamente durante la pandemia (del 11 % al 65,2 % de los pacientes). En el caso de la BN, las conductas asociadas incluyeron las purgas (39,1 % de los casos en el periodo 2020-2021) y el ejercicio excesivo (73,9 %).

Conclusión

Los datos epidemiológicos presentados resaltan la creciente y compleja naturaleza de los trastornos alimentarios, destacando su impacto en diversos grupos demográficos y los efectos exacerbadores de eventos globales como la pandemia de COVID-19. Para los profesionales de las ciencias de la actividad motora y del deporte, y la educación física, esta información es invaluable para la identificación e intervención tempranas. Reconocer la prevalencia, las tendencias demográficas específicas y la influencia de factores como las redes sociales y la participación deportiva es crucial.

ANTECEDENTES DE LA FISIOLÓGÍA

La Fundación: Equilibrio energético y hambre

Para comprender las consecuencias fisiológicas de los trastornos alimentarios, es esencial comprender primero el equilibrio energético básico y los mecanismos del hambre.

Balance energético: ingesta vs. gasto

El equilibrio energético se refiere a la relación entre la energía introducida a través de los alimentos y bebidas y la energía gastada por el cuerpo.

El gasto energético comprende:

- **Metabolismo basal:** La energía necesaria para las funciones corporales básicas **en reposo**. La tasa metabólica basal (TMB) representa la mayor parte del consumo energético diario y refleja la energía necesaria para mantener funciones fisiológicas básicas como la respiración y la regulación de la temperatura.
- **Actividad física:** Energía utilizada durante el movimiento y el ejercicio.
- **Termogénesis digestiva:** Energía gastada durante la digestión, absorción y metabolismo de los alimentos.

El cuerpo humano funciona óptimamente cuando la ingesta energética se ajusta al gasto energético. Se produce un balance energético negativo cuando la energía ingerida es menor que la consumida. Esto puede ocurrir de forma voluntaria, como en el caso de restricciones dietéticas excesivas, o involuntaria.

Cuando la ingesta energética cae constantemente por debajo del gasto, como en la anorexia o la vigorexia, este desequilibrio es crónico y profundo, y el cuerpo entra en un estado de balance energético negativo. Este desequilibrio desencadena mecanismos de emergencia y el cuerpo inicia mecanismos adaptativos para conservar energía, como la reducción del metabolismo, la ralentización de funciones no esenciales y la descomposición de las reservas de energía en forma de tejido muscular. Esto puede provocar fatiga, hipotermia y deterioro de la función orgánica. Estas adaptaciones pueden provocar importantes deterioros fisiológicos con el tiempo, especialmente cuando son prolongadas o extremas.

Es el punto de partida de muchas alteraciones fisiológicas que veremos en breve. Como entrenador, aprender a reconocer un estado de equilibrio negativo persistente puede marcar la diferencia.

Por el contrario, cuando la ingesta de energía excede el gasto energético, el cuerpo almacena el exceso de energía.

Tipos de hambre: biológica vs. hedónica

El hambre no es sólo una necesidad fisiológica; también tiene un componente psicológico:

- **Hambre Biológica:** Es la regulación interna de las necesidades corporales, una señal fisiológica que indica la necesidad de comer para mantener el equilibrio energético. La corteza prefrontal participa en las decisiones conscientes sobre la ingesta de alimentos relacionadas con el hambre biológica.
- **Hambre hedónica:** Se refiere al deseo de comer por placer, no por necesidad. Está fuertemente influenciada por factores psicológicos y ambientales como las emociones, el estrés, el estado de ánimo y el contexto social. El sistema límbico, especialmente áreas como la amígdala y el núcleo accumbens, modula las conductas de alimentación hedónica mediante la señalización dopaminérgica, que refuerza los aspectos gratificantes de la comida y contribuye a la regulación de las emociones y el placer asociados con la comida.

La corteza prefrontal ayuda a tomar decisiones conscientes sobre la alimentación, mientras que el sistema límbico influye en las respuestas emocionales a la comida. Neurotransmisores como la dopamina y la serotonina también influyen en la conducta alimentaria, especialmente en relación con la recompensa y la regulación del estado de ánimo.

La interacción entre la homeostasis (equilibrio biológico) y el hedonismo (búsqueda del placer) es fundamental para comprender los comportamientos alimentarios.

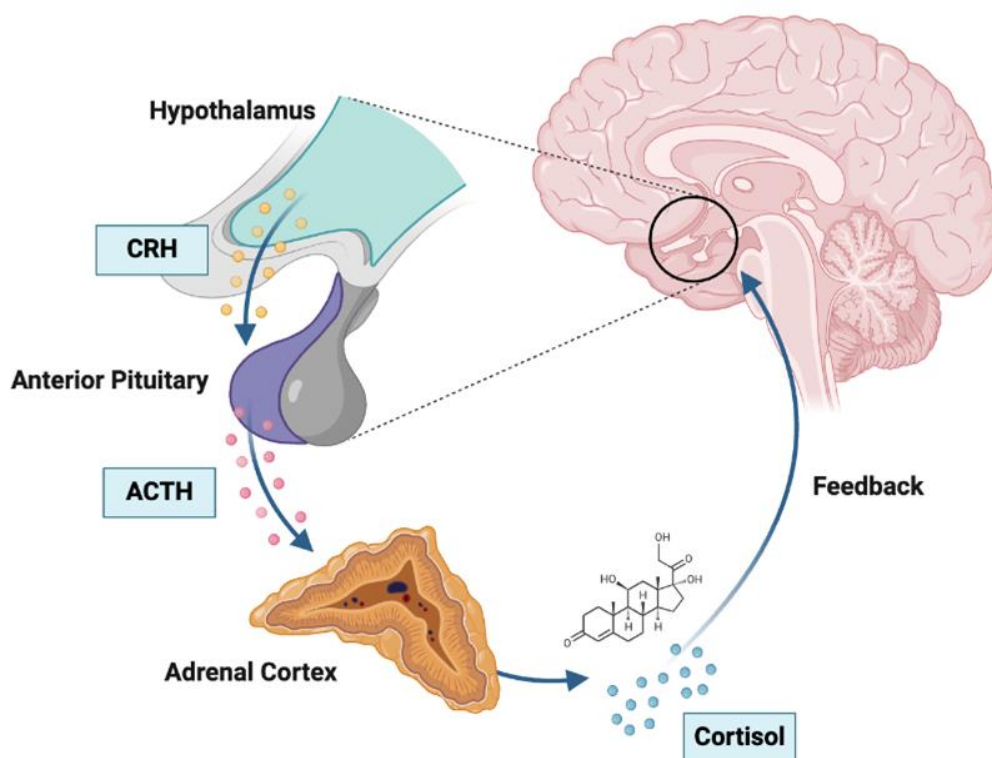
Regulación del apetito: el papel del hipotálamo y las hormonas

Para comprender los trastornos alimentarios, primero debemos examinar cómo se regula el apetito. La regulación del hambre y la saciedad implica una interacción compleja entre el cerebro, el sistema endocrino y el tracto digestivo.

Comprender estos mecanismos nos ayuda a ver por qué los trastornos alimentarios no son sólo una cuestión de fuerza de voluntad, sino que implican alteraciones neurobiológicas complejas.

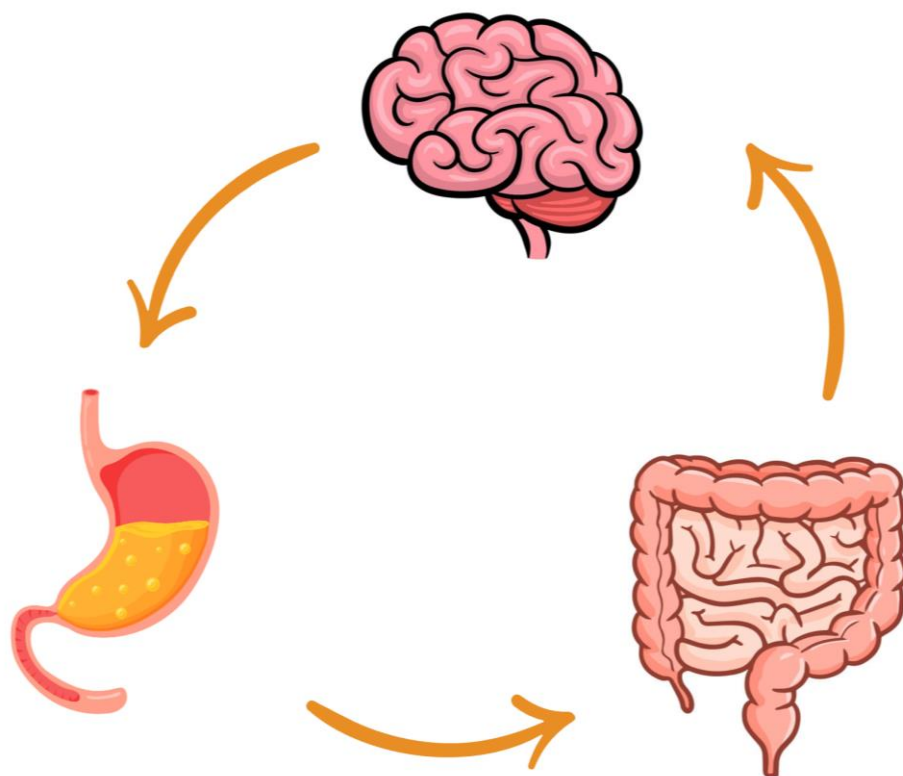
El **hipotálamo** es la región cerebral clave responsable del hambre y la saciedad. Dentro del hipotálamo, existen dos grupos principales de neuronas que controlan la conducta

alimentaria: las **neuronas NPY/ AgRP** , que **estimulan el hambre** , y las **neuronas POMC** , que **promueven la saciedad** . El hipotálamo actúa como un centro regulador central del apetito, recibiendo señales de hormonas y nutrientes para controlarlo. Se comunica con la hipófisis y las glándulas suprarrenales, formando el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), que se ve significativamente afectado por el estrés.



Estas neuronas reciben señales del cuerpo a través de varias **hormonas clave**, desempeñando un papel crucial en la regulación del apetito:

- **Grelina:** Producida en el estómago, la grelina estimula el apetito; sus niveles aumentan antes de las comidas y disminuyen después. Se la conoce a menudo como la «hormona del hambre».
- **Leptina:** Secretada por el tejido adiposo, la leptina señala saciedad e informa al cerebro sobre los niveles de energía almacenada.
- **Insulina:** Producida por el páncreas, la insulina regula la glucosa en sangre y promueve la saciedad a largo plazo.
- **Colecistoquinina (CCK):** liberada por el duodeno y el yeyuno, la CCK ayuda en la digestión de grasas y proteínas e induce saciedad a corto plazo, indicándole al cerebro que estás lleno .



El cuerpo envía señales constantemente al cerebro, provenientes del intestino, el tejido adiposo y los músculos. El cerebro procesa estos mensajes y decide si comer, descansar o moverse. En los TCA, esta comunicación se ve interrumpida. Estas interrupciones ayudan a explicar por qué las personas con trastornos de la alimentación a menudo experimentan respuestas emocionales extremas a la comida. El cuerpo dice " *Tengo hambre* ", pero el cerebro, por razones psicológicas o biológicas, no responde adecuadamente. En la anorexia nerviosa, los estudios muestran una alteración de la señalización de la leptina, lo que puede contribuir a la supresión de las señales de hambre. Por el contrario, las personas con trastorno por atracón pueden tener una respuesta reducida a la leptina, lo que les dificulta reconocer la saciedad.

Además de las hormonas del hambre, **los neurotransmisores** también desempeñan un papel crucial en la conducta alimentaria. Los tres neurotransmisores clave son la serotonina, la dopamina y el cortisol.

- **La serotonina** ayuda a regular el estado de ánimo y la saciedad. En la anorexia, se observan niveles elevados de serotonina, lo que puede contribuir a la ansiedad y al autocontrol excesivo con la comida.

- **La dopamina** está vinculada al sistema de recompensa del cerebro. En trastornos como los atracones, este sistema suele estar hiperactivado, con un aumento de la actividad dopaminérgica, lo que puede hacer que los alimentos ricos en calorías se sientan más gratificantes, lo que lleva a comer compulsivamente. La comida no es solo combustible, sino también una fuente de placer. Las personas pueden comer compulsivamente, no porque tengan hambre, sino porque su cerebro busca placer o alivio. Y en los trastornos alimentarios restrictivos, el placer a menudo se ve reemplazado por ansiedad o culpa.
- **El cortisol**, la hormona del estrés, suele estar elevado en los trastornos alimentarios. El estrés crónico puede alterar la regulación del apetito, aumentar los antojos de alimentos energéticos y contribuir a la alimentación emocional.

Efectos fisiológicos a largo plazo de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios pueden provocar efectos graves y generalizados a largo plazo en diversos sistemas del organismo.

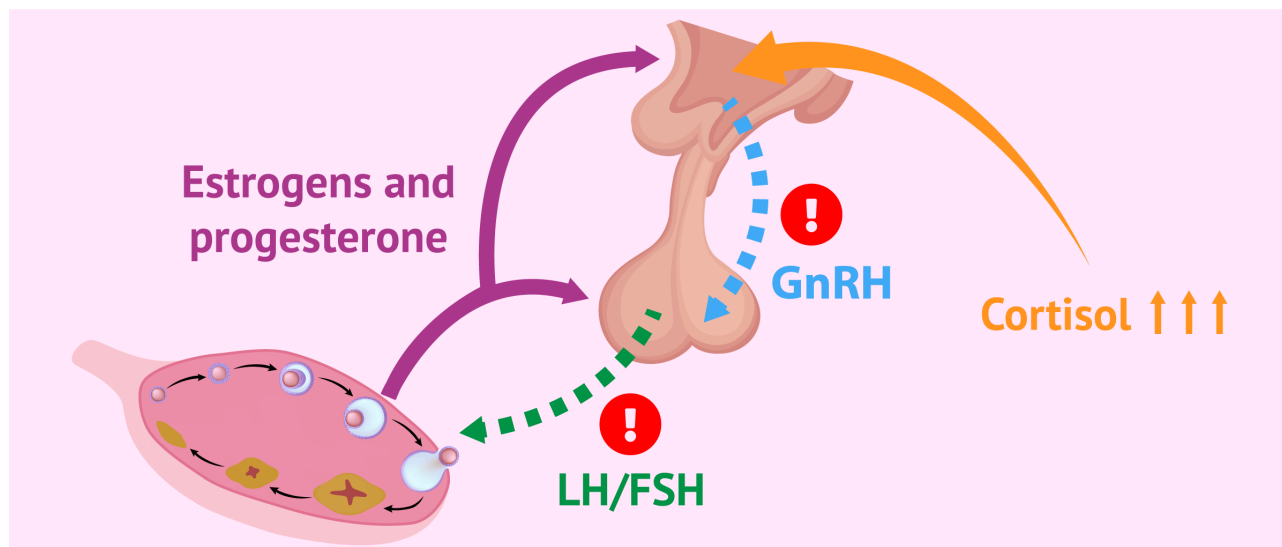
Metabolismo basal y ahorro de energía

En respuesta a la restricción calórica, la tasa metabólica basal suele disminuir a medida que el cuerpo intenta conservar energía. Esta adaptación puede afectar al sistema nervioso autónomo, provocando bradicardia (frecuencia cardíaca lenta), hipotermia (temperatura corporal baja) e hipotensión (presión arterial baja).

Impacto hormonal y metabólico

El sistema endocrino se ve significativamente afectado. La restricción calórica y la baja grasa corporal pueden alterar el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal.

- Inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (HPG)
- Reducción de GnRH, LH y FSH
- Disminución de las hormonas anabólicas
- Disminución de estrógenos → amenorrea
- La producción de hormona tiroidea también puede disminuir, reduciendo la actividad metabólica.
- Los niveles de cortisol a menudo aumentan debido al estrés crónico y la desnutrición, lo que contribuye al catabolismo, la ansiedad y los trastornos del sueño.



Cambios en la masa muscular y magra

Cuando el cuerpo entra en un estado de restricción energética, como ocurre en muchos trastornos alimentarios, comienza a consumirse. El músculo, si bien es esencial para la fuerza y la salud metabólica, se convierte en una fuente de energía. Esto conduce a una pérdida de masa magra y a una reducción de la fuerza física y del rendimiento físico.

La paradoja es que incluso quienes parecen estar en forma pueden ocultar un catabolismo muscular profundo. Un cuerpo tonificado debido a la baja grasa corporal no siempre es un cuerpo sano. Para un entrenador es fundamental mirar más allá de la apariencia externa y cuestionar la condición fisiológica real del deportista.

Efectos sobre la densidad ósea

Uno de los efectos más graves y sutiles de la restricción energética en los trastornos alimentarios es el compromiso de la salud ósea.

Cuando el cuerpo está en déficit, reduce la producción de hormonas sexuales como el estrógeno, que son esenciales para mantener la densidad ósea.

Además, con un intestino ralentizado y una mala alimentación, la absorción de calcio también disminuye.

¿El resultado? Incluso niñas muy jóvenes pueden desarrollar osteopenia o incluso osteoporosis precoz, con un riesgo real de fracturas por estrés. Para quienes entrenan, esto es una señal de alarma que no deben ignorar.

Efectos sobre el sistema cardiovascular

El corazón, como cualquier músculo, se ve afectado por la desnutrición. La bradicardia y la hipotensión son adaptaciones comunes al déficit energético. Las personas pueden experimentar síncope (desmayo) o colapso, especialmente durante el esfuerzo. En casos graves, pueden presentarse cambios estructurales en el tejido cardíaco y una reducción de la masa cardíaca. Además, la depleción electrolítica puede alterar la conducción eléctrica. La prolongación del intervalo QT, una actividad eléctrica del corazón, aumenta el riesgo de arritmias graves o incluso de muerte súbita.

Sistema gastrointestinal

Los trastornos alimentarios pueden causar una variedad de problemas gastrointestinales:

- Gastroparesia: vaciamiento gástrico lento que produce náuseas y saciedad precoz.
- Dolor abdominal, hinchazón, pesadez: quejas frecuentes.
- Estreñimiento crónico: debido a la motilidad intestinal lenta.
- Consecuencias del vómito autoinducido o del abuso de laxantes: La esofagitis (inflamación del esófago), la gastritis y los desequilibrios electrolíticos graves son comunes. El uso crónico de laxantes también provoca daño intestinal y pérdida del reflejo de evacuación normal.

Estos síntomas no son sólo secundarios: a menudo alimentan un círculo vicioso de malestar corporal y mayor restricción.

Sistema inmunológico e inflamación

El sistema inmunológico también sufre alteraciones profundas en los TCA.

En condiciones de anorexia, la desnutrición severa provoca un colapso de las defensas inmunes, haciendo al cuerpo más vulnerable a infecciones recurrentes, incluso triviales.

En trastornos como la bulimia o el trastorno por atracón, por el contrario, se observa un estado de inflamación crónica: las células grasas liberan citocinas proinflamatorias y se activan procesos de estrés oxidativo.

También puede haber una disfunción de la microbiota intestinal, que juega un papel clave en la regulación de la inmunidad y el metabolismo, impactando en la curación muscular y la resistencia al esfuerzo.

¿El resultado? El cuerpo se recupera más lentamente, resiste menos el esfuerzo y está más expuesto a problemas crónicos.

Cerebro y neuroplasticidad

La neuroplasticidad también necesita energía: este es un concepto importante para entender que 'nutrir el cerebro' es esencial para una verdadera curación.

Los trastornos alimentarios pueden provocar cambios estructurales y funcionales en el cerebro:

- Reducción del volumen cerebral: en pacientes con anorexia nerviosa (AN), se observa atrofia, especialmente en la corteza y la sustancia gris. Esto es un efecto directo de la falta de nutrientes esenciales para el metabolismo neuronal.
- Alteraciones en la Conectividad Funcional: entre áreas emocionales y cognitivas.
- Déficits cognitivos: incluye problemas de atención, memoria y flexibilidad mental.

La buena noticia es que muchas de estas alteraciones son parcialmente reversibles con recuperación nutricional y terapia.

Trastornos del sueño

Las personas con restricción calórica suelen dormir poco y mal. El cuerpo, privado de energía, entra en un estado de hipervigilancia metabólica: es como si estuviera en alerta, buscando alimento, y le cuesta entrar en una fase de sueño profundo. Por lo tanto, las personas con TCA suelen experimentar insomnio inicial o despertares frecuentes, lo que provoca un sueño ligero y poco reparador. La restricción calórica y los niveles de serotonina afectan el sueño. Además, el desequilibrio neuroendocrino, especialmente a nivel del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, genera un aumento del cortisol, la hormona del estrés, que dificulta conciliar el sueño.

En casos de bulimia y atracones, las oscilaciones glucémicas y la digestión nocturna pueden perturbar aún más el descanso.

Para un entrenador, observar fatiga crónica, dificultad para concentrarse o una mala recuperación post-entrenamiento puede ser una señal de que el sueño, y por tanto el cuerpo, no está funcionando correctamente.



Conclusiones

Los trastornos alimentarios tienen profundas raíces en la neurobiología, y el hipotálamo, las hormonas y los neurotransmisores desempeñan un papel crucial en la regulación del apetito y la conducta alimentaria . Las alteraciones hormonales y metabólicas causadas por los trastornos alimentarios pueden conllevar graves riesgos para la salud. Para quienes se dedican a la motricidad, el deporte y la educación física, comprender estos mecanismos fisiológicos es vital. Su papel en la detección temprana y la derivación adecuada a profesionales de la salud puede cambiar la vida . Puede contribuir al desarrollo de mejores estrategias de tratamiento que aborden tanto la mente como el cuerpo de las personas que padecen trastornos alimentarios.

CLASIFICACIÓN

Información general

Los trastornos alimentarios representan un grupo variado, que va desde los patrones típicos de la primera infancia hasta aquellos más característicos de la adolescencia y la adultez joven.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado (DSM-5 TR), proporciona el marco diagnóstico actual. Entre los trastornos clave se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la vigorexia (dismorfia muscular) y el trastorno por atracón, así como clasificaciones más recientes como el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) y trastornos como la ortorexia nerviosa.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno alimentario grave que se caracteriza por un patrón de alimentación restrictivo con un miedo intenso a aumentar de peso, una imagen corporal distorsionada y una negativa a mantener un peso corporal mínimamente saludable.

Fisiológicamente, está fuertemente asociada con el grave balance energético negativo y sus consecuencias generalizadas, ya mencionadas, que afectan a casi todos los sistemas, incluyendo una desaceleración metabólica significativa, alteraciones hormonales que provocan amenorrea y pérdida de densidad ósea, y problemas cardiovasculares como la bradicardia. Si no se reconoce y trata a tiempo, la anorexia nerviosa (AN) durante el crecimiento puede afectar gravemente el desarrollo físico y psicológico, provocando discapacidad e interrupción del proceso de crecimiento, con consecuencias potencialmente significativas a largo plazo.

La AN se asoció históricamente con la tasa más alta de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos, con 5,1 muertes por cada 1000 personas-año, y 1 de cada 5 personas con AN que murieron se suicidó (Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiología de los trastornos alimentarios: incidencia, prevalencia y tasas de mortalidad. Curr Psychiatry Rep. 2012 agosto;14(4):406-14. doi : 10.1007/s11920-012-0282-y).

Criterios de diagnóstico (DSM-5 TR)

1. Restricción gradual o rápida de la ingesta energética en relación con las necesidades: esto conlleva un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. El "peso significativamente bajo" se define como un peso inferior al mínimo normal o, en el caso de niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
2. Miedo intenso a subir de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. Este miedo no se alivia con la pérdida de peso; de hecho, suele intensificarse a medida que la persona pierde más peso.
3. Alteración en la percepción del peso o la figura corporal: influencia indebida del peso o la figura en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual. Las personas con AN suelen negar la gravedad de su bajo peso y pueden considerar su emaciación como un signo de logro.

Presentación clínica y especificadores

El pico típico de aparición se presenta en ambos sexos entre los 15 y los 19 años; sin embargo, en los últimos años, se ha observado una edad de inicio más temprana, coincidiendo con la tendencia general de una pubertad más temprana. La presentación clínica del trastorno en preadolescentes puede variar ligeramente, presentándose a menudo con una rápida disminución de la ingesta de alimentos en lugar de un proceso gradual, y es posible que no muestren el mismo nivel de preocupación por la imagen corporal, centrándose más en el dolor abdominal, las náuseas o la saciedad precoz.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, ayuno, ejercicio excesivo o abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos. A diferencia de la anorexia nerviosa (AN), las personas con BN suelen mantener un peso corporal dentro o por encima del rango normal.

Si bien las personas con bulimia pueden mantener un peso normal, las repercusiones fisiológicas son significativas, en particular debido a las conductas compensatorias. Los desequilibrios electrolíticos derivados de las purgas son una preocupación importante, ya

que suponen un riesgo de arritmias cardíacas. También son comunes los problemas gastrointestinales como la gastroesofagitis y el estreñimiento crónico. El estado inflamatorio crónico y la posible disfunción de la microbiota intestinal también son consideraciones fisiológicas importantes.

La BN frecuentemente presenta comorbilidad con depresión, ansiedad, desesperanza y vergüenza. Existe un mayor riesgo de autolesiones no suicidas, ideación suicida y muerte por suicidio, siendo el riesgo de suicidio ocho veces mayor que en la población general.

Criterios de diagnóstico (DSM-5 TR)

1. Episodios recurrentes de atracones: Un episodio de atracones se caracteriza por ambos de los siguientes factores:
 - o Comer, en un período de tiempo discreto (por ejemplo, dentro de un período de 2 horas), una cantidad de alimento que es definitivamente mayor que lo que la mayoría de las personas comerían en un período similar bajo circunstancias similares.
 - o Una sensación de falta de control sobre comer en exceso durante el episodio (por ejemplo, una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
2. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes Para prevenir el aumento de peso: estas incluyen el vómito autoinducido; el uso indebido de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; el ayuno o el ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.
4. La autoevaluación está indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
5. La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Presentación clínica y especificadores

La BN suele aparecer al final de la adolescencia o al principio de la adultez. A diferencia de la anorexia nerviosa (AN), las personas con BN pueden no presentar signos visibles de pérdida de peso extrema, lo que dificulta su detección. Los profesionales pueden observar comportamientos reservados en torno a la comida o una preocupación inusual por el peso y la figura corporal a pesar de una apariencia normal.

Vigorexia (dismorfia muscular): la paradoja

La vigorexia, o vigorexia, o dismorfia muscular, es una forma de trastorno dismórfico corporal, la dismorfofobia, que se caracteriza por una obsesión por la idea de que el propio cuerpo es demasiado pequeño o no tiene suficiente musculatura. También se le suele llamar informalmente "anorexia inversa" debido a la distorsión de la imagen corporal.

Las personas suelen realizar actividad física excesiva y seguir dietas estrictas, a pesar de su apariencia atlética. Pueden consumir dietas bajas en calorías y abusar de suplementos o esteroides anabólicos.

La paradoja radica en que, a pesar de su apariencia musculosa, las personas con vigorexia a menudo presentan signos de déficit energético, similar a otros trastornos alimentarios. Esto puede conducir al catabolismo muscular, la reducción de la fuerza física y los desequilibrios hormonales, incluso mientras se esfuerzan por aumentar la musculatura. Esta condición a menudo pasa desapercibida en contextos deportivos. También puede estar relacionada con RED-S (Deficiencia Energética Relativa en el Deporte), donde la energía consumida es insuficiente para apoyar la energía gastada en el deporte, lo que lleva a una función fisiológica deteriorada, los mismos tipos de alteraciones fisiológicas (que afectan la tasa metabólica, la salud ósea, la función menstrual, la inmunidad y la salud cardiovascular) observadas en los trastornos alimentarios clásicos. Abarca una gama de deterioros fisiológicos. RED-S resalta el riesgo de desnutrición, a menudo carente de calorías, micronutrientes y grasas esenciales, incluso en personas que no cumplen los criterios clínicos para un trastorno alimentario, pero que sufren déficits energéticos similares.

Características de diagnóstico

(La vigorexia se clasifica en el DSM-5 TR bajo "Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados" como un especificador del trastorno dismórfico corporal) .

1. **Preocupación por la musculatura:** La persona se preocupa por la idea de que su cuerpo es demasiado pequeño, débil o no tiene suficiente musculatura, aunque objetivamente sea muy musculoso. Esta preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
2. **Conductas o actos mentales repetitivos :** El individuo realiza conductas repetitivas (p. ej., hacer ejercicio excesivo, pasar horas en un gimnasio, levantar

pesas en exceso, mirarse compulsivamente la musculatura en el espejo, acicalarse en exceso, pellizcarse la piel, broncearse en exceso) o actos mentales repetitivos (p. ej., comparar su cuerpo con el de otros) en respuesta a las preocupaciones por la apariencia.

3. **La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental** (por ejemplo, un trastorno alimentario, donde la preocupación principalmente es la grasa corporal y la pérdida de peso).

Presentación clínica

La vigorexia se observa con mayor frecuencia en hombres, aunque también puede afectar a mujeres, especialmente a las que practican deportes de fuerza. Sus características principales incluyen:

- **Ejercicio excesivo y compulsivo:** A menudo priorizando el entrenamiento sobre otras actividades de la vida, lo que lleva a lesiones o aislamiento social con una visión idealizada del trabajo en fitness para justificar y mantener los hábitos actuales.
- **Autopercepción distorsionada:** a pesar de ser objetivamente musculosos, los individuos se perciben como pequeños o inadecuados, lo que conduce a una insatisfacción corporal persistente y una baja autoestima.
- **Angustia emocional:** Sentimientos de desesperanza, depresión y ansiedad relacionados con la imagen corporal. Puede haber un desgaste emocional significativo, con una insatisfacción corporal persistente a pesar de la musculatura visible, lo que afecta la intimidad debido a la incomodidad con la desnudez y la actividad sexual. Las personas pueden cuestionar el propósito del esfuerzo continuo a pesar de los logros .
- **Aislamiento social:** evitar reuniones sociales, especialmente aquellas que impliquen comida o en las que su físico pueda verse expuesto o juzgado.
- **Prácticas dietéticas rígidas y extremas:** Adherencia a dietas altamente restrictivas destinadas a maximizar la ganancia muscular y minimizar la grasa corporal, que a menudo implican grandes cantidades de proteínas y la evitación estricta de ciertos alimentos.
- **Tensión financiera:** gastar cantidades excesivas de dinero en suplementos, membresías de gimnasios y alimentos especializados, lo que a veces conduce a dificultades financieras.

- **Mal uso de suplementos y esteroides anabólicos:** algunos autores reportan que la dismorfia muscular precedió al uso de esteroides en un alto porcentaje. Existe una gran preocupación debido a los graves riesgos para la salud asociados a estas sustancias:
 - Efectos secundarios físicos que incluyen acné, pérdida de cabello, ginecomastia (en hombres) e irregularidades menstruales (en mujeres).
 - Cambios de humor muy frecuentes e irritabilidad.
 - Después de suspender un ciclo, pueden aparecer síntomas de abstinencia que provocan depresión y miedo a perder masa muscular o progresar.

Conclusión

Comprender los criterios diagnósticos y las presentaciones clínicas de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la vigorexia es fundamental para quienes trabajan en el ámbito de la motricidad/deporte y la educación física. Su posición única permite la detección temprana de cambios sutiles en la apariencia física, el comportamiento y el bienestar emocional. Al reconocer estas señales, puede desempeñar un papel crucial para orientar a las personas hacia el apoyo médico y psicológico adecuado.

IMAGEN CORPORAL

Introducción

Para quienes trabajan en el ámbito del automovilismo, el deporte y la educación física, comprender la imagen corporal es fundamental. No se trata solo de estética. Es crucial que las señales de alerta de los trastornos de la imagen corporal no siempre sean visibles. La obsesión por el fitness no es sinónimo de bienestar, y el entrenamiento y la dieta pueden utilizarse como medio de control. Este manual busca brindarte los conocimientos necesarios para reconocer, comprender y apoyar adecuadamente a los jóvenes que luchan con trastornos de la imagen corporal, capacitándote para identificar las señales de alerta, escuchar con atención y saber cuándo y dónde dirigir a quienes necesitan ayuda.

Burden

En la sociedad hipermoderna “el cuerpo” es una herramienta de comunicación para transmitir la propia identidad, y la manipulación corporal permite alcanzar determinados objetivos de comunicación.

En el pasado, los anunciantes y los medios tradicionales han jugado un papel importante en el establecimiento de estándares poco realistas del cuerpo “ideal” y los estándares de belleza, hasta hace poco, las redes sociales (SM), en particular la naturaleza altamente visual de Instagram, Snapchat y TikTok, refuerzan la sensibilidad a la imagen corporal y apoyan conceptos relacionados con la salud, la imagen corporal y el deporte, a veces difundiendo mensajes distorsionados que son perjudiciales para los adolescentes y preadolescentes.

La insatisfacción corporal afecta a preadolescentes, adolescentes y jóvenes de distintas maneras. La presión es distinta, pero los riesgos son similares.

Los niños tienden a sufrir presión sociocultural que los anima a tener cuerpos más grandes y musculosos; un estudio de la evolución de las figuras de acción masculinas a lo largo de 30 años, incluso en avatares de videojuegos e imágenes hiperrealistas generadas por computadora, encontró que se habían vuelto mucho más musculosos con el tiempo. Las niñas están bajo presión para tener un cuerpo delgado o ultradelgado. Más de mil doscientos adolescentes, alrededor del 72% de ellos dijeron que sentían una tremenda presión para ser hermosos. Por supuesto, hay un aumento universal en la

presión de la belleza y una disminución en la confianza de las niñas a medida que crecen. Se estima que solo el 4% de las mujeres de todo el mundo se consideran hermosas (Helfert S, Warschburger P. The face of appearance-related social Pressure: gender, age and body mass varies in peer and parent Pressure during adolescence. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013 May 17;7(1):16. doi : 10.1186/1753-2000-7-16) . Las imágenes retocadas con Photoshop generan en las niñas y mujeres una “tendencia a la delgadez”.

Las aplicaciones también brindan oportunidades casi constantes para que los adolescentes se comparen con imágenes filtradas y seleccionadas de celebridades y sus pares.

Respecto a las imágenes de ejercicio físico que muestran a personas hermosas haciendo ejercicio, con cuerpos cada vez más tonificados y definidos, que enfatizan la muscularidad son particularmente dañinas; las imágenes de “antes y después” dan la impresión de que se puede alcanzar un ideal a través de la dieta o el ejercicio, cuando, de hecho, el cuerpo ideal impulsado por los medios no es fisiológicamente posible para la mayoría de las personas.

¿Qué es la imagen corporal?

La imagen corporal se refiere a cómo una persona percibe su físico y las sensaciones que experimenta como resultado de esta percepción. Abarca cómo te ves en el espejo o cómo te imaginas, lo que crees sobre tu apariencia, cómo crees que te ven los demás y cómo te sientes con respecto a tu cuerpo. La imagen corporal es subjetiva; una persona puede pesar 50 kg y sentirse "gorda" o tener músculos marcados y nunca percibirse como alguien completo. No es un hecho objetivo.

Una imagen corporal negativa, con una imagen corporal ideal que es inalcanzable, puede conducir a conductas como evitar ciertos ejercicios debido a la insatisfacción corporal, hacer ejercicio en exceso para "corregir" defectos percibidos, seguir una dieta poco saludable o restringir alimentos y aislarse social debido a la timidez sobre la apariencia.

Cómo se desarrolla y se ve influenciada la imagen corporal

Hay varios factores que influyen en la imagen corporal.

Factores individuales

- *Rasgos de personalidad* : ciertas características individuales, como los altos estándares y la autocrítica, junto con un temperamento ansioso o perfeccionista, pueden hacer que alguien sea más vulnerable a problemas de imagen corporal.
- *Autoestima* : la autoestima corporal se incluye en el término general de autoestima y se relaciona con los pensamientos y sentimientos que una persona tiene sobre su apariencia, figura o tamaño. Una autoevaluación positiva actúa como un amortiguador contra las imágenes corporales negativas.
- *Experiencias pasadas* : comentarios, juicios, traumas o burlas. Una broma negativa en la adolescencia basta para provocar una eterna comparación con la imagen del espejo.

La imagen corporal se construye principalmente mediante la internalización de ideales de apariencia, todos influenciados por la observación y la interacción con los demás. Existen dos tipos principales de influencias:

Influencias proximales (influencias directas e inmediatas) como:

- *Familia*: Los comentarios críticos de los padres sobre el peso o la figura corporal, ya sea dirigidos al niño o a sí mismos, pueden afectar significativamente la imagen corporal del niño. El estilo educativo, como el control excesivo de los padres en la alimentación o los malos hábitos alimenticios, es crucial. Por el contrario, los padres que respetan la diversidad corporal, evitan las conversaciones sobre el peso, promueven una alimentación saludable sin restricciones y fomentan una autoestima positiva, tienen más probabilidades de tener hijos con una imagen corporal positiva. Las comidas en familia y las experiencias positivas a la hora de comer también son cruciales, mientras que las relaciones disfuncionales contribuyen a una menor autoestima.
- *Compañeros*: Las burlas, el acoso o los comentarios críticos de los compañeros, e incluso compartir fotos y selfies sobre la apariencia, son factores de riesgo importantes para los problemas de imagen corporal. Además, un chico que solo recibe elogios cuando está escultural aprenderá a usar su cuerpo como una herramienta para obtener aprobación. Por otro lado, el sentido de pertenencia y el apoyo de los compañeros pueden fomentar una imagen corporal más saludable. La influencia grupal de los compañeros puede impulsar comportamientos tanto positivos como negativos relacionados con la imagen corporal.

- *Entrenadores/Profesores Deportivos:* Los entrenadores y profesores tienen una influencia significativa en la imagen corporal de los atletas debido a su papel en la definición de las expectativas sobre la composición corporal y el rendimiento. Un estilo de entrenamiento excesivamente crítico o centrado en el peso puede contribuir a una imagen corporal negativa. Por el contrario, un entrenamiento positivo y de apoyo que priorice el desarrollo de habilidades, el esfuerzo y la salud general, en lugar de la apariencia, puede promover una imagen corporal más saludable.
- *Uso de medios y redes sociales:* Las redes sociales amplifican este efecto mediante imágenes seleccionadas y filtradas, lo que facilita la comparación social constante y la internalización de ideales de belleza poco realistas. Los "me gusta" y los comentarios actúan como una medida de valor.

La búsqueda de un yo digital "perfecto" puede conducir a la ansiedad, la depresión y la insatisfacción corporal.

Algunos estudios han indicado que existe una asociación entre el uso de redes sociales y la internalización de un ideal de delgadez/musculación, lo que sugiere que la exposición constante a ideales corporales poco realistas puede desencadenar insatisfacción corporal y la necesidad de modificar los hábitos alimenticios y de entrenamiento. En concreto, los trastornos de la imagen corporal y el uso excesivo de internet (EIU) pueden solaparse en gran medida debido a que comparten factores de riesgo y principios psicológicos subyacentes. Además, no debe pasarse por alto que la edad promedio de inicio en los últimos años ha disminuido considerablemente, afectando a jóvenes a partir de los 13 años, probablemente incluso debido a la disminución progresiva de la edad promedio de acceso a las redes sociales. En particular, varios estudios han destacado una estrecha relación entre la aparición de la vigorexia y la aparición del SM.

Las aplicaciones hacen que los adolescentes sean muy conscientes del peso corporal, la forma del cuerpo, la ingesta de calorías y el ejercicio, pero es necesario enseñarles a filtrar la información que reciben de los medios masivos para evitar el impacto negativo que estos puedan tener.

Las personas con una imagen corporal positiva tienden a evaluar, filtrar y deconstruir críticamente las imágenes irreales de los medios de comunicación para proteger su propia imagen corporal. Por el contrario, los adolescentes con baja

condición física podrían aumentar la insatisfacción corporal, lo que a su vez incrementaría los síntomas de trastornos alimentarios. Muchos entrevistados afirman haber abandonado el deporte porque se sienten inadecuados, tanto en rendimiento como en apariencia, en comparación con los atletas que ven en los medios y en las redes sociales. Quienes tenían menos confianza en sus habilidades atléticas se autocalificaban como "menos en forma" en comparación con su idea percibida de lo que debería ser un atleta. Y son principalmente las chicas las que abandonan el deporte debido a la presión competitiva.

Influencias distales Son influencias más amplias y sistémicas que dan forma a la imagen corporal a lo largo del tiempo:

- **Cultura:** Los ideales culturales de belleza y forma corporal, a menudo reforzados por las normas sociales, impactan significativamente la imagen corporal. Distintas culturas pueden valorar distintos tipos de cuerpo, lo que influye en lo que se considera "atractivo" o "saludable".
- **Sociedad:** Las presiones sociales relacionadas con el éxito, el estatus y la aceptación pueden estar entrelazadas con la apariencia física, contribuyendo a la insatisfacción corporal. El énfasis en la delgadez en las mujeres y la musculatura en los hombres en las sociedades occidentales es una influencia social generalizada. De hecho, solo es posible construir una imagen corporal positiva si se percibe que la apariencia física es aceptable para la sociedad a la que se pertenece y para las personas que conforman el entorno social.

La imagen corporal a lo largo de la vida: el continuo del desarrollo

El desarrollo de la imagen corporal es un proceso dinámico influenciado por diversos factores en las diferentes etapas de la vida.

- **Primera infancia (3-6 años):** Los niños empiezan a notar las diferencias físicas y a asociarlas con el género, la talla y las capacidades. A menudo imitan las actitudes de los adultos respecto a la apariencia. La insatisfacción corporal temprana puede ser provocada por comentarios críticos de familiares o compañeros, incluso a esta temprana edad.
- **Infancia tardía (7-11 años):** Los niños adquieren mayor conciencia de los ideales de belleza social a través de los medios de comunicación y las interacciones con

sus compañeros. Pueden empezar a comparar su cuerpo con el de los demás y a expresar inquietudes sobre el peso o la apariencia. La práctica deportiva puede influir positivamente en la imagen corporal al fomentar un sentido de competencia y valorar las capacidades físicas, pero también puede generar presiones si se centran en la apariencia.

- **Adolescencia (12-18 años):** Este es un período crítico debido a los rápidos y significativos cambios físicos (pubertad), que a menudo se experimentan como inarmónicos y con una mayor conciencia social. Los adolescentes se comparan más, tienen menos tolerancia a la frustración y, por lo tanto, son muy susceptibles a la influencia de sus compañeros y a los mensajes mediáticos sobre el tipo de cuerpo ideal. La insatisfacción corporal suele aumentar, sobre todo entre las chicas. El cuerpo es un campo de batalla. Los trastornos alimentarios suelen surgir durante esta etapa.
- **Edad adulta joven (19-25 años):** Mientras el desarrollo físico se estabiliza, las personas se adaptan a nuevos entornos sociales (p. ej., la universidad, el trabajo) donde persisten las presiones sobre la imagen corporal. El énfasis en mantener un estilo de vida saludable a veces puede enmascarar conductas subyacentes de trastornos alimentarios. Una mayor independencia significa que los síntomas pueden ocultarse con mayor eficacia y que las personas son menos propensas a buscar ayuda o revelar sus dificultades. A menudo ... gestionar estudios, trabajos y presiones sociales.
- **Adulthood (26+ años):** La preocupación por la imagen corporal puede persistir, influenciada por el envejecimiento, la paternidad, las exigencias profesionales y los cambios en los valores personales. Si bien es menos probable que los trastornos alimentarios reaparezcan en la edad adulta, pueden persistir desde etapas anteriores. El enfoque podría desplazarse de lograr un cuerpo "ideal" a mantener la salud y la vitalidad.

Factores de riesgo y protección para la imagen corporal y los trastornos alimentarios

Comprender los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de padecer trastornos alimentarios y de la imagen corporal es fundamental para una prevención e intervención específicas.

Factores de riesgo

- **Obesidad infantil:** Antecedentes de obesidad infantil aumentan el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios más adelante en la vida.
- **Trastornos del desarrollo neurológico:** afecciones como el trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) pueden estar asociadas con tasas más altas de trastornos de la alimentación y de la imagen corporal.
- **Alexitimia:** Dificultad para identificar y expresar emociones, que puede llevar a utilizar la comida o el ejercicio como mecanismo de afrontamiento.
- **Trauma infantil:** Las experiencias de trauma, incluido el abuso físico, emocional o sexual, son factores de riesgo importantes.
- **Aislamiento social:** La falta de apoyo social y la sensación de desconexión de los demás pueden exacerbar los TDM y los TCA.
- **Experiencias de burlas/bullying entre pares:** ser ridiculizado por la apariencia personal por parte de los compañeros.
- **Participación en deportes con altas exigencias estéticas:** Deportes como el ballet, la gimnasia, el patinaje artístico y la lucha libre a menudo enfatizan la delgadez y tipos de cuerpo específicos, lo que aumenta el riesgo.

Protector Factores

- **Participación deportiva centrada en la salud y el rendimiento:** participación en deportes que enfatizan la habilidad, el esfuerzo, el trabajo en equipo y la salud general en lugar de la apariencia.
- **Habilidades de afrontamiento y regulación de las emociones:** Estrategias efectivas para manejar el estrés y las emociones sin recurrir a trastornos alimentarios o al ejercicio compulsivo.



- **Fuerte red de apoyo social:** Tener una red de familiares y amigos que brinden aliento y aceptación en lugar de centrarse en la apariencia y el apoyo emocional.

FÁRMACOS PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO Y LA APARIENCIA (PAED)

Introducción

Durante siglos, el ideal de "mente sana en cuerpo sano" (*Anima sana in corpore sano*) ha sido fundamental para el bienestar humano, un concepto popularizado por los antiguos griegos y romanos, quienes incluso contaban con farmacéuticos y fisioterapeutas en sus gimnasios. Sin embargo, en la actualidad, este enfoque ha cambiado sutilmente. El énfasis se ha desplazado cada vez más hacia ser "más duro, mejor, más rápido, más fuerte" en lugar de simplemente estar sano. Esta presión, especialmente en las culturas del deporte y el fitness, ha creado una necesidad de atajos, lo que ha llevado al auge de fármacos para mejorar la apariencia y otras prácticas potencialmente perjudiciales.

Para las personas involucradas en el campo del deporte motor y la educación física, comprender estas tendencias es crucial para apoyar el bienestar integral de las personas bajo su guía.

La influencia de las presiones profesionales y sociales

Varios factores contribuyen a este cambio y al uso creciente de métodos para mejorar la apariencia:

- **Presiones profesionales:** En diversos ámbitos competitivos, los atletas y deportistas deben mantener un rendimiento óptimo durante periodos prolongados y realizar actividades físicamente más exigentes. Estas exigencias pueden llevar a las personas a buscar ayuda externa.
- **Redes sociales y moda:** La influencia generalizada de las redes sociales y la moda examina con detenimiento atributos físicos como el peso, la altura y el IMC, en comparación con los estándares sociales en constante evolución de salud y atractivo. La "solución" que a menudo se promueve incluye medicamentos, inyecciones, operaciones y la adhesión a prácticas poco saludables.

Drogas para mejorar el rendimiento y la apariencia (PAED)

Este concepto va más allá del deporte y el ejercicio; las personas pueden querer mejorar su cuerpo, no solo para aumentar su rendimiento, sino también para alcanzar metas

estéticas, sociales, culturales y profesionales. Algunos ejemplos son los estimulantes cognitivos para el estudio, los esteroides para aumentar la hipertrofia muscular y los suplementos para mantener la figura deseada.

El dopaje se define como el uso de sustancias o métodos prohibidos con la intención de mejorar el rendimiento atlético. Durante los últimos 20 años, los organismos antidopaje y los investigadores han examinado el uso del dopaje en el deporte de élite, pero aún quedan muchas preguntas cuando se trata de deportes recreativos, deportes de masas y deportes de ocio, especialmente para drogas para mejorar la apariencia en lugar de drogas para mejorar el rendimiento. El uso de sustancias con fines estéticos o no regulados no se considera, en sí mismo, dopaje, especialmente cuando gran parte de su uso ocurre fuera del deporte y, por lo tanto, está mal regulado. Hay una creciente normalización de estas sustancias, especialmente entre los adultos jóvenes, el uso de moduladores selectivos del receptor de andrógenos (SARM), péptidos sintéticos y microdosificación de hormonas a menudo se basan en foros no científicos.

Además, muchos fármacos que mejoran la imagen, como los esteroides anabólicos androgénicos, se pueden adquirir fácilmente por internet, lo que genera un mercado negro considerable, pero son de baja calidad y falsificados. El mercado negro de medicamentos falsificados genera una situación de incertidumbre impredecible y una amenaza considerable para la salud individual y pública.

Muchas de estas sustancias causan riesgos significativos: hepatotoxicidad, infertilidad, ginecomastia, alteraciones cardiovasculares, atrofia testicular, acné severo e incluso la muerte. También se han reportado casos de dependencia psicológica, irritabilidad, impulsividad, etc. Peor aún, el uso de suplementos dietéticos se relaciona con un aumento de la permisividad hacia el dopaje.

El uso de drogas para mejorar el rendimiento y la apariencia (PAEDs) parece estar asociado con varios trastornos psicopatológicos de prevalencia poco clara, especialmente trastorno por uso de sustancias, niveles más elevados de actividad física, más diagnósticos de trastornos psiquiátricos, TDC y TCA.

Agentes dopantes tradicionales

Muchas sustancias están en la lista de sustancias prohibidas de la Agencia Mundial Antidopaje pero siguen utilizándose.

- **Esteroides androgénicos** : que promueven el crecimiento muscular y la recuperación rápida;

- **Hormona del crecimiento** : se utiliza para reducir la grasa corporal y aumentar la masa magra;
- **Eritropoyetina:** que aumenta la capacidad de carga;
- **Estimulantes como la efedrina y las anfetaminas** : se utilizan para aumentar la concentración y la resistencia a la fatiga.

Sustancias con efectos directos sobre la imagen corporal

La atención se centra menos en el rendimiento y más en la apariencia, a menudo influenciada por ideales corporales poco realistas.

- **Esteroides anabólicos:** utilizados fuera del deporte competitivo;
- **Diuréticos:** para reducir la retención de agua y mejorar la definición muscular;
- **Laxantes:** para perder peso rápidamente;
- **Supresores del apetito:** sustancias prohibidas en varios países.

suplementos dietéticos

Los suplementos ocupan un espacio ambiguo: son legales y están destinados a complementar la nutrición; sin embargo, están mal regulados y algunos tienen composiciones poco claras o incluso están contaminados. Psicológicamente, los suplementos actúan como indicadores de compromiso con el cuerpo ideal, y se utilizan no por sus efectos, sino como un ritual en círculos centrados en el cuerpo.

Entre ellos se encuentran la proteína de suero, la creatina, la cafeína, la beta-alanina, etc. El consumo de productos proteicos ofrece algunos beneficios para el rendimiento, como el aumento de la masa muscular y la reducción del tiempo de recuperación. Sin embargo, la mayoría de las personas no necesitan suplementos proteicos; por ejemplo, el usuario promedio del gimnasio no se ejercita lo suficiente como para obtener beneficios. Incluso existen evidencias de que la ingesta de proteínas superior a 1,5 g/kg/día tiene efectos perjudiciales (homeostasis, función renal, función hepática y enfermedad coronaria).

Medicamentos para mejorar la apariencia (FAE) y la imagen corporal

Considerando que las drogas para mejorar la apariencia (FAE) son sustancias que se utilizan para alterar la apariencia física, a menudo con el objetivo de mejorar la forma corporal, la masa muscular o reducir la grasa, su consumo se correlaciona con

sentimientos de incompetencia física, baja autoestima o incluso percepciones erróneas como dismorfia muscular. Las FAE rara vez siguen una lógica puramente instrumental: existe una profunda dimensión emocional ligada al deseo de modificar el cuerpo; otros las utilizan como compensación psicológica tras experiencias de acoso, fracasos relacionales y presión por el rendimiento (ya sea en la sexualidad deportiva o incluso en la vida profesional). También existe una dimensión comunitaria.

Caso práctico: Anna, 25 años

Anna, una joven de 25 años, Ella es una universidad estudiante, y Sigue la aptitud Influencers en Instagram y TikTok; presenta una situación común en el mundo del fitness. Asiste regularmente al gimnasio y consume una cantidad considerable de suplementos proteicos, caseína y cafeína para desarrollar músculo y aumentar la resistencia. A pesar de consumir suficiente proteína en sus comidas y no tener deficiencia proteica ni realizar entrenamiento de alta intensidad, cree que tomar suplementos es esencial para estar en forma.

La creencia de Anna en los suplementos tiene ventajas, pero hay otras

- **Sentido de Pertenencia y Motivación:** *Siente que se alinea con lo que otros hacen para lograr objetivos fitness, lo que aumenta su sentido de pertenencia y motivación, haciéndola más comprometida con el entrenamiento y compartir experiencias.*
- **Creencias Erróneas:** *Esta práctica está asociada al desarrollo de creencias erróneas sobre su imagen corporal, como “si no tomo estos suplementos no soy capaz de tener un cuerpo deseable”.*
- **Impacto financiero:** *El uso de su suplemento tiene un impacto financiero notable en su presupuesto mensual.*
- **Riesgo de escalada:** *existe un mayor riesgo de que, si no puede alcanzar sus objetivos, pueda pasar a sustancias más potentes.*

Estudio de caso: Steven McRae, la perspectiva de un profesional

Steven McRae, un destacado bailarín de ballet, ofrece una perspectiva conmovedora sobre las consecuencias de las exigencias físicas extremas y la falta de energía . Se rompió el tendón de Aquiles durante una actuación en vivo y habla abiertamente sobre sus años de lucha contra las lesiones, de exigirse a sí mismo y de ignorar las señales de advertencia. Describió vivir en un "estado constante de agotamiento" y estar "muy



desnutrido". McRae se ha convertido en un firme defensor de los cambios en el mundo del ballet. Curiosamente, a pesar del aumento de su masa muscular y fuerza tras la lesión, algunos críticos argumentan que ahora es un "bailarín menos interesante y menos elegante". Esto pone de relieve la compleja interacción entre las capacidades físicas, los ideales estéticos y las presiones a las que se enfrentan los profesionales.

Conclusión

Los estudios de caso subrayan el papel crucial que desempeñan las personas involucradas en el ámbito del deporte motor y la educación física para promover una imagen corporal saludable y prácticas de entrenamiento. Es fundamental reconocer las sutiles influencias de las exigencias profesionales, la cultura de grupo y el SM, que pueden llevar a decisiones poco saludables. Al fomentar entornos que prioricen la salud integral, la nutrición equilibrada y expectativas realistas, los educadores y entrenadores pueden ayudar a las personas a desarrollar relaciones sostenibles y saludables con su cuerpo y la actividad física, mitigando así los riesgos asociados con los PAED.

GESTIÓN

Introducción

Como se ha descrito anteriormente, los trastornos alimentarios muestran una incidencia creciente en los últimos años.

Es fundamental recordar que los TDC y los TCA suelen ser difíciles de reconocer debido a la falta de concienciación de las personas afectadas, la subestimación de la gravedad de los síntomas y la frecuente ambivalencia hacia el tratamiento. La alta tasa de coexistencia con otros trastornos psiquiátricos complica aún más el diagnóstico. Solo un pequeño porcentaje de quienes padecen TDC y TCA recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados, lo que pone de relieve la necesidad de una mayor concienciación entre todos los profesionales que interactúan con personas, especialmente adolescentes y adultos jóvenes. Estos trastornos no solo afectan al individuo, sino también a todo el sistema familiar, lo que requiere un enfoque integral, sobre todo cuando se presentan en la infancia o la adolescencia.

Comprender las presentaciones iniciales, la evolución de los síntomas y el profundo impacto de la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y la vigorexia es fundamental. La observación minuciosa de las personas y la relación de confianza y escucha, especialmente en entornos deportivos y educativos, lo colocan en una posición privilegiada. Para estas personas, la actividad física no es el objetivo, sino el medio para lograr la pérdida de peso o el desarrollo muscular excesivo. Al reconocer las señales sutiles y evidentes de estos trastornos, usted puede desempeñar un papel crucial para facilitar la derivación oportuna a profesionales de la salud, contribuyendo así a mejores resultados para las personas afectadas. Promover una imagen corporal saludable y una relación sana con la alimentación y el ejercicio, priorizar el rendimiento y el bienestar por encima de los ideales estéticos, y fomentar una comunicación abierta son pasos vitales para las personas en riesgo o que luchan contra los TDC y los TCA. Reconocer la naturaleza multifacética de estos trastornos y la posibilidad de que se presenten trastornos psiquiátricos concomitantes le permitirá brindar un apoyo más integral y eficaz a sus atletas y estudiantes.

Reconocer los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios representan un grupo diverso de afecciones que pueden manifestarse de manera diferente según la edad.

Anorexia nerviosa (AN)

Comportamientos iniciales : Las personas con anorexia nerviosa suelen restringir la ingesta de alimentos mediante dietas, a menudo autogestionadas, para bajar de peso. Estas dietas se caracterizan por una ingesta calórica baja, la eliminación de carbohidratos y grasas, el ayuno intermitente o el consumo de porciones pequeñas. Los pacientes suelen justificar sus restricciones alimentarias alegando intolerancias o alergias, o reportando malestar o hinchazón después de comer ciertos alimentos.

Evolución del trastorno (Adolescencia): Los adolescentes con AN pueden revisar constantemente su peso y figura frente al espejo. Inicialmente, la pérdida de peso puede ser una fuente de empoderamiento, generando una sensación de mayor bienestar y autoeficacia. Pueden desarrollar la falsa creencia de que controlar su cuerpo les ayuda a afrontar las emociones negativas, la baja autoestima, la incompetencia y un entorno percibido como caótico, afirmando así su fuerza y capacidad personales.

El deseo de perder peso a menudo se transforma en miedo a subir de peso. Este miedo genera ansiedad y culpa después de comer, lo que resulta en inestabilidad emocional. Las personas con anorexia nerviosa (AN) pueden desarrollar conductas compulsivas para controlar la ansiedad y evitar imprevistos, como controlar obsesivamente el peso y el cuerpo, contar calorías y rituales rígidos a la hora de comer (p. ej., cortar la comida en trozos pequeños, cocinar durante largos periodos, comer muy despacio). Subir de peso puede significar perder el control sobre la propia identidad y autonomía. Los sentimientos de culpa después de comer suelen aliviarse mediante conductas de eliminación como el ejercicio físico excesivo (motorismo), el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes o diuréticos.

AN en la preadolescencia: Los preadolescentes con AN a menudo niegan inquietudes sobre la figura y el peso corporal, y en su lugar refieren falta de apetito o dolor abdominal. Pueden presentar mayor presencia de trastornos del neurodesarrollo o psicopatología previa (p. ej., ARFID, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo), pero presentan una rápida pérdida de peso que requiere atención médica más rápida. Las

señales de alerta incluyen retraso del crecimiento, cambios en el IMC, náuseas recurrentes o dolor abdominal. Los factores familiares (patrones relacionales difíciles, sobrecontrol mutuo, comentarios críticos) y la victimización por parte de los pares son cruciales. Si no se reconoce y trata a tiempo, la AN puede afectar negativamente el desarrollo físico y psicológico, provocando discapacidad e interrupción del crecimiento, con consecuencias potencialmente significativas a largo plazo.

Poblaciones de alto riesgo de anorexia nerviosa (AN): Las personas que practican danza o deportes competitivos que requieren control de peso y figura tienen mayor riesgo. También tienen mayor riesgo las personas con enfermedades crónicas que exigen restricciones dietéticas (p. ej., diabetes tipo 1, fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca).

Complicaciones y mantenimiento: La pérdida de peso extrema puede afectar el crecimiento y provocar ciclos menstruales irregulares en las niñas. Todos los síntomas tienden a empeorar con la pérdida de peso y el deterioro de la salud física y mental. Las personas con anorexia nerviosa (AN) a menudo no reconocen su condición y evitan buscar ayuda. Si se cronifican, los síntomas pueden convertirse en parte de la identidad de la persona, especialmente si el trastorno se percibe como egosintónico.

Señales de advertencia para padres y profesionales del deporte: Los padres podrían notar la tendencia a esconder la comida o evitar comer con otras personas. Otras señales incluyen cortar la comida en trozos muy pequeños o reacomodar constantemente la comida en el plato, saltarse comidas con frecuencia con excusas como "no tengo hambre", "ya comí" o "molestias gastrointestinales", y rituales rígidos de preparación de alimentos. Un gran porcentaje de personas con anorexia nerviosa (AN) presenta actividad física excesiva, que suele preceder a la aparición del trastorno y, por lo tanto, podría considerarse una de las primeras señales que se deben detectar.

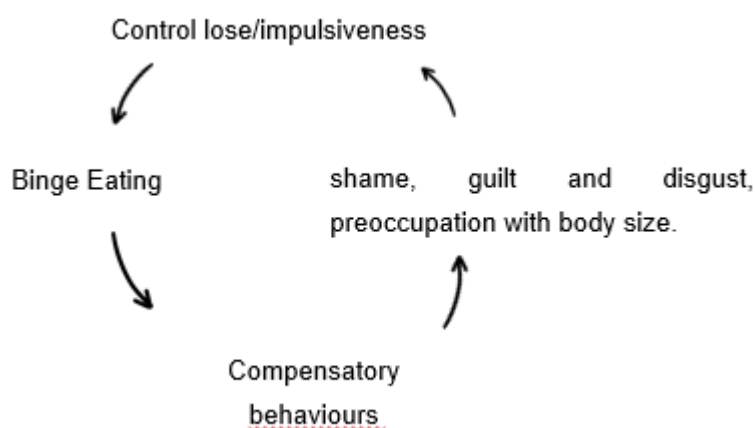
conductas compensatorias, como visitas prolongadas al baño después de las comidas o actividad física excesiva, movimientos compulsivos y ejercicio excesivo incluso con fatiga. También son comunes los cambios emocionales y de comportamiento, que incluyen cambios de humor y patrones de sueño alterados. Otras observaciones incluyen retraimiento social, aislamiento progresivo de la familia, compañeros y entornos sociales, dedicación intensa a la escuela y los deportes (a menudo con un rendimiento inicialmente preservado y un declive progresivo en las fases finales), baja tolerancia al fracaso. Pueden estar presentes problemas de hidratación, como ingesta excesiva de agua o

deshidratación intencional. Pueden ocurrir elecciones de ropa inusuales, desde ropa que cubra demasiado (etapas iniciales) hasta ropa mínima para promover la pérdida de calor (etapas posteriores). La amenorrea o las irregularidades menstruales en las niñas, más allá de los dos años después de la menarquia, son indicadores físicos significativos.

Aspectos psicológicos y cognitivos: Los profesionales clínicos suelen observar alexitimia (dificultad para reconocer y regular los estados emocionales), dependencia y autocrítica, a menudo asociadas a dificultades en el proceso de separación-individuación. La baja autoestima y las dificultades para la autoafirmación son comunes. Es frecuente evitar la transición de la infancia a la edad adulta, manifestándose a menudo como el deseo de mantener un cuerpo asexual y similar al de un niño. Las relaciones entre padres e hijos, en particular con las madres, pueden caracterizarse por la inversión de roles y una dinámica controladora. Puede existir un conflicto interno entre una parte sana y una "parte anoréxica" que mantiene los síntomas (p. ej., voces internas que guían y controlan la conducta). Las relaciones con los iguales suelen ser dependientes, y las separaciones y el desapego emocional causan un malestar significativo.

Bulimia nerviosa (BN)

Señales de advertencia para padres y profesionales del deporte: Los atracones y las conductas compensatorias pueden volverse compulsivas y obsesivas, a menudo ocultas (p. ej., comer durante la noche, ir al baño con frecuencia después de las comidas). Los padres pueden notar que falta comida en la despensa. Los atracones se acompañan de vergüenza, culpa y asco, junto con la preocupación por el tamaño corporal. Las personas con BN experimentan pérdida de control e impulsividad. Al igual que quienes padecen anorexia nerviosa (AN), las personas con BN temen subir de peso y están fuertemente motivadas a perderlo, a pesar de tener una apariencia normal. Dado que suelen tener un peso normal o sobrepeso, el trastorno puede pasar desapercibido y sin tratamiento durante mucho tiempo.



Las complicaciones relacionadas con las purgas incluyen erosión dental, hipertrofia de las glándulas salivales, callos o abrasiones en las manos (p. ej., signo de Russell), daño en las uñas, llagas en la boca y desequilibrios electrolíticos significativos. También son comunes los problemas hormonales y gastrointestinales, como menstruaciones irregulares, alteraciones endocrinas, distensión abdominal, disfagia o reflujo ácido.

Comorbilidades psiquiátricas y complicaciones clínicas: la BN es frecuentemente comórbida con trastornos psiquiátricos.

Vigorexia

Factores Impulsores: Las personas con vigorexia suelen estar impulsadas por una insatisfacción corporal temprana (sentirse "delgada" o "débil" en la infancia), una autopercepción distorsionada, una baja autoestima y la búsqueda de la musculatura, que puede servir como estrategia para afrontar la ansiedad relacionada con el cuerpo. La comparación social con compañeros populares puede generar un refuerzo positivo gracias a resultados visibles y rápidos, la admiración y el respeto de los compañeros masculinos, el deseo de atractivo, percibido como más atractivo por las chicas, y una sensación de control obtenida mediante el levantamiento de pesas.

Señales de advertencia para padres y profesionales del deporte:

- Imagen corporal distorsionada: Creencia persistente e irracional de que el cuerpo es demasiado pequeño, débil o subdesarrollado, incluso siendo objetivamente musculoso. Esta distorsión es similar a la anorexia nerviosa, pero se centra en la musculatura.
- Enfoque obsesivo en la apariencia: Sus pensamientos están dominados por preocupaciones sobre el físico, el tamaño y la definición muscular. Esto lleva a frecuentes revisiones corporales en el espejo, comparaciones con otras personas y

angustia si no se mantiene la apariencia deseada. Pueden revisar su apariencia con frecuencia. Por otro lado, algunas personas evitan situaciones donde su cuerpo pueda estar expuesto, sintiéndose incómodas con la desnudez y la actividad sexual debido a la vergüenza corporal.

- Ejercicio excesivo y levantamiento de pesas: Las personas siguen rutinas de entrenamiento rígidas e intensas, a menudo pasando varias horas diarias en el gimnasio. Las elecciones de entrenamiento suelen tener un enfoque estético, están influenciadas por la cultura del culturismo y se caracterizan por una mentalidad rígida que considera los entrenamientos poco intensos como fracasos. La irritabilidad y la frustración surgen al no poder completar una rutina planificada. Las personas con vigorexia pueden continuar haciendo ejercicio a pesar del dolor, las lesiones o el agotamiento, priorizando la ganancia muscular sobre la salud («sin dolor no hay ganancia»). Este comportamiento compulsivo puede provocar síndrome de sobreentrenamiento, fatiga y daño articular y muscular a largo plazo.
- Dietas altas en proteínas y uso de suplementos: Una obsesión por el control dietético, inspirada por revistas de fitness y culturistas profesionales, que aumentan la ingesta de proteínas para el crecimiento muscular hasta 3 g por kg de peso corporal, comen cada pocas horas, incluso sin hambre, y siguen ciclos comunes de "volumen" (alto consumo de proteínas y carbohidratos para impulsar el crecimiento muscular) y "definición" (restricción casi total de carbohidratos para mejorar la definición muscular), controlando cada gramo de carbohidratos. La preparación de las comidas es meticulosa para controlar los nutrientes y evitar alimentos "poco saludables". Esto puede implicar un consumo excesivo de batidos de proteínas, creatina y diversos suplementos, lo que implica un derroche excesivo de dinero. Este régimen dietético intenso a menudo interfiere con la vida diaria, pero se percibe como necesario para lograr el físico ideal.
- Actitudes hacia el consumo de esteroides: El consumo de sustancias ilegales, como los esteroides, suele estar normalizado en la cultura del gimnasio, con desconfianza hacia el consejo médico, ya que los profesionales exageran los riesgos o carecen de conocimientos reales, recurriendo a la investigación en línea para justificar y gestionar su consumo. Las personas con vigorexia creen que los esteroides no son peores que una dieta o un estilo de vida poco saludables. Tras interrumpir los ciclos, pueden presentarse síntomas psicológicos como depresión y pensamientos suicidas, junto con

un miedo intenso a perder masa muscular o a progresar si no se continúa con el consumo.

- Impacto en la calidad de vida y el costo emocional: La vigorexia puede llevar a un aislamiento social importante, evitar comer fuera o reuniones sociales para seguir una dieta estricta, tensión financiera debido a grandes sumas gastadas en suplementos (por ejemplo, proteínas en polvo, quemadores de grasa), amistades limitadas. Debido al poco tiempo o energía que les queda para mantener relaciones y al conflicto entre la vida laboral y personal, ya que el entrenamiento cobra prioridad. Existe una preocupación constante por la comida, el entrenamiento y la apariencia, y la vida gira en torno al gimnasio.

Identificar señales de alerta: 10 preguntas clave para profesionales

Aquí hay 10 preguntas clave para guiar sus observaciones y conversaciones:

1. **¿Cómo es su relación con el entrenamiento y la actividad física?**

¿Qué es lo que más te gusta de hacer ejercicio? ¿Cuál es tu meta para ti mismo? ¿Alguna vez haces ejercicio cuando estás cansado o enfermo?

Busque señales de ejercicio excesivo, compulsivo o rígido. Cuando la persona no puede permanecer quieta, es una señal importante. El entrenamiento no es un recurso, sino una obligación o una compensación por los atracones o los deslices. Puede haber cambios inesperados en el comportamiento deportivo; algunas personas pueden aumentar sus sesiones de entrenamiento, lo que lleva al sobreentrenamiento y al aislamiento, mientras que otras pueden dejar de asistir a los entrenamientos y sentirse avergonzadas.

2. **¿Cómo reaccionan a los cambios en su cuerpo?**

Observa una angustia extrema o una fijación en cambios pequeños. Muchos hombres se pesan varias veces al día. Si la cifra cambia, el estado de ánimo cambia. Esta es una señal para buscar " *Quiero ver los huesos/definición*".

3. **¿Cómo es su relación con la comida? ¿Evitan alimentos o situaciones relacionadas con ella?**

¿Hay algún alimento que siempre evites? ¿Cómo te sientes después de comer? ¿Cómo ha cambiado tu alimentación en los últimos meses?

Anote cualquier excusa constante para no comer o evitar comidas sociales. Se pierde espontaneidad y vida social. « *Solo como si he entrenado lo suficiente* » .

4. **¿A menudo hablan de su cuerpo en términos negativos?**

¿Alguna vez te miras al espejo y no te gusta lo que ves?

Escuche las autocríticas frecuentes o las expresiones de insatisfacción con su apariencia. " *Nunca me gustaré a mí mismo* " .

5. **¿Son hipercríticos consigo mismos?**

Observe las tendencias perfeccionistas generales y el duro autojuicio más allá de la imagen corporal. Usan, sin flexibilidad, aplicaciones para contar calorías, pasos y grasa, a través de relojes inteligentes y wearables de fitness, porque la monitorización les proporciona seguridad. Estas personas siempre se comparan con otras en cuanto a resultados estéticos; algunas se cubren y evitan el espejo, mientras que otras presumen de su cuerpo con una hiperactividad narcisista.

6. **¿Muestran ansiedad cuando no entrenan?**

¿Cómo te sientes cuando no puedes hacer ejercicio?

Tenga en cuenta la irritabilidad o la angustia si no se realiza un entrenamiento planificado. ' *No puedo parar, si me salto un día me siento mal* ' .

7. **¿Buscan constantemente confirmación?**

Observa si piden con frecuencia que les reafirmen su apariencia o sus esfuerzos. Estos sujetos pueden desarrollar una sensación de *inutilidad* si no mejoran, dificultad para gestionar la frustración o los deslices. Presentan fluctuaciones emocionales relacionadas con el cuerpo, con reactividad emocional ante comentarios como " *¡Has bajado de peso!*" . *Eres más grande*), con días buenos o malos según el número de la báscula, una fuerte culpa después de comer o, por el contrario, una intensa gratificación por el entrenamiento.

8. **¿Están muy influenciados por las redes sociales?**

Busque un compromiso excesivo con cuentas de "fitness" con mensajes extremos y lenguaje tóxico o una comparación con el contenido de las redes sociales con personas influyentes consideradas como una medida ideal.

9. **¿Tienen comportamientos rígidos o ritualistas ?**

Esto podría implicar reglas dietéticas estrictas, rutinas de ejercicios específicas o controles de conducta .

10. ¿Están dispuestos a hablar o se cierran?

Observe cualquier retraimiento social creciente o reticencia a hablar de sus sentimientos o hábitos. Suelen usar frases como « *No quiero crecer , tengo que definirme*» .

Situaciones que requieren atención inmediata

- Pérdida de peso significativa
- Sospecha de uso de drogas para mejorar el rendimiento
- Retraimiento social y escolar
- Discurso autolesivo o depresivo

hay que buscar solo los extremos; la diferencia entre la salud y la obsesión puede ser sutil. Las señales más peligrosas suelen ser las más leves y constantes, como clientes aparentemente "normales" con comportamientos sutiles y menos visibles , que se refieren a un entrenamiento riguroso pero " *saludable* ", una dieta controlada , pero " *sin excesos*" .

Estudios de caso

Caso práctico n.º 1

Sofía es una chica de 17 años que asiste al gimnasio donde trabajas. Está visiblemente por debajo de su peso, entrena todos los días de la semana (y quizás también los fines de semana) y se ve muy decidida y comprometida, pasando la mayor parte del tiempo en la cinta de correr. Su familia está preocupada, pero impotente.

Caso práctico n.º 2

Max es un joven de 21 años que pasa varias horas en el gimnasio. Come solo comida saludable, cuenta proteínas y calorías, usa suplementos suaves , e incluso anabólicos . Nunca se siente lo suficientemente fuerte.

¿Qué tienen en común estos dos casos?

En ambos casos, la identidad depende completamente del cuerpo. Tras la apariencia de los diferentes cuerpos, se esconde la misma dinámica con patrones similares:

- Control obsesivo
- Usando el cuerpo para regular las emociones
- Baja autoestima disfrazada de determinación

- La identidad depende del peso y el rendimiento

Estrategias de apoyo

Crear un entorno de apoyo y empatía

- **Crear un ambiente acogedor:** Fomentar un ambiente inclusivo y sin prejuicios en el gimnasio o el aula. Es importante proporcionar un espacio seguro donde los jóvenes se sientan escuchados y comprendidos.
- **Evite comentarios y observaciones despectivas sobre el cuerpo y el peso:** los adolescentes con trastornos de la imagen corporal a menudo experimentan sentimientos de vergüenza y secretismo sobre su condición.
Criticar los hábitos alimenticios, las rutinas de ejercicio o las preocupaciones sobre la imagen corporal de un joven puede reforzar sentimientos de incompetencia y resistencia a recibir ayuda. Peor aún es minimizar o reírse del problema. En cambio, ofrezca apoyo con compasión. En lugar de decir: " *No deberías estar matándote de hambre* " o "¡ *Te ves bien!* " , prueba frases neutrales como: " *Últimamente parece estar muy estresado por tu cuerpo. Estoy aquí para apoyarte*". Reconocer sus dificultades sin juzgarlos ayuda a construir una base para la confianza y, con el tiempo, la recuperación.
- **Proporcionar escucha activa y validación de sentimientos:** Esto puede ayudar a generar confianza y animar a las personas con TDC y TCA a hablar abiertamente sobre sus dificultades. Use frases de apoyo como: "*Es normal sentirse así...*"
- **Valorar la diversidad corporal:** Promover la idea de que los cuerpos sanos tienen diversas formas y tamaños, y evitar la confrontación directa. Asegurar que la salud no se determina únicamente por el peso o la apariencia.
- **Hablemos de fuerza, salud y equilibrio:** cambiemos la narrativa de la apariencia al bienestar general y la aptitud funcional. centrándose en el rendimiento, los niveles de energía y las habilidades, fomentando al mismo tiempo la motivación intrínseca.
- **Actividades creativas:** Alentar a los adolescentes a expresar sus pensamientos a través de un diario o de actividades creativas también puede ayudarlos a articular sus luchas de una manera no confrontativa.

- **Elige el momento adecuado:** nunca al final del entrenamiento ni delante de otras personas.
- **Técnicas de diálogo:** Use preguntas abiertas y no fuerce la confianza; sea empático, no inquisitivo. Dé espacio: ¡hasta el silencio comunica!

Educar sin presionar

- **Proporcionar información precisa y apropiada para la edad:** puede ser útil informar sobre las consecuencias físicas y mentales de la AN, la BN y la vigorexia , pero debe hacerse con cuidado.
- **Cosas que debes evitar:**
 - soluciones simplistas como “¡ *comer más* !”.
 - soluciones de mano dura como la prohibición, el control y el castigo.
- **Evite sobrecargar a un adolescente con datos y utilice ejemplos fáciles de entender:** Abrumarlo con datos puede provocar que se retraiga. Usar conversaciones amables y apropiadas para su edad, junto con ejemplos de la vida real, puede hacer que la información sea más fácil de entender.
- **Involucrar a través de métodos interactivos (videos, debates, modelos a seguir)**
- **Debatir la influencia de los medios de comunicación y los estándares corporales poco realistas :** es importante invertir en una educación crítica sobre el cuerpo, la salud y la apariencia desde una edad temprana y fomentar el pensamiento crítico sobre los ideales corporales impuestos.

Fomentar la ayuda profesional

La identificación temprana y el consiguiente tratamiento apropiado son cruciales ya que la AN y otros TDC son afecciones potencialmente mortales.

Estos trastornos suelen requerir intervención profesional, que incluye terapia, seguimiento médico, apoyo nutricional y, en ocasiones, medicación, que suelen utilizarse conjuntamente, según se describe y valida en una amplia bibliografía. Es fundamental animar a la persona a buscar ayuda de un psiquiatra, psicólogo o nutricionista especializado en trastornos de la alimentación.

Diferentes enfoques terapéuticos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia familiar (TFC), han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TDC. Enfocar la terapia como una forma de



autocuidado en lugar de un castigo puede reducir la resistencia; educar a los adolescentes sobre los beneficios de estas terapias y permitirles participar en la elección de su tratamiento puede aumentar su disposición a participar.

Evite proponer soluciones “hágalo usted mismo” y ofrezca contactos.

“¿Alguna vez has pensado en hablar con alguien sobre esto?”, “Conozco un centro de asesoramiento, si quieres...”, “¿Quieres hablar de esto en otro momento?”.

Como se describió anteriormente, la actividad física sería fundamental para que las personas con TCA y vigorexia en etapas tempranas recuperen todos los beneficios del deporte, que de otro modo no se percibirían ni disfrutarían. Además, la fisioterapia supervisada se incluye entre las intervenciones óptimas para los TCA, con posibles beneficios en el aumento de peso y la mejora del estado general. No solo no afecta negativamente la salud de estas personas, sino que también proporciona efectos beneficiosos tanto en la sintomatología como en la salud psicofísica. Por ejemplo, el entrenamiento de resistencia y el ejercicio de baja intensidad produjeron una mejora en la fuerza muscular y el IMC debido al aumento de masa muscular esquelética.

Involucrar a la familia y las redes de apoyo

Los familiares, los maestros y los amigos cercanos desempeñan un papel crucial a la hora de apoyar la recuperación de un joven.

Los padres y cuidadores pueden beneficiarse de la terapia familiar o de grupos de apoyo para aprender a abordar las conversaciones sobre TDC y TCA, ofreciendo refuerzo positivo sin propiciar conductas perjudiciales. Asimismo, educar a la red sobre los trastornos puede crear un sólido sistema de apoyo con alternativas socialmente valoradas para la construcción de la identidad.

Las escuelas también pueden implementar programas que promuevan la autoestima y la positividad corporal para crear un entorno de apoyo para todos los estudiantes.

Promover una relación saludable con la alimentación y el ejercicio

Cambiar el enfoque de la imagen corporal al bienestar general puede ser beneficioso. Fomentar hábitos alimenticios equilibrados y ejercicio moderado como formas de mantener la salud, en lugar de lograr un físico idealizado, ayuda a reducir la presión de ajustarse a estándares corporales poco realistas.

Los profesionales de la salud y los mentores deben enfatizar la alimentación intuitiva, que anima a las personas a escuchar las señales de hambre y saciedad de su cuerpo. El ejercicio debe considerarse una forma de disfrutar y obtener bienestar mental, más

que un medio para alterar la estética. Ofrecer planes de alimentación y rutinas de ejercicio estructurados pero flexibles puede ayudar a quienes se recuperan de trastornos de la imagen corporal a recuperar la normalidad y el control, sin reglas rígidas.

Desafiando influencias sociales y mediáticas poco realistas

Ayudar a los adolescentes a analizar críticamente y cuestionar las influencias externas puede empoderarlos para desarrollar una autopercepción más saludable. Enseñarles alfabetización mediática puede mejorar su capacidad para reconocer y desafiar los estándares e imágenes de belleza y bienestar irreales y perjudiciales .

Fomentar una visión diversa y realista de los tipos de cuerpo a través de la exposición a modelos a seguir positivos también puede ser tan eficaz como seleccionar feeds para incluir contenido positivo sobre el cuerpo .

Las escuelas y las organizaciones pueden implementar campañas que celebren la diversidad corporal y eduquen a los jóvenes sobre los peligros de las imágenes alteradas digitalmente.

Precauciones

- **No se sienta abrumado** : Trabajar con el malestar ajeno conlleva el riesgo de sentirse abrumado. Es importante reconocer su participación . No diagnostique, no trate, no se convierta en un "confidente exclusivo", sino que hable con colegas o referentes. No reemplaza al profesional clínico, pero puede ser un puente. Mantenga siempre límites profesionales claros e intente aprovechar la supervisión o los momentos de descompresión.
- **Reconozca cuándo está haciendo una diferencia** al observar cambios sutiles: el joven se comunica con usted más a menudo, comienza a usar un lenguaje diferente, le agradece por "estar ahí" y acepta hablar con un especialista.
- **Adultos jóvenes** : En los adultos jóvenes (después de la adolescencia), los trastornos alimentarios pueden verse enmascarados por un estilo de vida saludable. Desarrollan una mayor independencia y responsabilidad personal, lo que facilita ocultar los síntomas. Es menos probable que busquen ayuda o revelen sus dificultades al lidiar con los estudios, el trabajo y la presión social. Los profesionales que trabajan con este grupo de edad deben estar especialmente atentos a los cambios sutiles y estar preparados para iniciar conversaciones sensibles.



Conclusión

Al comprender las complejidades del desarrollo de la imagen corporal, reconocer los factores de riesgo y protección, y observar activamente las señales de alerta, puede contribuir significativamente a la identificación temprana y el apoyo a las personas que padecen trastornos de la imagen corporal y trastornos alimentarios. Su intervención puede cambiarles la vida . Crear un entorno que promueva la salud, la funcionalidad y la diversidad corporal, en lugar de ideales estéticos estrechos, es fundamental. Su enfoque empático y sus conocimientos pueden guiar a las personas hacia caminos más saludables, garantizando que la actividad física contribuya genuinamente a una mente sana en un cuerpo sano.