



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN  
PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE  
RIESGO ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS.

## T E S I S

Que para obtener el título de:  
Licenciado en Educación para la Salud

PRESENTA:  
FERNANDO SANTIAGO GARCÍA

ASESOR:  
DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUÍZ

NEZAHUALCÓYOTL, SEPTIEMBRE 2016.

## Índice

Introducción.....	1
Capítulo I. Planteamiento del problema.....	3
1.1. Planteamiento.....	3
1.2. Hipótesis.....	3
1.3. Objetivos.....	4
1.4. Justificación.....	4
Capítulo II. Marco teórico.....	6
2.1. Definiciones.....	6
2.1.1. Trastorno alimentario.....	6
2.1.2. Bulimia nerviosa.....	6
2.1.3. Anorexia nerviosa.....	6
2.1.4. Trastorno por atracón.....	7
2.1.5. Imagen corporal.....	7
2.1.6. Personalidad.....	8
2.1.7. Adolescencia.....	8
2.1.7.1. <i>Adolescencia temprana</i> .....	8
2.1.7.2. <i>Adolescencia media</i> .....	8
2.1.7.3. <i>Adolescencia tardía</i> .....	9
2.2. Teorías y modelos.....	9
2.3. Antecedentes.....	13
2.4. Epidemiología.....	21
2.5. Factores de riesgo.....	29
2.6. Factores de protección.....	37
2.7. Programas de prevención.....	41
2.7.1. Programa de educación alimentaria.....	44
2.7.2. Programa de prevención en trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.....	45
2.7.3. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases.....	46
2.7.4. Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal	

en estudiantes de bachillerato.....	47
2.7.5. Un estudio piloto clínico y estadístico, importancia de un programa para reducir los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en niños.....	48
2.7.6. Prevención de TCA mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducativas: un estudio piloto.....	49
2.7.7. Disonancia y peso saludable, programas de prevención en trastornos alimentarios: Efectos a largo plazo de un ensayo aleatorio de eficacia.....	50
2.7.8. Replica de un programa de apoyo mutuo diseñado para prevenir trastornos alimentarios: ¿La vida es un enfoque de habilidades para todos los estudiantes de preparatoria?.....	51
2.7.9. Conclusiones sobre los estudios de prevención.....	52
Capítulo III. Método.....	54
3.1. Tipo de estudio.....	54
3.2. Diseño de investigación.....	54
3.3. Participantes.....	54
3.5. Instrumentos.....	54
3.5.1. Test de actitudes alimentarias EAT-26.....	54
3.5.2. Escala de autoestima de Rosenber.....	56
3.6. Procedimiento.....	56
3.7. Plan de análisis.....	57
3.4. Programa de intervención.....	57
Capítulo IV. Resultados.....	58
4.1. Estadísticos descriptivos.....	58
4.2. Estadísticos inferenciales.....	61
Capítulo V. Análisis y discusión.....	67
Capítulo VI. Conclusiones.....	70
Referencias.....	75
Anexos.....	81

## Lista de tablas y figuras

<b>Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 2. Distribución de la muestra por edad.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 3. Distribución de muestra por grupo.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabla1. Medidas y desviaciones estándar para la conducta alimentaria en la prueba, la posprueba y el seguimiento del grupo control y con intervención para el cuestionario de actitudes alimentarias (EAT).....</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 2. Medidas y desviaciones estándar para la autoestima en la prueba la posprueba y el seguimiento del grupo control y con intervención para el inventario de autoestima.....</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 3. Medidas y desviaciones estándar para el EAT en la prueba, la posprueba y seguimiento del grupo control y con intervención para el inventario de autoestima con relación al sexo.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 4. Medidas y desviaciones estándar para la autoestima en la prueba, posprueba y seguimiento del grupo control y con intervención para el inventario de autoestima con relación al sexo.....</b>	<b>65</b>

## Resumen

Se realizó un estudio descriptivo el cual tuvo por objetivo evaluar el impacto de un programa para prevenir conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios en adolescentes. El total de la muestra fue de 79 participantes divididos en dos grupos, control e intervención de una escuela secundaria pública del municipio de Nezahualcóyotl con edades de 13 y 14 años. Los participantes completaron los siguientes cuestionarios EAT 26 (Eating Attitudes Test) con 26 ítems y la escala de autoestima de Rosenberg con 10 ítems. Después se implementó el programa de prevención en trastornos de la conducta alimentaria que constó de 8 sesiones y que se llevaron a cabo en un periodo de dos meses. Los resultados indicaron que se presentaron cambios a favor en el grupo intervención, donde hubo una disminución en el factor dieta  $P < .01$ , en los factores restantes no se presentaron cambios positivos ni negativos, por otro lado en la escala de autoestima de Rosenberg se presentaron cambios ya que el ANOVA indicó que los participantes se sienten más capaces de poder hacer bien las cosas, y también disminuyó la idea de sentir que son inútiles, sin embargo los resultados apuntan que es importante la implementación de programas de prevención en trastornos alimentarios a edades tempranas y con seguimiento a largo plazo.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, imagen corporal, autoestima, adolescentes, género.

## **Abstract**

A descriptive study which aimed to assess the impact of a program to prevent risky behaviors associated with the presence of eating disorders in adolescents was conducted. The total was 79 participants divided in to two groups, control and intervention of a public high school with ages of 13 and 14, from the municipality of Nezahualcóyotl. Participants completed the following test EAT 26 (Eating Attitudes Test) with 26 items and the Rosenberg self-esteem scale with 10 items. Prevention program consisted of 8 sessions which took place over a period of two months. The results indicated that change in favor occurred in the intervention group, where there was a decrease in the diet factor  $P < .01$  in the other factors neither positive nor negative changes occurred in the Rosenberg self-esteem scale changes occurred and ANOVA indicated that the participants feel more ables to make things right and also dropped the idea of feeling that they are useless, but the results suggest that it is important to implement prevention programs in eating disorders at a nearly age and with long-term monitoring.

**Keywords:** eating disorders, body image, self-esteem, teenagers, gender.

## Introducción

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la presencia de alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos, acompañados por un gran temor a subir de peso y una excesiva preocupación por la cantidad energética de los alimentos, el peso y la imagen corporal. Por lo general, estas enfermedades van acompañadas de graves consecuencias físicas y emocionales que involucran no solamente a la persona afectada, sino también a su familia (Rutzstein et al., 2010).

La psicopatología alimentaria se caracteriza por la preocupación intensa por el peso y la figura, la motivación para adelgazar, así como, sentimientos negativos, obsesiones y compulsiones con respecto a la alimentación. De manera particular, la Anorexia Nerviosa (AN) se define por las conductas de restricción alimentaria y la amenorrea, en tanto que en la Bulimia Nerviosa (BN) se presentan atracones, seguidos de conductas compensatorias, ya sean éstas purgativas o no purgativas. La complejidad de estos trastornos requiere ser abordada desde una perspectiva multifactorial, donde los factores familiares resultan muy importantes al ser el primer grupo que tiene contacto con los adolescentes y que trasmite creencias, actitudes y modela conductas relacionadas a los alimentos que acompañarán al adolescente, a lo largo de su vida (Ruiz et al., 2010).

Entre los diagnósticos clasificados como trastornos alimentarios los profesionales de la salud mental consideran la anorexia nerviosa o nervosa, la bulimia nerviosa o nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. El mayor caso de trastornos alimentarios fue reportado mayormente en mujeres a diferencia de los hombres en el caso de estos últimos la información es aún muy limitada y esto puede deberse a dificultades metodológicas (Toro, Nieves & Borrero, 2010).

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que cada vez preocupan más a los profesionales de la salud debido a su amplia incidencia y a su aparición a tempranas edades tanto en mujeres como en hombres. Algunos autores han realizado estudios con muestras masculinas y los resultados apuntan que cada vez más hombres están presentando trastornos de la conducta alimentaria, por este motivo es importante incluir a ambos sexos en programas que ayuden a revertir la idealización de la estética de género impuesta principalmente por las sociedades accidentales y los medios de comunicación por mencionar los algunos factores de riesgo.

En la actualidad los trastornos alimentarios han ido en aumento y se están presentando a edades cada vez más tempranas, consideramos importante trabajar con programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria para poder reducir las conductas de riesgo asociadas a estas enfermedades. Por lo anterior el objetivo de este estudio fue evaluar un programa para prevenir las conductas de riesgo en jóvenes de educación secundaria del municipio de Nezahualcóyotl.

Para cumplir con el objetivo de este estudio en el primer capítulo se describe el impacto que tiene la bulimia, la anorexia y el trastorno alimentario no especificado en nuestra sociedad así como el planteamiento del problema, la hipótesis los objetivos y la justificación. Más adelante también se definen algunos conceptos que son relevantes en este estudio así como la historia y otros estudios que se han hecho acerca de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el método se menciona el diseño de la investigación, el tipo de estudio, el número de participantes, el sexo, el rango de edad así como los instrumentos que se utilizaron y su descripción de cada uno de ellos. En lo que corresponde a los resultados se presenta la distribución de la muestra por sexo, distribución de la muestra por edad y distribución de la muestra por grupo, al final se incluye la tabla de medidas y desviaciones estándares que se elaboraron mediante el programa estadístico SPSS versión 21.



## **Capítulo I. Planteamiento del problema**

### **1.1. Planteamiento**

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, han sido un problema de salud de gran prevalencia a finales del siglo XX y comienzos del XXI. Tales comportamientos que tenían características peculiares fueron inicialmente descritos como tales en el siglo XIX, si bien adquirieron entidad psicopatológica a partir de la década de los sesenta, considerándose trastornos modernos asociados a un excesivo culto al cuerpo y deificación de la delgadez, características de nuestra sociedad actual. No obstante, dichos problemas de salud podrían estar ocurriendo desde hace siglos (Baile & González, 2010).

¿Si los trastornos alimentarios son enfermedades que se desarrollan primordialmente en la adolescencia y que están relacionados con la autoestima, entonces la implementación de un programa preventivo enfocado en mejorar la autoestima en adolescentes podrá reducir las conductas de riesgo que se asocian a los trastornos alimentarios?

### **1.2. Hipótesis**

Ha La implementación de un programa preventivo disminuirá la presencia de conductas de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios.

Ho La implementación de un programa no disminuirá la presencia de conductas de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios.

Ha Las mujeres presentan más restricciones en su conducta alimentaria en comparación con los hombres.

Ho Las mujeres no presentan más restricciones en su conducta alimentaria en comparación con los hombres.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Evaluar el impacto del programa para prevenir conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios en adolescentes.

#### **1.3.2. Objetivos específicos.**

Diseñar un programa de prevención para trastornos alimentarios en adolescentes.

Evaluar mediante instrumentos de medición las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios y la autoestima.

Contrastar los resultados entre grupo control y grupo intervención entre la preprueba, la posprueba y el seguimiento.

### **1.3. Justificación**

Desde hace décadas, las sociedades occidentales y comunidades científicas, se han estado enfrentando a una serie de proliferación de trastornos en salud, que se caracterizan por la alteración del comportamiento alimentario. Con un gran impacto en los medios de comunicación masiva, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son altamente conocidas (Baile & González, 2010).

Los trastornos de la conducta alimentaria, por lo regular tienen un origen en una compleja problemática psicológica. En ocasiones se deben a una baja autoestima, otras a la sensación de falta de control a la imposibilidad de relacionarse con los demás (Silva, 2007).

Los trastornos alimentarios son de gran relevancia dentro del campo de la salud mental, debido al incremento en la incidencia, así como también por el complejo

cuadro clínico. Los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes son: comer compulsivo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, los dos últimos representan un mayor peligro para quien los padece tanto por sus implicaciones físicas y mentales como por lo difícil que resulta su detección temprana (Chávez, Macías, Gutiérrez & Martínez, 2004).

## **Capítulo II. Marco teórico**

### **2.1. Definiciones**

#### **2.1.1. Trastorno alimentario.**

Según Toro et al., (2010) los trastornos alimentarios son conductas psicológicas que se relacionan con otras complicaciones médicas y que afectan principalmente el cuerpo, la etapa en la cual suelen aparecer con mayor frecuencia es la adolescencia, aunque también pueden aparecer en otras etapas de la vida.

#### **2.1.2. Bulimia nerviosa.**

La bulimia nerviosa o nervosa (BN) se caracteriza por atracones constantes, en los cuales la persona ingiere mayores cantidades de comida, significativamente más abundante de lo que la mayoría de las personas podrían ingerir en tiempo y cantidad, por lo cual el sujeto experimenta una sensación de la pérdida de control o dificultad para detenerse, acompañado de sentimiento de culpa y malestar emocional. Aunque también existe presencia de aparición de episodios recidivantes de ingesta incontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensadoras para evitar los efectos de la gran cantidad de alimentos ingeridos, de modo que el enfermo puede mantener un peso normal (Genis, Tovilla & Nicolini, 2013).

#### **2.1.3. Anorexia nerviosa.**

La anorexia proviene del griego, que significa carencia o privación haciendo referencia a la falta de apetito. Falta anormal de comer, dentro de un cuadro depresivo. A lo largo de la historia se pueden encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria, que se asocian a aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud (Palomares & Garrote, 2011).

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo del individuo, la persona no acepta tener un peso superior al saludable con relación a su talla, por lo que adopta estrategias insanas para prevenir el aumento

de peso corporal, dentro de estas estrategias se encuentran: el ejercicio excesivo, restricción drástica de la ingesta de alimentos, aunque la anorexia nerviosa también puede asociarse con atracones de comida y/o conductas purgativas, a esta se le denomina anorexia nerviosa del tipo bulímico (Portela, Da Costa, Mora & Raich, 2012).

#### **2.1.4. Trastorno por atracón.**

Este trastorno puede estar presente en aproximadamente un 50% de las personas obesas en la población; la obesidad no es un trastorno de la conducta alimentaria pero el trastorno por atracón puede ser su causa en algunos casos. Las personas afectadas por este trastorno ingieren grandes cantidades de alimento de manera incontrolable en corto tiempo aproximadamente (2h o menos) hasta sentirse negativamente llenos experimentando una sensación de pérdida de control de la ingesta. Después del atracón estas personas tienen la sensación de culpa y desánimo; sin embargo, a diferencia de las personas bulímicas, estos episodios no tienen relación con estrategias compensatorias inadecuadas, no usan laxantes, no hacen ejercicio de manera compulsiva ni utilizan ningún medio de purgación. Para establecer que un paciente sufre de trastorno por atracón, entre otros criterios, es necesario que los episodios se repitan por lo menos 2 días a la semana durante un mínimo de 6 meses (Genis et al., 2013).

#### **2.1.5. Imagen corporal.**

Se definió como las percepciones, los pensamientos, así como también los sentimientos que tiene una persona sobre su cuerpo, sin embargo otros autores mencionan que el concepto es más complejo y que abarca otros aspectos de la vida humana (Toro et al., 2010).

Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán (2001) definen la imagen corporal como el retrato que tenemos en nuestra mente del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen. La imagen corporal incluye los siguientes componentes: cognitivo (pensamientos y creencias sobre el cuerpo), perceptivo (táctil, kinestésico, propioceptivo, visual,

olfativo, auditivo), afectivo (sentimientos sobre el propio cuerpo), conductual y social. El desarrollo de la imagen corporal está influenciado por los sucesos que inciden en el cuerpo (accidentes, enfermedades, abuso sexual), la relación con los demás, la autoestima y la socialización.

#### **2.1.6. Personalidad.**

La personalidad es la suma total de las características mentales, emocionales, sociales y físicas de un individuo: es la forma de reaccionar ante los demás, de comunicarse, de pensar y de comunicar las emociones (González, Unikel, Cruz & Caballero, 2003).

#### **2.1.7. Adolescencia.**

Silva (2007) menciona que la adolescencia es la etapa del desarrollo humano en la cual se es más vulnerable a desarrollar patologías alimentarias, así como otros trastornos; es una etapa difícil tanto para los jóvenes como también para los padres. Durante esta etapa los jóvenes pasan cambios repentinos en el estado de ánimo y responden a manera extraña a cosas cotidianas. Con frecuencia se les observan callados, tristes, enojados.

##### ***2.1.7.1. Adolescencia temprana.***

Según Palomares y Garrote (2011), la adolescencia temprana (11-13 años) constituye un periodo crítico para la prevención, debido a las actitudes y conductas alimentarias no saludables. El desarrollo corporal, el surgimiento de nuevas emociones y la necesidad de independencia, son los factores de riesgo más importantes en esta etapa.

##### ***2.1.7.2. Adolescencia media.***

La adolescencia media (14-16 años) está integrada por un amplio grupo de alumnado que hace dietas, se da atracones, se provoca vómitos, utiliza laxantes y diuréticos, tiene insatisfacción de la imagen corporal y sentimientos de obesidad, etc. (Palomares & Garrote, 2011).

### **2.1.7.3. Adolescencia tardía.**

La adolescencia tardía (17-20 años) es un periodo en el que los jóvenes abordan cambios importantes en su vida, debido al aumento en su independencia y la adopción de decisiones sobre sus estudios y lugar de residencia para realizarlos. Las tareas preventivas deben enfocarse en la necesidad de regular las emociones, la mejora en su déficit de autoestima, el establecimiento de una relación positiva con los iguales y la moderación del deseo que tienen tanto chicos como chicas- de alcanzar un ideal de supermujer o superhombre (Palomares & Garrote, 2011).

## **2.2. Teorías y modelos**

El aprendizaje verbal significativo teorizado por Ausubel propone defender y practicar aquel aprendizaje en el que se provoca un verdadero cambio auténtico en el sujeto. Si nos remitimos al concepto de aprendizaje, es proceso de interacción que produce cambios internos, modificación de los procesos en la configuración psicológica del sujeto de forma activa y continua veremos que en el aprendizaje significativo estos cambios serán producidos por nuevos conocimientos, los que adquirirán un sentido personal y una coherencia lógica en las estructuras cognitivas del educando; se elude así a la memorización y mecanización del aprendizaje de contenidos carentes de significados. He ahí la autenticidad del cambio que propone este tipo de aprendizaje (Viera, 2003).

A diferencia de lo que se llama aprendizaje mecánico o memorístico, esto quiere decir, aquel en el que la nueva información se incorpora en la estructura cognoscitiva del que aprende de forma arbitraria, el aprendizaje significativo es aquel que, sobre la base de los conocimientos, actitudes, motivaciones, intereses y experiencia previa del estudiante, hace que el nuevo contenido cobre para él, un determinado sentido mediante la potenciación de las relaciones entre lo nuevo y lo que se conoce. Existe consenso entre la comunidad pedagógica sobre el hecho de que la representación gráfica del conocimiento con la utilización de múltiples técnicas potencia el aprendizaje significativo. Una de las técnicas con mayor

utilización en los últimos años son, sin dudas, los mapas conceptuales (MC; Ojeda, Díaz, González, Pinedo & Hernández, 2007).

Según la teoría constructivista del aprendizaje de David Ausubel, lo que se aprende va a depender en gran medida de lo que se conoce y al aprender, relacionamos la nueva información con conceptos relevantes que existían previamente en nuestra estructura cognitiva. Estas son las bases de su teoría del aprendizaje significativo, que sirvió de pauta a Joseph Novak para crear, en la década de los años setenta, los MC (Ojeda et al., 2007).

Los pacientes severamente perturbados, tal como pasa en el caso de los trastornos alimentarios, se pueden considerar pacientes difíciles, no solo por el tipo de patología que presentan, sino también por las dificultades en su disponibilidad para el tratamiento en general y para el establecimiento de la alianza terapéutica en particular, lo que dificulta la eficacia del proceso. El modelo transteórico es un modelo de etapas de cambio que pretende explicar el proceso que el paciente hace para tener la voluntad de tratarse, elemento central para introducir cambios, lo que lo convierte en un enfoque útil en el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes (Besser & Moncada, 2013).

Las etapas que proponen Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico son: Pre-contemplación: antes de que el individuo reconozca que tiene un problema; Contemplación: el individuo sabe que tiene un problema, pero no siente la necesidad de resolverlo; Decisión: el individuo ha decidido cambiar, pero aún no ha iniciado el cambio; Acción: el individuo comienza a trabajar en su conducta y necesita ayuda para alcanzar el cambio deseado finalmente; Mantenimiento: se alcanza el cambio; la recaída es también una fase dentro de este proceso de cambio (Besser & Moncada, 2013).

Los modelos cognitivo-conductual utilizados en la explicación de las alteraciones alimentarias enfatizan el papel de ciertas cogniciones, emociones y conductas. Entre las emociones mencionadas cobra especial relevancia la ansiedad, cuyo



papel en los trastornos alimentarios ha estado centrada fundamentalmente en tres líneas de investigación: la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de ansiedad la relación entre la ansiedad y otras variables importantes en las patologías alimentarias factores de riesgo, como la insatisfacción con la imagen corporal o el perfeccionismo y en averiguar si el tratamiento específico de la ansiedad mejora el pronóstico de los TCA. Sin embargo, apenas hay estudios en los que se evalúe el nivel de ansiedad de pacientes con TCA. Además, los pocos que hay suelen evaluar el rasgo de ansiedad con una única escala (rasgo general), ignorando otras facetas de la ansiedad, como los tres sistemas de respuesta o los diferentes tipos de situaciones en las que puede tener lugar la ansiedad (Solano & Cano, 2012).

Una de las importantes líneas teóricas y de tratamiento a nivel internacional es la terapia cognitiva. Los modelos cognitivos de la bulimia nerviosa asumen que las cogniciones juegan un rol fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. En la literatura, las disfunciones cognitivas de las personas bulímicas se organizan en dos categorías de acuerdo a su contenido. El primer tipo corresponde a las cogniciones referidas al peso corporal, al cuerpo y a la alimentación. Este tipo de contenido cognitivo es específico de los trastornos de la alimentación y lo diferencia de otro tipo de trastornos mentales. Las cogniciones específicas incluyen la percepción del peso y la alimentación como base de la aprobación de los otros, la creencia que un autocontrol rígido es fundamental para su autoestima y un excesivo énfasis en una regulación rígida del peso corporal (Góngora & Casullo, 2008).

El segundo tipo de cogniciones se refiere a las creencias personales definidas como generalizaciones cognitivas sobre el sí mismo que organizan y guían el procesamiento de la información referida la persona. En los modelos cognitivos se destaca la importancia de las creencias personales en el mantenimiento de la bulimia. Los teóricos consideran que la visión negativa de sí mismo subyacente es responsable de la insatisfacción permanente con la propia apariencia y el peso. Esto fomentaría la búsqueda constante de la delgadez y la pérdida de peso.

Dentro de este grupo se ha encontrado evidencia de un nivel más profundo de creencias, basado en la teoría de esquemas, que se caracterizarían por ser de desarrollo temprano, absolutas, y duraderas. Si bien Jeffrey Young se refiere a esquemas tempranos desadaptativos, en la literatura de los TCA se habla de creencias básicas. La teoría de Young asume que las creencias o esquemas han sido desarrolladas a través de experiencias disfuncionales con las personas significativas en la temprana infancia e incluyen contenidos referidos al sí mismo y a las relaciones interpersonales propias. Estas creencias poseen mecanismos de autooperpetuación, por lo cual resultan más difíciles de modificar que las creencias subyacentes (Góngora & Casullo, 2008).

La Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) para el cambio de actitudes representa un método alternativo al tradicional en la prevención de trastornos alimentarios. La TDC propuesta por Festinger en 1957 es una teoría clásica en psicología que propone que ante la existencia de elementos disonantes o conflictivos surgen presiones para reducir el conflicto o evitar su aumento. Estas presiones llevan a la persona no sólo a cambiar su conocimiento y actitudes, sino a la modificación del comportamiento (Pineda & Gómez, 2006).

El modelo transteórico (MT) está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diferentes niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que deja planear intervenciones y programas que cubran a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del MT indican que; ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa de cambio comportamental; el cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas; las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental; la mayoría de las poblaciones de riesgo no

están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales; sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos; la prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción; es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo; los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol; las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a uno proactivo; el reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados (Cabrera, 2000).

### **2.3. Antecedentes**

Se han encontrado muchos reportes que la alimentación acarrea en los individuos, bien sea porque se come poco, demasiado o mal. Desde tiempo atrás el comer ha sido un acto social que permite fortalecer relaciones, compartir con seres queridos e incluso mantener estatus, dependiendo de la cantidad de comida existente en los banquetes y la complexión física que tengan los anfitriones o invitados, por un lado la obesidad en otras épocas ha significado salud, riqueza, belleza, mientras que la delgadez se consideraba como fealdad, penuria o enfermedad; en la actualidad se ha invertido su significado social, se ve el rechazo a las personas con sobrepeso y se potencia un canon de belleza en competencia con nuestras características étnicas (Sierra, 2005).

Galeano describió un cuadro de adelgazamiento, y la *kynosorexia* o también llamada hambre canina como un sinónimo de la bulimia. En las poblaciones romanas era habitual la ingestión masiva de alimentos, seguida de conductas compensatorias. Más tarde en la edad media y en la actualidad diversos autores mencionan que la anorexia y la bulimia nervosa son más apegadas a un hábito y no como una enfermedad (Genis et al., 2013).

Según Silva (2007) algunos estudiosos del tema creen que fue hasta finales de 1800 que se describió por primera vez un caso de anorexia, pero no fue hasta los años sesenta del siglo XX que la medicina, empezó a tomar mayor relevancia, especialmente la psicología, sobre el tema de los trastornos alimentarios, debido a que en Estados Unidos se presentaron varios casos. La bulimia también apareció recientemente, probablemente en la década de los setentas y se agregó a los manuales diagnósticos como una enfermedad de la conducta alimentaria debido a que afecta la forma en como una persona se alimenta y por consiguiente su estado físico. Otro trastorno es el comer compulsivo, anteriormente tampoco estaba considerado como un trastorno alimentario, pero fue hace unos 50 años que se empezó a estudiar más, ya que solo se pensaba que era comer de más, y fue tal vez debido a la propagación de la obesidad ya que se observó que esta enfermedad afectaba seriamente la salud.

En los estudios que se han realizado sobre trastornos de la alimentación se ha observado que la mayoría de los casos de bulimia y anorexia se presentan en mujeres adolescentes y mujeres adultas jóvenes, aunque también pueden presentarse en hombres, en etapas como la niñez y la adultez tardía. En el caso de los hombres los trastornos son menos frecuentes, situación que tiene que ver con las exigencias de los estereotipos y roles de género impuestos por las sociedades. En este sentido podemos decir que los trastornos de la conducta alimentaria no son enfermedades nuevas, pero actualmente estas sean más comunes por la exigencia y la presión que proviene del medio (Silva, 2007).

Entre los diagnósticos clasificados como trastornos alimentarios entre los profesionales de la salud mental, son la anorexia nerviosa o nervosa, la bulimia nerviosa o nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificada. El mayor caso de trastornos alimentarios fue reportado mayormente en mujeres a diferencia de los hombres en el caso de estos últimos la información es aún muy limitada y esto puede deberse a dificultades metodológicas (Toro et al., 2010).

En la literatura se indica que la anorexia nerviosa es un problema cada vez más frecuente en hombres. Las características generales en hombres con anorexia son similares a la de las mujeres, en este caso los hombres con anorexia suelen mantener un peso bajo mediante el ejercicio fuerte y restricciones en la dieta. Algunos estudios indican que los hombres con TCA fueron obesos en alguna ocasión en su vida (Toro et al., 2010).

La imagen corporal es otro factor que influye en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se dividen en dos, por un lado está la estimación que se refiere al tamaño y la apariencia, y por el otro la actitudinal que tiene que ver con los sentimientos. El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y, se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales (Espina, Ortego et al., 2001).

Gordon propuso que el origen de los TCA está asociado con acontecimientos estresantes, etapas en las cuales el individuo es más vulnerable de padecerlos algunos ejemplos como fenómenos ambientales son determinantes (medios de comunicación, modas, estereotipos y prototipos de belleza), con carácter que dificultan el óptimo manejo de las emociones baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas (González et al., 2003).

Diferentes autores han mencionado que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso, se han estado presentando de manera creciente en las escuelas, y se reporto que las edades más frecuentes para desarrollar un TCA son los 18 años (Chávez et al. 2004).

Adelgazar se ha convertido en metáfora de éxito y engordar del fracaso, entendiéndose la delgadez extrema como algo esencial para que una mujer triunfe, sea aceptada y exitosa en nuestra sociedad. De este modo, el culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez esquelética se impone aun cuando resulta imposible para el común de las personas y obliga a inhumanos sacrificios (Quiles, Terol & Quiles, 2003).

Los TCA son aquellos procesos psicopatológicos que conllevan a grandes anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, su base se encuentra en alguna alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a presentar obesidad (Ruiz et al., 2010).

Silva (2007) menciona que los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia y el comer compulsivo. Aparecen, por lo regular, durante la adolescencia entre los 11 y los 20 años, una etapa particularmente delicada en la que los adolescentes están intentando descubrir quiénes son, que van hacer cuando sean mayores, como entablar amistades duraderas; además están experimentando con su independencia y en general se sienten muy inseguros y temeroso de no poder llegar a ser el tipo de adulto adecuado. Los trastornos alimentarios se pueden presentar durante un tiempo o durante largos periodos e incluso durante toda la vida. En la mayoría de los casos suelen haber recaídas, y quienes los padecen sienten temor a no ser aceptados de no tener un aspecto físico agradable.

Los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en: anorexia nervosa restrictiva (ANR) o anorexia nervosa compulsivo-purgativa (ANCP); y bulimia

nervosa purgativa (BNP) o no purgativa (BNNP). Colaboradores observan que en la AN y la BN se presenta como característica primordial un gran rechazo a mantener el peso corporal en un nivel normal y un temor intenso a subir de peso, así como una excesiva preocupación por la silueta y una insatisfacción con la imagen corporal. Cuando los elementos sintomáticos no son suficientes para integrar los diagnósticos de AN o BN, entonces se habla de un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). Uno de éstos es el trastorno por atracón, el cual comparte algunas características con la BN, aunque no se observan en él conductas compensatorias que encaminan a la persona a la eliminación de calorías; otro es la eliminación de alimentos después de masticarlos, para evitar deglutirlos (González et al., 2003).

Desde la etapa de la niñez hasta la disposición que una persona tiene para preparar nuevos alimentos es influida por el ejemplo dado de los padres, los familiares y compañeros. Adicionalmente, el número de exposiciones a comidas nuevas ejerce predominio en los gustos y las aversiones del niño, al igual que el contexto social y los refuerzos positivos o negativos luego de consumir cierto tipo de comidas. Si bien la tendencia a rechazar alimentos nuevos se considera parte del proceso normal de desarrollo y una manifestación normal de los niños alrededor de los dos años de edad, su persistencia en la infancia, adolescencia y adultez es patológica y produce consecuencias sociales e incluso nutricionales graves (Gempeler, Rodríguez, Muñoz & Pérez, 2008).

En las culturas occidentales antiguas, los rituales de ayuno formaron parte de las prácticas religiosas con la abstinencia parcial o total de comida. Pero esta acción, como parte de las prácticas mágico-religiosas, no se origina en una civilización o religión en particular, que se haya extendido a lo largo y ancho del mundo. En el cristianismo, por ejemplo, el motivo del ayuno está ligado únicamente a una forma de mortificación, sino que también significa unión y reconciliación con la escasez, duelo por el sufrimiento de Cristo, obtención de cierto grado de pureza o evitación de la influencia de las fuerzas del demonio. Además del ayuno, las místicas del siglo XIII tenían otras prácticas ascéticas, como la flagelación. Estas mujeres eran

tratadas por sus contemporáneos con reverencia y admiración. Después del pico del Medioevo, el número y la importancia de las místicas ayunadoras decreció. En el siglo XVII algunos explotaron la admiración y sorpresa que causaban con sus ayunos, y convirtieron el arte del hambre en una fuente de ingresos. Como los bebés gigantes o los monstruos marinos, los ayunadores emaciados se exhibían. Sólo desde finales del siglo XIX las ciencias médicas otorgan al ayuno extremo autoimpuesto la categoría de enfermedad, pero desconocen su significado como fenómeno religioso y como espectáculo. Entonces, le asignan diferentes nombres: anorexia *mirabilis*, consunción nerviosa, anorexia histérica, atrofia nerviosa, entre otros (Rodríguez, 2005).

Lo novedoso está ligado a la época y también con su éxito. La AN es una de las enfermedades que han estado flotando durante más de un siglo sobre este océano de teorías y terapias. Las conductas alimentarias han sido fuertemente marcadas por la época y por los fenómenos sociales que las caracterizan. En épocas de hambruna es impensable y no aconsejable incurrir en conductas de dieta. Es más, en aquellas épocas, ligadas históricamente a las guerras, se demandaba que las mujeres garantizaran su fertilidad (Rodríguez, 2005).

Sólo después del siglo XVIII, cuando una mayor parte de la sociedad tuvo acceso a más comida, se empezaron a observar cambios importantes. La mayor disponibilidad de comida marcó la posibilidad de la aristocracia de diferenciarse de la burguesía emergente por medio de la cantidad de comida que ingerían.

El gusto refinado se enfocó, entonces, en las cantidades más pequeñas y en la forma de preparación de los alimentos. Paralelamente a esta “civilización del apetito”, la imagen del cuerpo ideal empezó a cambiar. A diferencia de las formas redondas, en las clases altas se comenzó a valorar la delgadez, especialmente en las mujeres. El valor asociado con la delgadez no fue sólo producto del cambio en las costumbres alimentarias, sino que adquirió un significado de diferencia entre clases (Rodríguez, 2005).



Asuero, Avargues, Martín y Borda (2012) señalan que la imagen corporal depende, en gran medida, de los ideales de belleza que imperan en la cultura. Así, los modelos socioculturales que idealizan, hasta el extremo, una figura femenina excesivamente delgada y con ayuda de la cirugía, generan un modelo estético imposible, de poder conseguir por medios naturales y con una alimentación sana y equilibrada. Por ello, un número importante de chicas, al compararse con ese modelo inalcanzable, se sienten insatisfechas y se inician en edades cada vez más tempranas en conductas de dieta restrictiva y/o otros métodos peligrosos para adelgazar con la esperanza de llegar a alcanzar ese cuerpo soñado a imagen de sus personajes famosos favoritos.

Los deportes de categorías son aquellos en los que el peso condiciona la participación en una u otra categoría, se observa con frecuencia que los deportistas se proponen adelgazar muy rápidamente para competir en una categoría inferior y así obtener relativa ventaja al enfrentarse a competidores más ligeros. Para conseguir adelgazar en un corto espacio de tiempo realizan dietas express, con el consiguiente descontrol en la ingesta y completan su plan de adelgazamiento, utilizando algún tipo de purga. Diferentes autores han señalado que los deportistas han recurrido a los vómitos, y el uso de laxantes y diuréticos e incluso al ejercicio excesivo. Se encontró que deportistas de lucha mostraron una alta puntuación en tendencia a adelgazar, restricción alimentaria y conductas de purga, comparados con atletas de otros deportes. Así se concluye en su estudio, que en deportes de categorías existe más uso de dietas, prácticas de pérdida de peso patológicas y deseo de adelgazar que en otros deportes donde no es necesaria la diferenciación en categorías. También en un trabajo con remeros y luchadores, concluyeron que un 52% recurría frecuentemente al vómito para perder peso. En los deportes de estética, en los que el aspecto físico y la figura de los participantes se incluyen en la puntuación recibida por los jueces. Observaron que en los deportes en los que un juez se encargaba de puntuar las actuaciones de los deportistas, existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA que en aquellos deportes en los que existen árbitros (Díaz, 2005).

Mientras que los participantes en deportes con juez, presentan preocupación por el peso y revelan una psicopatología habitual en pacientes diagnosticadas de TCA. Los cuerpos que priman en las modalidades de estética, en categoría femenina, son cuerpos delgados, fibrosos, con piernas largas, poco pecho y caderas estrechas. La gimnasia es el deporte que presenta mayor riesgo para el desarrollo de un TCA puesto que la potencia, flexibilidad y coordinación requeridas, hace que las gimnastas tengan que mantener un cuerpo delgado y fino con un aspecto prepuberal. En algunas recientes actuaciones en el patinaje artístico se atisban situaciones de riesgo ya que este deporte requiere unas exigencias similares a la gimnasia. En los hombres, el cuerpo se caracteriza por su musculación y elasticidad. En ambos, tanto en hombres como en mujeres, la preocupación por la imagen corporal, el peso y su control es un motivo de expectación y preocupación. Otros de los deportes considerados de riesgo, desde la posibilidad de desarrollar un TCA, son aquellos practicados en los gimnasios. La vigorexia es el principal problema, en los deportes de gimnasio, relacionado con la alimentación y su vigilancia, así como por la preocupación por mantener un cuerpo musculado y atlético. Este tipo de actividades presentan las siguientes características; la ausencia de un entrenador o preparador que controle el modelo ideal, la cantidad y tiempo de práctica de los ejercicios. En un estudio con practicantes de aeróbic, observaron que un 9.2% de las encuestadas presentaba sintomatología compatible con un TCA, evaluada con el EAT-40. El último grupo de deportes, estimados de riesgo de desarrollar un TCA son los denominados de resistencia, incluidos aquellos deportes en los que sus practicantes se pueden beneficiar de tener un bajo peso para mejorar su rendimiento. Estas condiciones llevan a algunos de sus practicantes a realizar dietas estrictas en algunos períodos de la temporada, tanto en la fase de preparación como en la de competición. En estos deportes, en muchas ocasiones, una pérdida repentina de peso empeora el rendimiento puesto que se reduce la masa magra y el deportista se fatiga con mayor rapidez. En los atletas de las pruebas de resistencia, es en los que mejor se puede observar las peculiaridades o prácticas para optimizar su rendimiento mediante el control del peso. Son cada vez más las atletas femeninas que desarrollan un trastorno de la alimentación. La natación se considera también uno

de los deportes de riesgo para desarrollar un TCA. Han encontrado la tendencia de un mayor deseo en adelgazar en las chicas nadadoras que en los chicos nadadores (Díaz, 2005).

## **2.4. Epidemiología**

Los TCA son un problema de salud mental. Cada vez son más frecuentes entre las mujeres jóvenes. Si bien los TCA tienen prevalencias del 0,5 al 3%, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes. Por otro lado, los estudios de seguimiento por periodos de entre 10 y 15 años de grupos de pacientes con anorexia nerviosa han mostrado que los síntomas persisten en un 12-14% de los casos, y las tasas de recaída son elevadas, aproximadamente un 4-27%, por lo que puede hablarse de un padecimiento crónico; la tasa de mortalidad agregada asociada con la anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la tasa anual de mortalidad de las mujeres de 15-24 años de edad. De este modo, la anorexia nerviosa y la bulimia son dos de los trastornos con mayor prevalencia entre la población adolescente y adulta; son más frecuentes entre las mujeres (hasta un 3%), aunque en los varones cada día se incrementa. La anorexia y la bulimia predominan en las mujeres, a diferencia del trastorno por atracón y la obesidad, predominantes en los varones (Genis et al., 2013).

Las teorías socioculturales establecen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios masivos de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico. El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que ser bella es igual a ser delgada, lo que muchas veces es biogénicamente difícil o hasta imposible de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, comúnmente de este modo, la insatisfacción corporal. Así, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas (Behar, 2010).

La insatisfacción corporal podría resultar predictor importante para los trastornos de la alimentación en tanto que es mediador de la relación entre la exposición de las normas de delgadez y la patología conductual de comer. Además, es posible que la alimentación misma (hábitos, costumbres, patrones de consumo) y la comida (creencias al respecto, usos, disponibilidad) originen conductas desajustadas en etapas tempranas del desarrollo humano. Además, los asuntos concernientes al peso, la figura y la comida también suelen transmitirse de padres a hijos, particularmente de madres a hijas. Algunos estudios, incluso, han revelado una clara relación entre las experiencias de las madres, el peso de los niños y los conflictos (como discusiones) durante las comidas. Adicionalmente, se ha señalado que la dieta de las niñas está estrechamente relacionada con la de sus madres, pues son ellas quienes presentan la comida y eligen sus formas de consumo, mientras que la forma de comer de los padres y la insatisfacción que sienten hacia sus cuerpos está correlacionada con la ingesta de los hijos varones. Las madres, además, establecen los patrones a seguir y los hábitos alimenticios desde que los niños son pequeños, por lo que su peso parece influir en el peso de sus hijos y en la forma en que los alimenta (Silva & Sánchez, 2006).

Como señalan diversos autores, la alteración de la imagen corporal se ido extendiendo entre la población general, entendiéndose más bien, como insatisfacción con el cuerpo y con el peso (Sepúlveda, León & Botella, 2004).

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se divide acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y provoca malestar o perjuicios para el sujeto. Los rasgos se tornan inflexibles e impiden que el individuo pueda adaptarse al entorno, lo que causa un deterioro y un malestar significativos en la vida de quien lo padece. Los sujetos con trastornos de la personalidad se apartan considerablemente de las expectativas de su medio, con lo que queda en evidencia su incapacidad para integrar los aspectos cognoscitivos, afectivos o interpersonales, que son vitales

para una adecuada adaptación. Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de 53 a 93% (González et al., 2003).

Cinco áreas de especial importancia han sido estudiadas: sur de Europa y países mediterráneos, México y Suramérica, sudeste asiático, Europa del Este y Sudáfrica. Las cifras de prevalencia son muy parecidas en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Las características clínicas, por su parte, son similares a las reportadas en la bibliografía occidental; así mismo, los factores de riesgo y el pronóstico coinciden. El famoso estudio etnográfico prospectivo realizado entre 1995 y 1998, reveló el cambio en los patrones de actitudes, creencias y comportamientos ligados con la forma del cuerpo y con los hábitos de alimentación en Nadroga, islas Fiyi, donde antes de 1995 no había televisión. El índice de masa corporal promedio de estas adolescentes estaba cercano a 25 (límite máximo del rango normal), y era acorde con el prototipo de belleza rolliza y corpulenta que esta comunidad había valorado hasta entonces. La proporción de mujeres que tuvieron puntajes de riesgo alto para TCA en 1995 fue de 12,5% y se incrementó en 1998. Las mujeres que se inducían el vómito como estrategia de control de peso subieron de 0% en 1995 a 11,3% en 1998. Aparecieron también las conductas de dieta como forma de expresar la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres que ahora se sentían demasiado gordas o corpulentas si se comparaban con los personajes de las series de televisión más populares para adolescentes, y, además, expresaban su deseo de parecérseles (Rodríguez, 2005).

La preocupación por el peso corporal en la población femenina no debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un trastorno de la imagen corporal. Algunos investigadores encontraron que un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso. La distorsión de la talla corporal solo es

un síntoma del trastorno corporal que es un problema multidimensional en el que confluyen alteraciones perceptivas, actitudinales y conductuales (Espina, Juaniz et al., 2001).

En relación con la obesidad, está comprobado que tanto los niños como adultos, e incluso profesionales, muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso. De hecho se ha dicho que la obesidad constituye un duro y debilitante estigma. Recordemos que un estigma es cualquier atributo personal que desacredita profundamente a quien lo posee. Por lo tanto el estigma se basa en un grupo de pertenencia, un aspecto corporal o imperfecciones o en problemas de carácter. Las personas que presentan obesidad suelen quedar estigmatizadas en los dos últimos elementos. En el proceso de estigmatización se incluyen acciones denigrantes y excluyentes, así como reacciones de las personas devaluadas. Para algunos autores no queda claro que las personas con obesidad experimenten un componente del proceso: la discriminación. Defienden, en este sentido, que las actitudes negativas hacia la persona obesa no implican necesariamente discriminación conductual. Lo que sí parece claro es que a la persona obesa se le atribuye toda la responsabilidad de su peso por problemas en su forma de ser: perezosa, glotona, y carente de autocontrol. También, en la atribución de su responsabilidad, se les considera socialmente desviados (Jáuregui, López, Montaña & Morales, 2008).

Con relación a los estereotipos sobre las personas obesas se han incluido, entre otros aspectos, las siguientes descripciones: incapaces de trabajar duramente, menos fuertes, menos estables, menos autocontroladas, lentas, perezosas, blandas y débiles. Actitudes negativas de este tipo son sostenidas, incluso, por personal de enfermería hacia sus pacientes obesos. De hecho hay algunos estudios claramente demostrativos en este sentido. Así, en 1969, médicos y estudiantes de medicina evaluaban a sus pacientes con sobrepeso por los rasgos personales que presentaban. Los resultados se sintetizan en las siguientes calificaciones realizadas sobre estos enfermos: para el 97% dichos pacientes eran estúpidos, en un 90% fracasados, un porcentaje igual los consideraba débiles, el

86% perezosos, el 69% desagradables, un 65% infelices, para el 60% se trataba de personas con poca fuerza de voluntad, un 55% los calificaba como torpes y un 54% como feos (Jáuregui et al., 2008).

Los trastornos de la conducta alimentaria se configuran como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma. Éstos se dividen en dos tipos de alteraciones conductuales: por un lado unos directamente relacionados con la comida y el peso y el segundo por el derivado de la relación consigo mismo y con los demás. Se caracterizan por una búsqueda deliberada de pérdida de peso corporal, inducida y mantenida por la propia persona mediante actitudes restrictivas y/o purgativas en la alimentación o la realización excesiva de ejercicio. Junto a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se incluyen, dentro de los TCA, la categoría de TCA no especificados para los que no cumplen los criterios propios de un trastorno específico (Urzúa, Castro, Lillo & Leal, 2011).

Los trastornos alimentarios constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en la población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia entre los adolescentes y cuya letalidad es la más alta entre los problemas psiquiátricos. A esto se suma que la incidencia de la anorexia nerviosa ha aumentado en las últimas décadas, tanto en Chile como en otros países. La prevalencia de los trastornos alimentarios se ha estimado en 0,5-1% de anorexia nerviosa y 1-3% de bulimia nerviosa, según la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000). En el caso de Chile, la prevalencia se ha estimado en 8,3% en adolescentes escolares (Besser & Moncada, 2013).

La adolescencia es una etapa de la vida en la que pueden observarse trastornos de la conducta alimentaria, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas, detectados tardíamente en muchas ocasiones. Diversos estudios poblacionales

investigan su prevalencia y otros intentan detectar, a través de la presencia de diversos signos, a los adolescentes con riesgo de padecer algunas de estas situaciones. También se han delimitado patrones o perfiles diferenciados relacionados con estos trastornos y que pudieran ser predictivos de estas patologías en la adolescencia (Paniagua & García, 2003).

De no mediar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, estas situaciones pueden durar e incrementar su sintomatología a lo largo de la adolescencia, provocando dificultades personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta. La detección en atención primaria, a través de una valoración rutinaria de signos de sospecha de padecer alguno de los trastornos citados, permitiría actuaciones diagnósticas y terapéuticas tempranas que redundarían en un mejor pronóstico a corto y largo plazo (Paniagua & García, 2003).

En México, las investigaciones de los trastornos alimentarios donde se ha estudiado la valoración de la imagen corporal y la dieta restrictiva en niños y adolescentes se han realizado en población femenina, son escasos los que han incluido a los hombres. Sin embargo, estudios realizados en distintos estados de la República Mexicana han demostrado que tanto los hombres como las mujeres presentan conductas de riesgo alimentario, donde mencionan que en los hombres, suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y a mantener algunas conductas de riesgo como la practica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente. Así mismo en un estudio realizado con adolescentes universitarios mexicanos, encontraron que los hombres manifiestan mayor sintomatología de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal y conductas de riesgo alimentario que las mujeres. Caso contrario fue encontrado en escuelas privadas de otro estado diferente, pero en el propio país, en el que las mujeres de entre 18 y 19 años de edad, presentaban un mayor riesgo de padecer algún trastorno alimentario. Por otro lado reportaron que los hombres realizan ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas restrictivas rígidas o ayunan. También encontraron en estudiantes de preparatoria, una frecuencia alta



de conductas de riesgo alimentario, como vomito autoinducido, ayuno, sobrevaloración de la importancia del peso y la figura corporal como satisfactores personales y dieta restrictiva (Moreno & Ortiz, 2009).

El RTCA (Riesgo de Trastorno del Comportamiento Alimentario) es alto en personas durante la adolescencia y la adultez temprana. En el contexto mundial, en estudiantes universitarios la prevalencia de RTCA puede estar entre el 5,2% y el 18,9%. Por su parte, en Colombia, dicha prevalencia varía entre el 12,7% y el 39,7%; la mayoría de estos posibles casos pertenecen a la categoría de TCANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado; Campo & Villamil, 2012).

Las mujeres que entrenan con intensidad y le dan importancia a la pérdida de peso, a menudo presentan trastornos alimentarios que, al disminuir la disponibilidad de energía, reducen el peso y la masa corporal hasta un punto en que aparecen irregularidades del ciclo menstrual (oligomenorrea con 35 a 90 días entre menstruaciones) o cesa la menstruación (desaparición al menos 3 meses consecutivos) y se presenta osteoporosis. Este conjunto constituye lo que el American College of Sports Medicine llamó en 1992 la tríada de la atleta femenina. Algunos autores prefieren simplemente llamarla tríada femenina, porque aparece también en población general físicamente activa. Aunque la información respecto a la tríada es muy poca, la prevalencia de la amenorrea en practicantes femeninas de deportes tales como carreras de fondo, ballet o patinaje artístico puede establecerse entre un 25% y 70%, frente al 5% de la población general. En un estudio llevado a cabo hace poco en Francia se ha puesto de manifiesto que un 71% de las deportistas que alcanzaban puntuaciones superiores a 20 en el EAT tenían problemas del ciclo menstrual, frente a solo un 23% en aquellas con puntuaciones por debajo. En lo que se refiere a los problemas óseos, una revisión sistemática de estudios previos ha puesto de manifiesto que la prevalencia de osteopenia es de un 22-50% y la de osteoporosis de un 0%-13% en deportistas únicamente del sexo femenino. Existe una fuerte asociación entre anorexia nerviosa y disfunción menstrual. De hecho, la amenorrea es uno de los criterios

estrictos necesarios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa en las mujeres (Márquez, 2008).

Con la bulimia no se ha establecido todavía una relación similar, pero se está descubriendo un creciente número de deportistas que son simultáneamente bulímicas y amenorreicas. Las mujeres amenorreicas son infértiles debido a la ausencia de desarrollo folicular ovárico, ovulación y función lútea. Como consecuencia del hipoestrogenismo, es frecuente en las deportistas amenorreicas la presencia de alteraciones en la capacidad de vasodilatación arterial, lo que reduce la perfusión muscular, así como las alteraciones del metabolismo oxidativo muscular, las elevaciones en los niveles plasmáticos de colesterol, triglicéridos y la sequedad vaginal. El cese de la menstruación se asocia con frecuencia a la desaparición del efecto protector de los estrógenos sobre el hueso, haciendo a las mujeres más vulnerables a las pérdidas de calcio, y el problema empeora por el bajo aporte de energía, proteínas y lípidos. Por otra parte, se reduce la formación del hueso en paralelo a alteraciones en los niveles de insulina, y es muy probable que contribuyan también efectos mediados por otras hormonas, tales como cortisol y leptina. Las fracturas de estrés ocurren con frecuencia muy elevadas en mujeres físicamente activas con irregularidades menstruales y/o baja densidad mineral ósea, y se ha demostrado que el riesgo relativo de fracturas es mayor en atletas amenorreicas que en aquellas eumenorreicas. No obstante, también es cierto que muchas deportistas que sufren disfunciones menstruales se ejercitan compulsivamente y entrenan en exceso, incluso teniendo síntomas de lesión; por lo tanto el estrés por sobre entrenamiento puede llevar a una mayor prevalencia de lesiones en esta población. La pérdida de masa ósea no es siempre reversible, y puede permanecer reducida durante toda la vida, dejando abierta la posibilidad de osteoporosis y fracturas (Márquez, 2008).

La insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres décadas, de un 15% a un 43%, haciendo de estas tasas casi comparables a aquellos encontrados en mujeres. Este aumento en las tasas de hombres con insatisfacción corporal es preocupante dado que la insatisfacción con

la imagen corporal es un factor precipitante para el desarrollo de TCA (Toro, Urzúa & Sánchez, 2012).

En el mundo actual los trastornos alimentarios son uno de los desórdenes de moda, no sólo porque los medios masivos de comunicación como revistas, telenovelas, programas televisivos de exposición y de discusión de casos reales, noticias, programas de radio están saturados de información sobre esto. Tal parece que los trastornos alimentarios son del dominio público y representan desórdenes socialmente aceptados. Sin embargo, los trastornos alimentarios son en realidad fenómenos complejos que incluso pueden llevar a la muerte a la persona que los padece. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995) reportó una incidencia de 0.5% a 1% de anorexia y de 1% a 3% de bulimia. Algunos autores han reportado una incidencia de hasta 4% de este trastorno en adolescentes. En México no se cuenta con cifras oficiales de la incidencia de los trastornos alimentarios. No obstante, es importante considerar que entre 1997 y 2002, el número de ingresos por primera vez a la clínica de atención de los trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría se incrementó de 1.9 a 67.9%. En una investigación realizada con una muestra de 2 169 mujeres mexicanas de 13 a 30 años, un 8% presentaba sintomatología de trastorno alimentario, evaluado con la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés). En otro estudio realizado con una muestra de 4 525 mujeres mexicanas de tres diferentes etapas del desarrollo (pre-púberes, púberes y adolescentes), se encontró una alta frecuencia de actitud negativa hacia la obesidad en las niñas pre-púberes (8.8 años de edad promedio). Además, también se reportó que el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal se incrementa con la edad, siendo las adolescentes quienes mayoritariamente se mostraron insatisfechas con su imagen corporal (74%), seguidas por las pre-púberes (68%). En lo que respecta a la variable seguimiento de dieta con propósitos de control de peso, se encontró que la mitad de las mujeres de cada grupo etario había llevado a cabo esta conducta (Pineda & Gómez, 2006).

## 2.5. Factores de riesgo

Se ha estimado que durante la adolescencia las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85 % de los factores de riesgo y síntomas de TCA, así como por la preocupación del peso y la forma del cuerpo, indicando con ello que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA a diferencia de los factores ambientales (Portela et al., 2012).

El sobrepeso y la obesidad en el mundo contemporáneo en el que vivimos en un ambiente que incita el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en kilocalorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal, y por otro lado el consumo de alimentos nada saludables (Portela et al., 2012).

Lo más reciente de la literatura indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales, por ejemplo de esto son los medios de comunicación y también las relaciones interpersonales, centradas en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes. Sin embargo, pocos estudios han investigado los efectos de estas presiones en relación con la edad o la etapa de la vida. Los resultados indican que, sobre todo la familia ejerce influencia en los adolescentes más jóvenes, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación sobre aquellos que se encuentran en fases intermedias y finales de la adolescencia también llamada adolescencia tardía (Portela et al., 2012).

La influencia de los medios de comunicación en la sociedad actual y globaliza, el ideal de la belleza, marcado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación que imponen y valorizan la figura de la delgadez del cuerpo para hombres y mujeres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado o delgada es hermoso, utilizan estrategias

para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los niños y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero no saludables. En este contexto, desde muy temprano, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes (Portela et al., 2012).

Tanto los factores individuales como los factores sociales y los factores culturales tienen una influencia en la forma en que se experimenta el propio cuerpo, y si la familia es el núcleo social más cercano al individuo, y la responsable de la transmisión de valores, hábitos y costumbres, sería necesario estudiar la forma en que ésta funciona como intermediaria en la producción de los trastornos de la alimentación, pues el desarrollo de las actitudes, creencias y valores depende en gran parte, del medio sociocultural en que crecen y se desarrollan los individuos (Silva & Sánchez, 2006).

Se ha considerado que la familia puede actuar como un factor etiológico, debido a que el funcionamiento puede propiciar la aparición de estos trastornos, o también como factor mantenedor, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar facilitan que los síntomas permanezcan durante varios años (Ruiz et al., 2010).

Menciona Chávez et al., (2004) que en las sociedades en las cuales se sobrevalora el peso corporal bajo, se reconocieron como grupos de alto riesgo para desarrollar algún trastorno alimentario, principalmente en mujeres jóvenes, y se destacan el grupo de bailarinas profesionales, las deportistas y también modelos.

Se puede afirmar con toda probabilidad que los mayores transmisores más poderosos de nuestros ideales socioculturales son los medios de comunicación así como también el ideal de belleza basado en la delgadez, el cual logra modificar

los hábitos alimentarios y la imagen corporal de la mayoría de los adolescentes (Sepúlveda et al., 2004).

Se considera que la familia puede actuar como un factor etiológico, debido a que su funcionamiento puede propiciar la aparición de tales trastornos o como factor mantenedor, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar permiten que los síntomas permanezcan a través del tiempo (Ruiz et al., 2010).

En la segunda mitad del siglo XX y en el comienzo del siguiente, así como la circunscripción a cierta cultura, la occidental, se ha asociado a ciertos factores predisponentes de carácter sociocultural y, en especial, al efecto de ciertos valores sociales como la edificación de la delgadez en la mujer como modelo de belleza, y su imposición como canon a seguir a través de los medios de comunicación, todo ello impulsado por una potente industria de la belleza (cosméticos, productos dietéticos, cirugía, etcétera). La importancia de dichos factores socioculturales es tal, que algunos autores afirman que puede asegurarse que sin su existencia, no existiría tampoco la anorexia nerviosa (Baile & González, 2010).

Las mujeres en particular, parecen modelarse a sí mismas más basadas en el patrón de belleza actual que los hombres, parecen estar más influenciadas por el ideal de delgadez que sus contrapartes masculinas, también muestran una insatisfacción con su cuerpo con su peso y se perciben considerablemente más pesadas de lo que realmente son. Debido a esta percepción, ellas intentan reducir su peso más a menudo que los hombres. Este tipo de insatisfacción con el peso corporal y la excesiva atención colocada a la imagen corporal, especialmente el peso, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. Entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran: las diferencias genéricas, la feminidad y los trastornos de la conducta alimentaria, el factor étnico, la familia las amistades, las críticas y/o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento social, la adolescencia, el perfeccionismo. La pertenencia a grupos profesionales como deportistas, bailarinas, modelos y nutricionistas refuerza la exigencia de un cuerpo muy

delgado, aumentando el riesgo de patologías alimentarias. No está claro si, el ambiente tendría una influencia como desencadenante o son personas ya predisuestas a desarrollar un desorden alimentario (Behar, 2010).

El excesivo control por parte de los padres, el ser sobreprotectores y autoritarios, y el impedir que los hijos se independicen, se ha considerado un factor relevante para la producción de trastornos de la conducta alimentaria, ya que produce diversos conflictos entre padres e hijos que producen la sensación de falta de control de éstos sobre sus vidas, haciendo que su único recurso para ello ocurra mediante su cuerpo (Silva & Sánchez, 2006).

De forma muy parecida, las conductas y las actitudes de los padres durante las comidas pueden generar ambientes de cordialidad que reduzcan el riesgo para emitir conductas patológicas de control de peso; entre mejor es el ambiente familiar, se presentan menos problemas al respecto (Silva & Sánchez, 2006).

Entre los factores relevantes estudiados, el autoestima baja ha sido considerada, repetidamente, como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Asuero et al., 2012).

Sentirse insatisfecha o insatisfecho con la imagen corporal supone un factor de riesgo importante en los TCA, ya que las actitudes que una persona tiene hacia el propio cuerpo afectan tanto a la conducta como a los pensamientos y a las emociones. En concreto, el índice de masa corporal (IMC) es uno de los factores que más afectan a la insatisfacción corporal y a las alteraciones alimentarias. Así, los valores elevados de IMC se asocian a un aumento de la preocupación por la imagen y forma corporal, a la insatisfacción con el cuerpo, a la sintomatología depresiva y a conductas poco saludables de control del peso. Otros factores que pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de los TCA son los estresores sociales, tales como los derivados del nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y la ocupación laboral de los padres (Cruz, Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2013).

Asimismo los TCA se asocian con altos niveles de comorbilidad con trastornos de ansiedad, conductas impulsivas y trastornos de personalidad. En este sentido, como hemos señalado, se podría considerar a los TCA como estrategias de regulación emocional inadecuadas. Así, las personas con un TCA pueden tener dificultades importantes en el manejo y regulación de las emociones, especialmente de las negativas. Entre las variables emocionales que con mayor frecuencia se han despertado en el estudio de los TCA se encuentran la alexitimia y la ansiedad. Bruch sugirió que la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones corporales, constituía un déficit central en los trastornos alimentarios. Estudios posteriores han confirmado la relación entre la alexitimia y los TCA. Respecto a la ansiedad, se concluye que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de los TCA y algunos autores la consideran como un rasgo permanente en muchas de las personas con TCA (Cruz et al., 2013).

El RTCA (riesgo de trastorno del comportamiento alimentario) tiene una distribución marcada por el género. Este grupo de condiciones son más comunes en mujeres que en varones. Asimismo, el RTCA se puede asociar al nivel de actividad física o a prácticas deportivas. Observaron en adolescentes que la actividad deportiva guardó una relación inversa con el RTCA; sin embargo, la actividad física no se relacionó con el RTCA en las mismas circunstancias. Por otra parte, existen datos indicativos de que las personas en RTCA o TCA presentan un deterioro en el funcionamiento global, que involucra el desempeño académico. No obstante se concluyó que un pobre desempeño académico se asoció positivamente al RTCA. De igual manera, el RTCA se asocia, en algunos casos, al consumo de sustancias como alcohol y cigarrillo (nicotina). Aunque las mujeres fumadoras (no los hombres) presentaron mayores probabilidades de RTCA. No obstante, se hallaron que el consumo diario de cigarrillo no se relacionó con el RTCA en mujeres ni varones adolescentes (Campo & Villamil, 2012).



Algunos estudios sugirieron que en algunas personas el consumo de cigarrillo se hizo con la intención de generar menos apetito, y, en consecuencia, disminuir la ingesta de alimentos y calorías y controlar el peso corporal de esta manera. De igual manera, se observó una asociación positiva consistente entre consumo de alcohol y RTCA. Estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y RTCA. El consumo de alcohol se presentó posteriormente a la presencia de síntomas sugestivos de RTCA. Esto sugirió que el alto consumo de alcohol en dicho grupo pudo obedecer más a un intento por manejar el malestar psicológico propio de un TCA (Campo & Villamil, 2012).

El deportista con trastornos de la conducta alimentaria es un miembro de una población específica con un problema especial al que pueden haber contribuido factores diversos, tales como la naturaleza de la disciplina deportiva, los reglamentos deportivos, la frecuencia de los entrenamientos, la carga de entrenamiento, la restricción alimentaria, la sub-cultura ligada a la disciplina deportiva, las lesiones, el sobreentrenamiento o el comportamiento del entrenador. A diferencia de los no deportistas con las mismas alteraciones, el deportista que las tiene o está predispuesto a tenerlas, presenta ciertas dificultades que se complican por el entorno deportivo en el que se desenvuelve, que puede sobre enfatizar la ejecución, así como demandar un cuerpo con forma o peso ideales. Este ideal a menudo implica la pérdida de peso o grasa corporal, lo que puede precipitar el trastorno alimentario en un deportista predispuesto a padecerlo, o incluso exacerbar uno ya existente. Además, el entorno deportivo puede no solo precipitar o empeorar una patología, sino también legitimarla, haciendo para los deportistas más fácil el sufrirla y ocultarla y más difícil la identificación y tratamiento ulteriores (Márquez, 2008).

En cualquier caso, sí es conocido que los deportes en los que han surgido más comportamientos alimentarios patológicos se pueden considerar que se dividen en cuatro grupos en los que por diferentes motivos un peso corporal bajo es importante. En primer lugar están los deportes que establecen categorías por peso. Es el caso del boxeo, el taekwondo o la halterofilia. En luchadores se ha

descrito una frecuencia elevada en la tendencia a adelgazar, restricción alimentaria y conductas de purga en comparación con otros deportes. En estos deportes muchos atletas, para intentar competir en una categoría inferior, recurren durante semanas antes de la competición a reducciones drásticas de peso mediante la ingestión de diuréticos o sometiéndose a saunas, para más tarde poder superar los controles; además, estas personas están presionadas por el tiempo, lo que constituye un factor de riesgo adicional. Por otro lado, existen deportes en los que un peso bajo resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos, como la gimnasia, o para la mejora del rendimiento en la competición, como el remo. Una tercera categoría la forman los deportes de estética, en los que la delgadez y la buena presencia constituyen factores importantes para poder ganar y tener éxito, como la gimnasia rítmica y el patinaje artístico. La danza, aunque no es considerada deporte, también constituye una actividad de riesgo (Márquez, 2008).

El ejercicio extremo también se ha considerado un factor provocador de los trastornos alimentarios. Muchos de los atletas que no dan razones específicas para el comienzo de sus problemas reconocen un gran incremento en el volumen de entrenamiento asociado a pérdida de peso. Las deportistas que aumentan su volumen de entrenamiento pueden experimentar una disminución calórica, quizá debida a una disminución de la ingesta por cambios en los niveles de hormonas relacionadas con el apetito y la saciedad. El exceso de entrenamiento que conduce a dicha pérdida calórica puede crear un clima psicológico o biológico favorecedor de los desórdenes alimentarios. Otros factores de riesgo pueden ser los eventos traumáticos para el atleta, tales como la pérdida del entrenador, pues algunos deportistas consideran a sus entrenadores como vitales para sus carreras deportivas y su falta puede hacerles sentirse vulnerables e indefensos, precipitando el comienzo de los problemas. También las lesiones o enfermedades pueden hacer que el deportista aumente de peso como consecuencia del menor gasto calórico, lo que le lleva a iniciar dietas para compensar la falta de ejercicio. La vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios en deportistas puede verse incrementada por sus propias características psicológicas. En sujetos

con patologías alimentarias son frecuentes los rasgos disfuncionales de personalidad. En el caso de los deportistas, el perfeccionismo, la compulsividad y unas expectativas demasiado elevadas son claros factores de riesgo (Márquez, 2008).

Algunos especialistas han asociado el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria con el abuso de sustancias, especialmente en el caso de la bulimia. Desde un punto de vista clínico se ha sugerido que quien padece un trastorno puede presentar relación con una historia familiar de abuso de sustancias, así como la existencia de una personalidad adictiva y de factores de tipo hereditario. El papel exacto de este factor de riesgo no ha sido hasta ahora analizado en el ámbito deportivo (Márquez, 2008).

Por otra parte la ansiedad ante situaciones sociales donde la persona percibe que su cuerpo podría ser evaluado (ansiedad de evaluación), así como la fobia social, son factores de riesgo para el desarrollo de los TCA. Del mismo modo, parece que el perfeccionismo obsesivo asociado con el deseo de aceptación social se encuentra relacionado con la ansiedad (Solano & Cano, 2012).

## **2.6. Factores de protección**

El ejercicio es una costumbre muy sana, siempre y cuando no se exceda en la cantidad en tiempo que se realiza, y también si el dejar de hacer ejercicio no produce ansiedad, nerviosismo, irritabilidad o culpa (Silva, 2007).

Al estudiar el funcionamiento familiar, entendido como las interrelaciones que establecen los integrantes de un grupo familiar, se ha encontrado diferencias entre familias con y sin TCA; las familias más afectadas muestran menor: cohesión, flexibilidad expresión emocional y comunicación intrafamiliar, así como, mayor rechazo y sobreprotección paterna. Asimismo, se observa que las hijas con TCA perciben que en su familia se le da menos importancia a la dimensión de desarrollo que comprende características tales como: autonomía, actividades

sociales y actividades culturales. En suma, las personas con TCA perciben un ambiente familiar significativamente más deteriorado y sentimientos negativos hacia sus familiares; de hecho algunas pacientes mencionan sentirse ignoradas o no amadas por sus familiares (Ruiz et al., 2010).

En sentido situacional, la hora de la comida no sólo permite la creación de patrones de alimentación, sino que posibilita la interacción social entre los miembros de la familia. Esto permitiría reforzar hábitos alimentarios sanos y prevenir conductas alimentarias problemáticas o, por el contrario, favorecer el establecimiento de creencias erróneas o la asociación entre emociones negativas y la alimentación. Además, la forma en la que se desarrolla la relación durante las comidas es un reflejo del ambiente y de la dinámica familiar. Se ha establecido, por ejemplo, que el dominio excesivo que ejercen los padres respecto a la alimentación de sus hijos puede impedirles el desarrollo del autocontrol y que cuando los padres presentan altos niveles de restricción o presión sobre la conducta alimentaria de sus hijos, también se observa una deficiente habilidad para controlar el consumo de alimento por parte de los niños (Silva & Sánchez, 2006).

Según Rodríguez (2005) la anorexia nerviosa fue descrita inicialmente como una enfermedad de los países industrializados de occidente, y se ha considerado que está ligada a la cultura. Sin embargo, el perfil predominante de jóvenes adolescentes o *púberes* de Europa o Estados Unidos, de alto nivel educativo, clase media o alta, pertenecientes a una familia que valora el desarrollo intelectual, ha ido perdiendo protagonismo. Actualmente, el perfil de riesgo se hace cada vez más amplio. Para considerar que una enfermedad está ligada a la cultura es preciso que solamente tenga significado o sea comprensible dentro de un contexto cultural específico. También es necesario tener en cuenta lo que es visto como normal o anormal por los miembros del grupo social en el cual se está observando el patrón comportamental.

El cambio, en las costumbres, tradiciones y el acceso al consumo de medios masivos, la interiorización de un ideal de belleza delgado y la mediación de la vergüenza han sido postulados por Flores y Dukes como los componentes básicos de un modelo cultural que favorece el desarrollo de TCA. La interiorización del ideal delgado es como el grado en el cual los individuos adoptan estándares sociales de atractivo de forma que les afecta emocionalmente y también en su estilo de vida. El grado de influencia de esta presión ambiental parece estar inversamente relacionado con la edad, y es menos marcado en las mujeres de raza negra. Algunos autores pusieron a prueba la hipótesis de que las características de una cultura colectivista podían servir como un factor de protección frente al desarrollo de patología alimentaria, comparado con el papel de una cultura predominantemente individualista, en una amplia muestra de mujeres del este de África entre 13 y 30 años de edad (Rodríguez, 2005).

La identificación de factores socioculturales y familiares asociados a la etiología de los TCA, así como la prevalencia de la enfermedad entre la población escolar, provocan una amplia discusión sobre las posibilidades de prevención y detección precoz, tanto dentro del sistema sanitario, especialmente atención primaria como en otros contextos sociales como pueden ser el ámbito educativo, la familia, y los medios de comunicación. En los enfoques de prevención actuales presentados en la bibliografía especializada se describen estrategias como la realización de talleres de autoestima, educación sexual, foros de discusión sobre estereotipos culturales y roles de género, charlas informativas sobre los TCA, consejos dietéticos, educación para la salud, trabajo en grupo, orientación psicológica, asesoramiento familiar y diseño de material didáctico. Asimismo se realiza un análisis del rol de diferentes niveles asistenciales del sistema de salud en prevención y tratamiento de los TCA tanto respecto a la atención primaria como a atención especializada (March et al., 2006).

En el ámbito educativo, la familia, los medios de comunicación y la atención primaria se identifican como los principales espacios para desarrollar estrategias de prevención tanto de los TCA como de otras conductas de riesgo. Todos los

agentes sociales entrevistados concuerdan en la necesidad de fomentar la educación no formal en la escuela a través de las asignaturas transversales educación para la salud, desarrollo de habilidades sociales y fomento de autoestima, nombrando como principales objetivos educativos el desarrollo integral del ser humano y el fomento de una ciudadanía activa y crítica. La formación del profesorado, la realización de talleres bajo la invitación de otros agentes sociales, la implicación de los padres, así como la creación de espacios alternativos de participación para los jóvenes se identifican como pasos importantes en la realización de este objetivo a la vez de manifestarse la conciencia de la necesidad de un apoyo político para asegurar su financiación e implantación. A los medios de comunicación se pide el establecimiento y seguimiento de códigos éticos en la publicidad y la realización de programas de información objetivos y no alarmistas, proponiéndose la introducción de una legislación reguladora. Desde la valoración de la atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario y lugar prioritario de detección precoz se demanda una mayor formación y sensibilización de sus profesionales, así como la realización de labores de prevención fuera de los centros de salud, considerándose la figura del orientador escolar y del mediador de salud como posible enlace en el desarrollo de programas de cooperación entre diferentes ámbitos institucionales, la familia y los mismos jóvenes (March et al., 2006).

El grito que hacemos nosotros es de corresponsabilidad, es decir, son temas que son tan complejos que no son de un sitio, no es de educación ni de salud, el tema de jóvenes en alianza es decisiva, entonces, ese es un grito que estamos dando y hacemos programas y planes como forma joven. Aparte de esas demandas de medidas concretas, los diferentes grupos insisten en la necesidad de una reflexión respecto a las problemáticas subyacentes, resaltándose aspectos diferenciados según el rol específico de cada grupo dentro del abordaje de la problemática. En este sentido, los profesionales sanitarios piden una reconceptualización del término de Salud bajo un mayor fomento de aspectos de prevención, los representantes institucionales demandan un mayor desarrollo de la investigación con el objetivo de establecer criterios consensuados en el abordaje de la

problemática, los representantes de las asociaciones apelan a un análisis de las raíces sociales del problema, mientras los mismos afectados resaltan la necesidad de un cuestionamiento de los roles de género y del imperativo estético actual (March et al., 2006).

Lo que se expuso anteriormente indica que la tarea del educador o maestro no es rápida ni fácil, pero sí imprescindible si se desea lograr un aprendizaje significativo en sus alumnos. Requiere incluso de toda una serie de condiciones objetivas en las escuelas menos alumnos para cada profesor, etcétera y aulas. Y de capacidades y condiciones internas de los educadores psicopedagógicas, diagnósticas, conocimientos y entrenamiento en este tipo de aprendizaje, que si bien lleva tiempo desarrollarlas, lo más que se necesita es disposición y conciencia de la importancia del mismo (Viera, 2003).

Las intervenciones deben, primero, ser dirigidas a una población en riesgo, con el propósito de lograr la máxima efectividad de los programas. Segundo, considerar métodos opcionales al psicoeducativo tradicional, utilizando un formato basado en técnicas diferentes que logren un cambio actitudinal. Cabe señalar que el método tradicional de enseñanza es la forma pasiva de transmisión de conocimiento. Tercero, estar sustentadas por antecedentes teóricos fuertes (Pineda & Gómez, 2006).

## **2.7. Programas de prevención**

El incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, aunados a los altos costos de la enfermedad, señala la necesidad de crear programas de prevención que eviten su aparición y propagación. Los costos de la enfermedad no son únicamente físicos y emocionales a nivel individual y familiar, sino también económicos. En instituciones de salud privadas de la Ciudad de México, los costos de los tratamientos van desde 7 mil u 8 mil pesos mensuales, hasta 144 999 pesos por mes y medio. Debido a los altos costos sólo un sector muy privilegiado

de la población puede tener acceso a un programa de intervención para tratar de solucionar el trastorno alimentario (Pineda & Gómez, 2006).

Como principales debilidades de los programas de prevención actuales se nombran la falta de conocimiento y sensibilización sobre la temática en el ámbito de educación y sanidad, la escasez de programas interdisciplinarios y el grado insuficiente de los programas pilotos interdisciplinarios existentes como el programa Forma Joven por fomentar un acercamiento de los profesionales sanitarios a los espacios educativos. Asimismo, existe unanimidad entre los diferentes grupos entrevistados en cuestionar la adecuación de los programas de prevención específicos existentes por la posibilidad de causar actitudes de imitación en la población escolar, a la vez de resaltarse los efectos positivos de una prevención inespecífica bajo la tematización de contenidos como la alimentación, la sexualidad, las habilidades sociales y el desarrollo de autoestima (March et al., 2006).

La revisión de los criterios diagnósticos durante estos años refleja que la imagen corporal se ha evaluado por una parte, desde aspectos cognitivos y emocionales, y por otra, se analiza desde aspectos perceptivos y conductuales. Esta situación ambivalente entre ambas formas de evaluar el criterio diagnóstico ha dado lugar a un importante número de investigaciones de distinta naturaleza que han tratado de estudiar y crear múltiples procedimientos para evaluar la alteración imagen corporal. Todo esto ha producido ciertas confusiones y desencuentros en torno a la aplicación del criterio diagnóstico como al propio concepto de imagen corporal (Sepúlveda et al., 2004).

La prevención de los TCA se ha centrado en los últimos años, prioritariamente en el trabajo con escolares en etapas de riesgo, en la formación del profesorado y en los trabajos con padres de familia. La prevención orientada a la población en general ha sido, también abordada por diferentes autores. Según se desprende de los datos presentados anteriormente, parece imprescindible incidir en la prevención de posibles TCA en los deportistas, trabajando tanto con los propios



deportistas, como con los padres, directivos, jueces y fundamentalmente con los entrenadores. La propuesta de prevención primaria, es decir, aquella encaminada a la no aparición de sintomatología y por lo tanto a la reducción de la incidencia de problemas, se ha visto como una forma de prevención eficaz en el campo de los TCA. Las actividades orientadas a la prevención, han de tener en cuenta lo que está produciendo el problema. Como ya se ha mencionado, en el ámbito deportivo estas causas son varias; destacar, entre otras; la propia práctica deportiva, el tipo de deporte, el estilo de entrenador, las características de los deportistas y las actitudes de los padres. El poseer información sobre un tema no significa conocer realmente lo que ésta ocurriendo, por lo tanto toda información ha de valorarse de forma crítica. Esto es especialmente importante cuando el trabajo se realiza con los propios deportistas. No obstante, aunque los entrenadores y padres han de tener información adecuada, es preciso no actuar de manera alarmante, sobre todo ante una posible prevención secundaria (Díaz, 2005).

Se debe informar de manera positiva, evitado los aspectos negativos de la enfermedad, con la intención de no alarmar sobre posibles problemáticas y así valorar posibles casos de una manera objetiva. Se ha de tener en cuenta la etapa evolutiva donde se realiza el programa. Será importante abordar temas de relaciones entre pares, además de fomentar el análisis crítico de la información que se ofrece desde los medios de comunicación. También, se han de modificar las actitudes de las figuras de referencia para los jóvenes, especialmente las de los entrenadores y los padres. Es necesario mantener los programas en el tiempo, ya que los beneficios han de mantenerse y valorarse a largo plazo (Díaz, 2005).

La efectividad de los programas es mayor si se realizan durante la infancia y adolescencia, ya que son períodos sensibles y los jóvenes se encuentran más vulnerables a posibles problemas. Por lo tanto, será importante trabajar con entrenadores de deporte de iniciación. El principal objetivo será modificar los conocimientos, las actitudes y las conductas de los jóvenes y de las personas que les rodean. Se ha de incluir a padres y adultos significativos en los programas de prevención para realizar una tarea integral. En el caso de los deportistas, las

actitudes de los padres, en cuanto al peso de sus hijos y sobre todo, sus expectativas sobre el rendimiento, serán materias de atención preferente. Los programas deben estar adaptados a la situación en que se encuentren los jóvenes. En el caso de deportistas, hay que tener en cuenta el deporte practicado, y las exigencias o tipo de entrenamientos que realizan. El enseñar a los entrenadores a detectar posibles casos de TCA, será esencial para la prevención secundaria. El éxito de los programas estará determinado por la reducción de casos diagnosticados, para conseguirlo se deberá combinar la prevención primaria con la secundaria. El principal objetivo será concienciar a los entrenadores de la necesidad de practicar prevención en el ámbito de la salud en general y de los TCA en particular.

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos de los cuales se recaudaron 100 artículos de los cuales se hizo una selección para saber cuáles cumplían con los datos necesarios para poder hacer una comparación en cuanto a programa de intervención y resultados específicamente, de los cuales se tomaron 8 que son los que se describen a continuación:

#### **2.7.1. Programa de educación alimentaria.**

Loria et al. (2009) realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo determinar el efecto de un programa de educación alimentaria sobre el estado nutricional y el patrón alimentario de un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Se trabajó con 89 pacientes diagnosticados con TCA. La edad mínima fue de 13 y la máxima de 56. Cada paciente recibió 15 a 20 sesiones de educación. La población fue seleccionada entre los pacientes atendidos en la Unidad, diagnosticados de anorexia, bulimia y trastornos de la alimentación no especificada y trastorno por atracón según los criterios Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-IV). Se incluyeron aquellos pacientes que acordaron en recibir la educación nutricional, estuviesen motivadas para el cambio, tuviesen un índice de

masa corporal mayor  $16 \text{ kg/m}^2$  y firmaran el consentimiento informado (para menores de 18 años debía ser firmado también por los padres o tutor). Y se excluyeron aquellos con Trastornos de la personalidad severa, que le incapacitaran para recibir la Educación Nutricional o con patologías asociadas que la obligasen a realizar algún tipo de dieta especial

Antropometría: Peso, IMC, PT y CMB, encuesta dietética (Recuerdo de 24h en consulta) y cuestionario reducido de frecuencia de consumo. Cuestionario EAT 26 (Eating Attitudes Test-26; Loria et al., 2009).

Para la evaluación de los resultados sobre actitudes y comportamiento en relación a la comida se utilizó el cuestionario autoadministrado EAT 26, que fue completado por las pacientes en la primera consulta y tras los 4-6 meses de recibir el programa educativo. El valor medio del cuestionario total inicial fue de  $32 \pm 15$ . Tras los 4-6 meses fue de  $23,7 \pm 14$ . Estas diferencias resultaron significativas  $p < 0,001$  lo que evidencia cambios terapéuticos o cambios en la sintomatología de los pacientes muy positivos tras la implementación del programa.

### **2.7.2. Programa de prevención en trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.**

Pineda y Gómez (2006) realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo comparar la eficacia de dos programas preventivos, uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro psicoeducativo, para disminuir factores de riesgo en trastornos alimentarios. Se pidió a las participantes responder dos escalas, la de dieta restringida y la de satisfacción con la imagen corporal, del Cuestionario de Alimentación y Salud versión para adolescentes. Se trabajó con 20 estudiantes de secundaria que presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Se les asignó al azar a una de dos condiciones: intervención basada en la TDC ( $n=9$ ) o intervención psicoeducativa ( $n=11$ ). Se aplicó un cuestionario para medir seguimiento de una dieta restringida y satisfacción con la imagen corporal antes, inmediatamente después y un mes después de las intervenciones. Ambos tipos de intervenciones tuvieron una duración de tres sesiones de una hora y media.

En cada sesión se incluyó exactamente la misma información que en el programa disonante las diferencias estuvieron en las técnicas utilizadas. En el caso del programa psicoeducativo las participantes tuvieron una mínima participación, ya que el programa consistió en una forma pasiva de enseñanza-aprendizaje, en el programa disonante las adolescentes participaron activamente en grupos focales y en juego de roles. Los temas que se incluyeron en las sesiones fueron: figura ideal, aceptación corporal y presión de pares. Los resultados indicaron que las adolescentes expuestas a la intervención basada en la TDC redujeron sus niveles de riesgo en la relación con llevar una dieta restringida después de ser expuestas al programa de prevención, manteniéndose este resultado un mes después, pasando de un nivel de riesgo en el pretest ( $x = 2.16$ ) a uno sin riesgo en el posttest ( $x = 1.63$ ) y en el seguimiento ( $x=1.66$ ), según el punto de corte (1.75), después de la intervención y del seguimiento ninguna de las chicas expuestas a cualquiera de las intervenciones eligió una silueta muy delgada, incrementándose el porcentaje de elección de una silueta normopeso como figura ideal ( $p = .02$ ).

### **2.7.3. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases.**

Casado y Helguera (2008) el cual tuvo por objetivo dotar a los adolescentes de estrategias de afrontamiento en factores de riesgo asociados con los trastornos de alimentación. El segundo fue convertir a los padres en agentes de prevención y en su caso, de detección precoz de estos trastornos, dotados del conocimiento necesario acerca de estos trastornos y de las variables asociadas con ellos. Los instrumentos que se utilizaron para evaluar a los adolescentes fue el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), el segundo fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las sesiones incluyen una parte de teoría donde se justifica el contenido y una parte práctica donde las adolescentes a través de role-playing, dinámicas de distinto tipo y/o ejercicios específicos trabajan el tema en cuestión. Con lo que respecta a los padres se elaboró un cuestionario ad hoc Cuestionario de Actitudes y conocimientos, con un total de 35 ítems, para

determinar el perfil de actitudes y conocimientos de los padres sobre las variables asociadas a los trastornos alimentarios.

Los resultados indicaron que hay más cambios en el perfil de ansiedad de aquellas participantes mayores del grupo que llenaron el ISRA en su versión de adultos. En la respuesta total de ansiedad o medida de rasgo general se observó que la puntuación media al inicio del programa era 221.83 y al final del mismo de 142. En algunas escalas los cambios entre la media pre y la post, son más leves como en Bulimia (pre 1.83, post 0.80), Ineficacia (pre 6.83, post es 5.40) y Perfeccionismo (pre 7.67, post 6.20). En cuanto a las situaciones específicas, todas reflejan cambios interesantes en la línea de lo esperado, en ansiedad de evaluación la puntuación pre es 109 y la post es 82.33, en ansiedad interpersonal la puntuación inicial de 24.33 se transforma al final del programa en 18, en ansiedad fóbica la puntuación pre es 31.67 y la post es 23, por último la puntuación del factor IV o ansiedad ante situaciones cotidianas pasa de ser 31 a 11.33. Estos datos refuerzan la idea de que las participantes saben, una vez finalizado el programa, manejar situaciones ansiógenas mejor que al inicio del mismo. Los resultados mostraron que la mayoría de los padres (90%) al iniciar el programa muestran su desacuerdo en valorar tener buena figura como elemento principal para la felicidad. En 70% de los padres muestra su desacuerdo en valorar como importante que su hijo sea guapo, el 30% de los padres cree que es más fácil tener éxito en la vida teniendo una buena imagen. Al inicio del programa el 40% de los padres considera positivo inculcar el perfeccionismo en sus hijos.

#### **2.7.4. Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato.**

Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía (2010) realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo evaluar el efecto de un programa de prevención selectiva diseñado para modificar las alteraciones de la imagen corporal. Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Escala de Siluetas Corporales (CDRS), y Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal

(BIAQ) en la primera y última sesión del tratamiento. Participaron 15 mujeres entre 15 y 18 años de edad reclutadas por medio de anuncios colocados en una escuela pública de nivel bachillerato ubicada en la zona norte de la Ciudad de México. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones: programa cognitivo-conductual ( $n = 8$ ) y grupo control en lista de espera ( $n = 7$ ), el programa de intervención estuvo comprendido por 7 sesiones (dos por semana) de 2 horas cada una. En las sesiones se trataron temas como satisfacción con la imagen corporal de las participantes, aprecio hacia el propio cuerpo, corregir los errores perceptuales acerca del mismo, ideales de belleza, su evolución y la influencia de la publicidad en la satisfacción con la imagen corporal, desde una postura crítica, además, se identificaron algunos prejuicios sobre el peso y la figura, se enfocaron al fortalecimiento de las habilidades de las participantes para emitir juicios críticos sobre los programas y anuncios publicitarios relacionados con la belleza y su efecto en la satisfacción con la imagen corporal, además, se incluyeron actividades dirigidas a valorar a las personas por sus cualidades no relacionadas con la apariencia física. Efectos nocivos de las dietas, aprecio de los valores personales y aceptación del propio cuerpo, mediante exposición al espejo y a situaciones generadoras de ansiedad, emociones y sentimientos. Los resultados apuntaron que ambos grupos fueron equivalentes al iniciar la investigación ( $p = .05$ ). Además que se encontraron cambios positivos en Malestar con la Imagen Corporal  $p = .02$ , la subescala de Malestar con la Imagen Corporal  $p = .03$ , y finalmente en Insatisfacción Corporal  $p = .01$ .

#### **2.7.5. Un estudio piloto clínico y estadístico, importancia de un programa para reducir los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en niños.**

Escoto, Mancilla y Camacho (2008) realizaron el siguiente estudio utilizó la prueba de significación clínica y estadística para investigar los efectos de dos formas didáctica o interactiva de un programa de prevención universal en actitudes sobre forma y peso, de la conducta alimentaria, la influencia de los modelos estéticos y la autoestima. A tres escuelas se les asignó una forma interactiva, didáctica o

control interactivo. La muestra fue de 61 niñas y 59 niños, la edad fue 9-11 años fueron evaluados con una pre-prueba y una post-prueba, y en seis meses se les dio el seguimiento. El programa estuvo compuesto por ocho sesiones de 90 minutos, tuvieron dos versiones, para la versión interactiva se hizo el uso extenso de la discusión, descubrimiento guía, juego de rol, meditación guiada e hicieron ejercicios de escritura libres, para la versión didáctica se ofrecieron los mismos temas y contenidos usando primordialmente el enfoque de exposición didáctica e incluyendo cuestionarios, análisis, discusión y tarea.

La significancia estadística y clínica mostro más cambios positivos en niños y niñas con el programa interactivo versus programa didáctico y grupos control. Los cambios en chicas fueron en el factor insatisfacción corporal en el pretest, postest y seguimiento. Comer en exceso  $p=0.04$  en el pretest en comparación con el seguimiento en el grupo interactivo. Influencia de los modelos estéticos  $p=0.03$  se observó una reducción. En la autoestima hubo cambios en grupo interacción x tiempo  $p=0.02$

Los resultados apoyan el uso de programas interactivos que destaquen e identifique los factores de riesgo y construya las bases positivas de distintos rasgos para la apariencia física. Los cambios en niños fueron para insatisfacción corporal  $p=0.0001$ , hubo una disminución en Comer en exceso  $p=0.0001$ . Influencia del modelo estético  $p=0.001$  mostrando una reducción al evaluar la pre-intervención, post-intervención y seguimiento. Finalmente en el factor autoestima  $p=0.0001$ , hubo un incremento.

#### **2.7.6. Prevención de TCA mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto.**

Rodríguez y Gómez (2007) realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo evaluar dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno de ellos basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad de televisa y el otro en una estrategia psicoeducativa, en diecinueve mujeres adolescentes estudiantes de primero de secundaria. Al final de la intervención la intervención las submuestras quedaron de la siguiente manera: once en el grupo de audiencias críticas (FAC) y ocho en el grupo psicoeducativo (PE), la edad promedio fue de

12.39 años. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el de Cuestionario de Alimentación y Salud, versión adolescentes, y Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC). El programa de prevención estuvo compuesto por 10 sesiones, en ambos grupos las temáticas fueron las mismas cambiándose tan solo el abordaje en cada uno de ellos. En el programa de formación de audiencias críticas se empleó una estrategia activa, mientras que el programa psicoeducativo se aplicó con base en una estrategia de aprendizaje tradicional. Las temáticas de las sesiones fueron las siguientes: Alimentación del adolescente, el adolescente y los medios de comunicación, la imagen televisiva, publicidad televisiva y técnicas de persuasión, persuasión publicitaria, expresando opiniones y elaborando propuestas, elaboración de un comercial audio visual.

Se aplicó un pretest, posttest y seguimiento y los resultados apuntaron que las diferencias significativas estuvieron en el factor: hubo una reducción para preocupación por el peso y comida ( $p=.02$ ), los cambios continuaron en el seguimiento ( $p=.04$ ). La variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal se encontró una tendencia pretest/posttest ( $p= .07$ ), por lo que se procedió a obtener la media del efecto para observar el efecto del tamaño de la muestra el cual marco un efecto pequeño ( $=0.40$ ). Con respecto a la conducta alimentaria compulsiva en la dirección de decremento del riesgo  $p= .004$ . Para la variable figura ideal en la condición pretest/posttest ( $p = .03$ ). Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal ( $p = .02$ ). Hubo diferencias estadísticamente significativas en referencia al grupo psicoeducativo, lo que indica una disminución de riesgo para las variables de Figura ideal y Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal; sin embargo, en ninguna se mantuvo el efecto (reducción del riesgo) en el seguimiento de tres meses.

#### **2.7.7. Disonancia y peso saludable, programas de prevención en trastornos alimentarios: Efectos a largo plazo de un ensayo aleatorio de eficacia.**

Stice, Nathan y Spoor (2008) realizaron una evaluación con adolescentes. Fueron asignadas al azar a una intervención con disonancia para la reducción de la



internalización del ideal de delgadez o a un programa de control de peso saludable (control de escritura expresiva). Los participantes con disonancia mostraron significativamente mayor disminución de interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, afecto negativo, síntomas del trastorno alimentario, y deterioro psicosocial y un menor riesgo de aparición de la patología alimentaria a través de 2 a 3 años de seguimiento que los controles que fueron solo de evaluación. Los participantes con disonancia mostraron una mayor disminución en el ideal de delgadez internalización, insatisfacción corporal, y el deterioro psicosocial que los controles. Los participantes con disonancia mostraron una reducción del 60% en la aparición de patología alimentaria, y una reducción del 55% en el riesgo de obesidad en relación a los controles, a través de 3 años de seguimiento, lo que implica que los efectos son clínicamente importantes y perdurables.

#### **2.7.8. Réplica de un programa de apoyo mutuo diseñado para prevenir trastornos alimentarios: ¿La vida es un enfoque de habilidades para todos los estudiantes de preparatoria?**

Mcvey et al. (2003) realizaron un estudio que tuvo por objetivo replicar la evaluación de un programa aplicado a una preparatoria los cuales habían sido grupos de apoyo elegidos previamente. La evaluación de un grupo de apoyo basado en una escuela que llevo el programa previamente, demostrado que mejora la autoestima. Un total de 282 niñas del 7 y 8 grado, 196 de los cuales estaban en el grupo control, completaron cuestionarios de auto-reporte antes y después de la intervención sobre habilidades para la vida, y a los 3 meses. Contrariamente a los resultados reportados en el estudio original, la participación en el grupo de apoyo de 10 sesiones no dio lugar a mejoras en la autoestima o actitudes y conductas alimentarias más allá lo que fue experimentado por el grupo control. Curiosamente, los participantes del grupo de intervención actual mostraron mayor puntuación en trastornos alimentarios, basándonos en las calificaciones de los participantes del estudio original.

### **2.7.9. Conclusiones sobre los estudios de prevención**

En los estudios anteriores las muestras con las que trabajaron los investigadores han sido mayoritariamente mujeres, puede deberse a que la mayor incidencia se presenta en mujeres en comparación con los hombres ya que la cultura occidental impone el modelo estético de la mujer con una apariencia muy delgada casi esquelética que obliga a inhumanos sacrificios con tal de cumplir los parámetros de belleza impuestos, para alcanzar el supuesto éxito. En el caso de los hombres los estándares son menos estrictos ya que los cuerpos que impone la cultura occidental para ellos son con medidas que son un poco más reales que se podrían conseguir con ejercicio pero que también obligan a consumir otros productos que pueden llegar a dañar la salud.

Los trabajos en su mayoría fueron realizados con personas en edades tempranas ya que se considera que la edad es un factor de riesgo que orilla a las personas a tener ideas que son impuestas por los medios de comunicación principalmente, y que facilita la adopción de conductas de riesgo.

En algunos programas trabajaron con grupos específicos, principalmente niños y adolescentes. Algunos de los instrumentos de evaluación que utilizaron en la mayoría de los programas fueron el Eating Attitudes Test (EAT 40), Eating Attitudes Test (EAT 26), Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Escala de Siluetas Corporales (CDRS), y Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) aplicando una preprueba, posprueba y seguimiento, en grupos control y con intervención en algunos estudios utilizaron el programa estadístico SPSS en sus diferentes versiones.

Finalmente coincidimos con los demás estudios, ya que consideramos que los programas de prevención en TCA ayudan a reducir los factores de riesgo que se asocian a los TCA en la población adolescente, y que la integración de los participantes a actividades en las cuales jueguen un papel activo genera un mayor interés para la reflexión.

Los programas anteriores apuntan a que es importante realizar intervenciones para venir los TCA ya que se han observado cambios positivos en las personas expuestas a programas de prevención en comparación con muestras a las que no se expone a estas actividades.

## **Capítulo III. Método**

### **3.1. Tipo de estudio**

Fue un estudio explicativo ya que se encontraron variables, como: los medios de comunicación, baja autoestima, imposibilidad para relacionarse con los demás, presión social, presión familiar, edad. Los cuales tienen una incidencia en la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria.

### **3.2. Diseño de investigación**

El tipo de diseño de investigación fue cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo puesto que los grupos se eligieron de manera intencional y no al azar, la medición se realizó de presente a futuro y se evaluó con un determinado tiempo, es decir con una preprueba una posprueba y seguimiento.

### **3.3. Participantes**

Los participantes se seleccionaron de manera intencional, se trabajó con dos grupos, por un lado el grupo control en lista de espera con 37 participantes y grupo intervención con 42 participantes, las edades de los participantes oscilaron entre los 13 y 14 años de una secundaria pública en sistema escolarizado del municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México.

### **3.5. Instrumentos**

#### **3.5.1. Test de actitudes alimentarias EAT-26**

El test de actitudes alimentarias (anexo 1), tiene por objetivo identificar síntomas preocupaciones y características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Esta prueba fue elaborada por Garner y Garfinkel (1979). La primera versión conocida como EAT-40 consta de 40 reactivos. Posteriormente se diseñó la segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual

se suprimieron 14 ítems. Para identificar a los sujetos con algún tipo de TCA, se propuso el siguiente puntaje de corte, más de 20 puntos para el EAT-26. El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba que filtra determina la presencia de riesgos de cualquier trastorno de la conducta alimentaria. El EAT-26 está considerado como una de las pruebas estandarizadas con mayor uso en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, debido a que posee altos índices de confiabilidad y validez. Esta prueba ha sido utilizada como una herramienta de screening que determina riesgos de desórdenes alimentario en colegios, universidades y otros grupos de riesgo como en los atletas (Corada & Montedonico, 2007).

El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los reactivos, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

Los reactivos de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. La confiabilidad calculada con el coeficiente alfa de Cronbach fue de .89.

### **3.5.2. Escala de autoestima de Rosenberg**

La escala de autoestima de Rosenberg (anexo 2), cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

De los ítems 1 al 5, las respuestas van de la A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos: autoestima media. No representa problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

La confiabilidad calculada con el coeficiente Alfa de Cronbach fue de .72.

### **3.6. Procedimiento**

Se acudió a la escuela secundaria federalizada Telpuchcalli, se gestionó el permiso (anexo 4) en ese momento se explicó a las autoridades institucionales el procedimiento del estudio así como el objetivo del mismo. Todos los participantes contestaron los dos cuestionarios EAT 26 (anexo 1) y Escala de Rosenberg (anexo 2) de manera voluntaria con consentimiento (anexo 5), y asentimiento informado (anexo 6). Al término de la aplicación del programa de intervención de 8 sesiones se volvió a aplicar nuevamente el EAT 26 (anexo 1) y Escala de Rosenberg (anexo 2), finalmente a los siguientes dos meses se aplicó el seguimiento EAT 26 (anexo 1), y Escala de Rosenberg (anexo2).

### **3.7. Plan de análisis**

Para el plan de análisis se aplicaron los dos instrumentos de los cuales se obtuvieron datos y se analizaron con el programa SPSS versión 21 para comprobar las hipótesis utilizando una prueba llamada ANOVA de medidas repetidas.

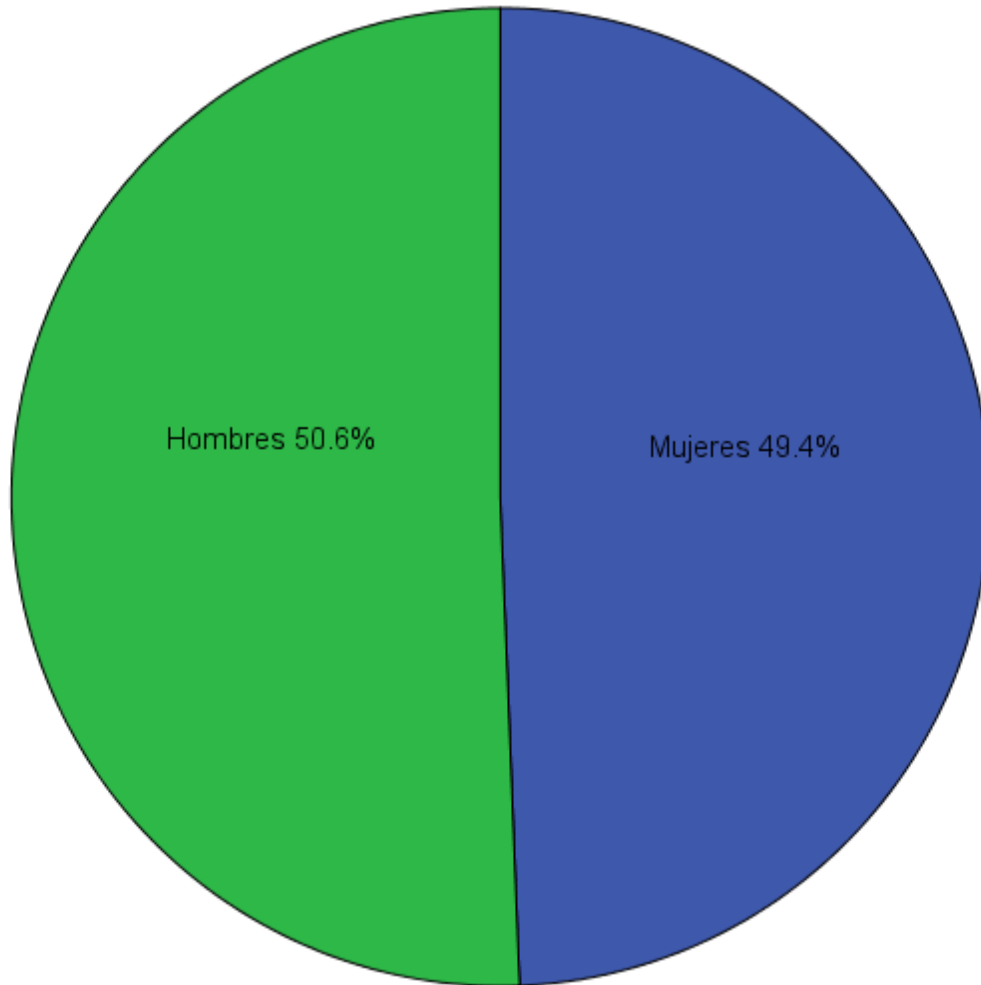
### **3.8. Programa de intervención**

Este programa de intervención (anexo 3), que se utilizó es una adaptación del programa utilizado en la guía de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso realizada por (Gómez et al., 2008).

## Capítulo IV. Resultados

### 4.1. Estadísticos descriptivos

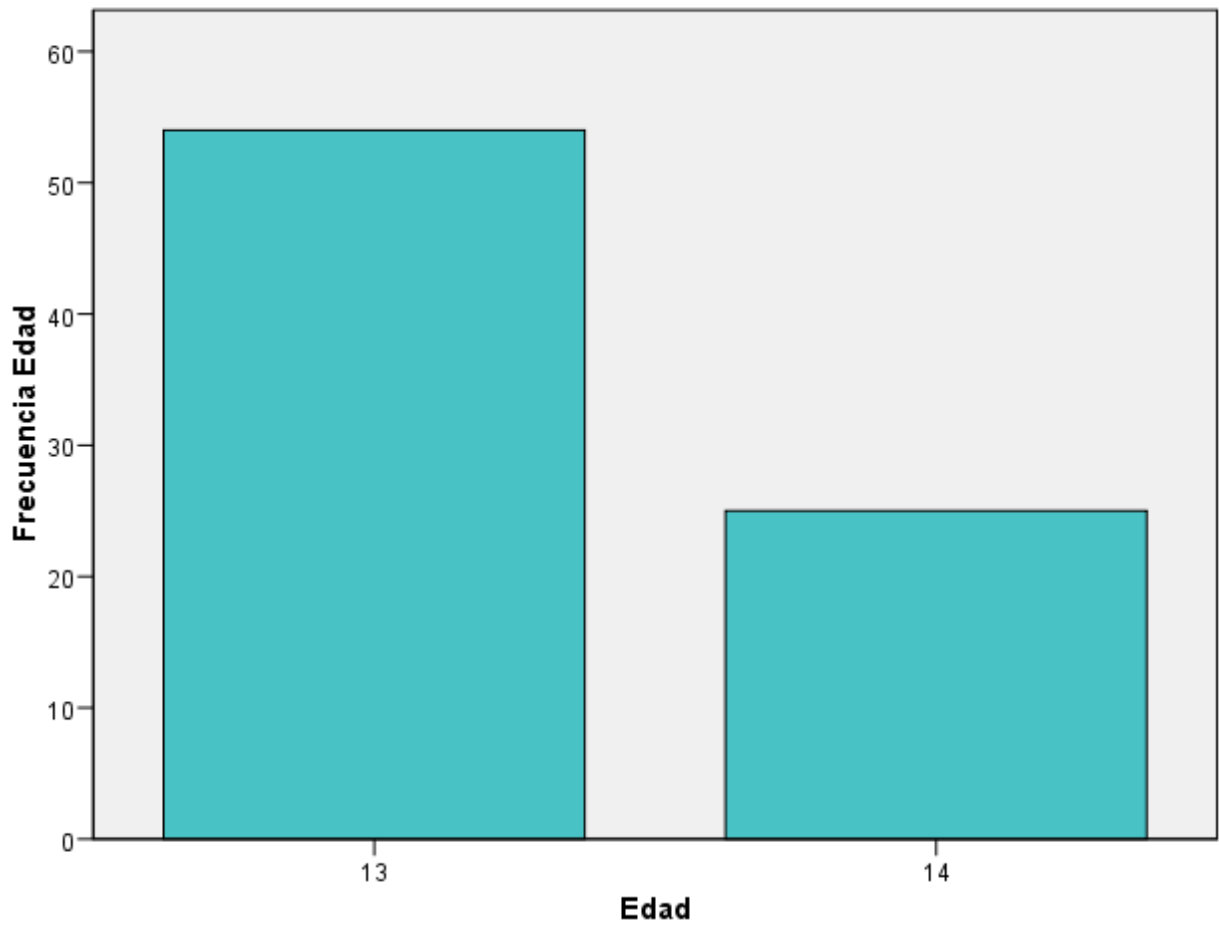
Figura 1. Distribución de la muestra por sexo.



En la Figura 1, se observa que la mayoría de los participantes son hombres.

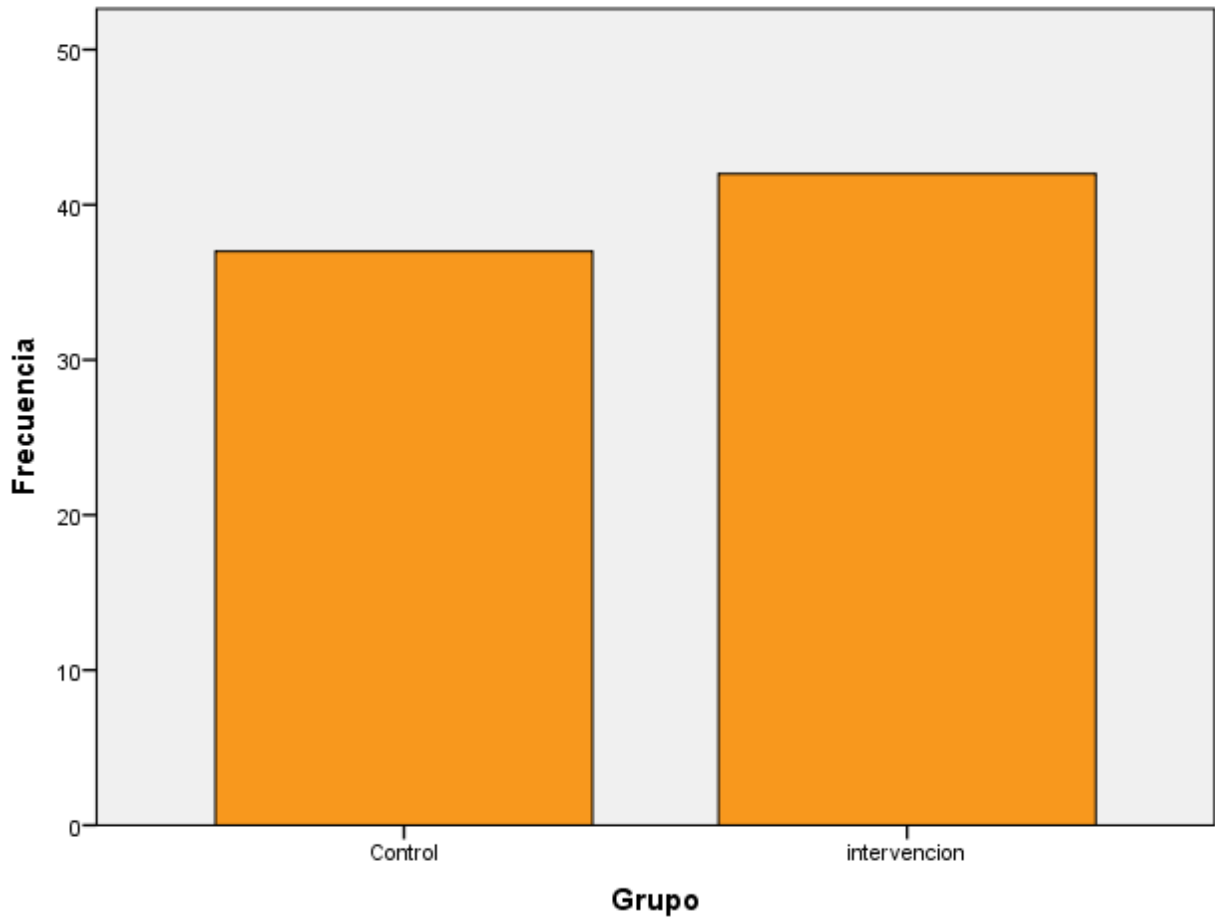


Figura 2. Distribución de la muestra por edad.



En la Figura 2, se observa que la mayoría de los participantes tienen 13 años de edad.

Figura 3. Distribución de muestra por grupo.



En la Figura 3, se observa que el mayor número de participantes pertenecen al grupo intervención.

## 4.2. Estadísticos inferenciales

Tabla 1. Medidas y desviaciones estándar para la conducta alimentaria, en la prueba, la posprueba y el seguimiento del grupo control y con intervención para el cuestionario de actitudes alimentarias (EAT).

Variable	Grupo						F	P	d
	Control (n = 37)			Intervención (n = 42)					
	Prepru eba	Pospru eba	Segui miento	Prepru eba	Pospru eba	Segui miento			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
Dieta	61.57 (12.20)	65.24 (9.37)	63.97 (9.75)	60.02 (12.27)	58.93 (14.15)	59.10 (14.29)	4.52	.01	.10
Bulimia	30.95 (5.55)	32.97 (3.16)	31.24 (5.47)	30.95 (4.08)	30.95 (4.69)	31.52 (4.71)	3.09	.05	.07
Control oral	33.19 (5.36)	35.80 (4.75)	35.51 (5.58)	30.26 (7.92)	30.33 (9.15)	31.76 (8.78)	2.18	.12	.05
Total EAT	125.70 (20.04)	133.97 (14.72)	130.7 (18.26)	121.24 (20.99)	120.21 (24.86)	122.38 (25.14)	4.37	.02	.10

En la Tabla 1 se observa que en el factor dieta en el grupo control presentaron cambios negativos y en el grupo intervención se presentaron cambios positivos al disminuir la restricción alimentaria. Los cambios en el grupo intervención fueron positivos y se mantuvieron a lo largo del tiempo de manera constante, el grupo control empeoró en términos generales.

Tabla2. Medidas y desviaciones estándar para la autoestima, en la prueba la posprueba y el seguimiento en del grupo control y con intervención para el inventario de autoestima.

Variable	Grupo						F	P	d
	Control (n = 37)			Intervención (n = 42)					
	Prepru eba	Pospru eba	Seguimi ento	Prepru eba	Pospru eba	Seguimi ento			
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
P1	3.41 (0.76)	3.38 (0.79)	3.43 (0.72)	3.24 (0.76)	3.17 (1.03)	3.26 (0.82)	0.02	.97	.00
P2	3.35 (0.63)	3.43 (0.87)	3.49 (0.55)	3.29 (0.74)	3.14 (0.93)	3.33 (0.81)	0.47	.62	.01
P3	3.68 (0.48)	3.43 (0.93)	3.59 (0.59)	3.00 (1.01)	3.33 (0.90)	3.31 (0.81)	4.04	.02	.09
P4	3.51 (0.61)	3.40 (0.98)	3.41 (0.79)	2.98 (0.92)	3.10 (1.01)	3.21 (0.89)	1.59	.21	.04
P5	3.41 (0.73)	3.30 (0.97)	3.32 (0.94)	3.31 (0.87)	2.83 (1.12)	3.19 (0.94)	1.03	.36	.02
P6	2.73 (1.02)	2.84 (1.12)	2.97 (1.04)	2.79 (0.90)	2.55 (1.13)	3.00 (0.99)	0.87	.42	.02
P7	3.49 (0.69)	3.46 (0.77)	3.51 (0.98)	3.29 (0.97)	3.00 (1.08)	3.21 (0.95)	0.77	.46	.02
P8	2.32 (1.11)	2.89 (1.10)	2.68 (1.24)	2.38 (1.06)	2.55 (1.11)	2.64 (1.14)	1.09	.34	.02
P9	3.27 (0.93)	3.49 (0.80)	3.22 (1.18)	3.02 (1.07)	2.76 (1.17)	2.95 (1.12)	2.35	.10	.05
P10	2.81 (1.00)	3.08 (1.04)	3.14 (1.11)	2.71 (1.15)	2.83 (1.17)	2.71 (1.08)	0.55	.57	.01
Total	31.97	32.65	32.76	30.00	29.26	30.83	0.88	.41	.02

(3.70) (5.46) (5.69) (5.45) (6.77) (6.68)

---

P1=Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. P2=Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. P3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. P4=Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. P5=En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. P6=Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. P7=En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. P8=Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. P9=Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. P10=A veces creo que no soy buena persona.

En la Tabla 2 los cambios se presentaron en el tercer ítem, en el grupo control este cambio se presentó de forma negativa, en el grupo con intervención el cambio fue positivo debido a que los participantes mencionaron que se sienten más capaces de hacer bien las cosas y este cambio se mantuvo en el seguimiento.

Tabla 3. Medidas y desviaciones estándar para la conducta alimentaria en la prueba, la posprueba y seguimiento del grupo control y con intervención para el cuestionario de actitudes alimentarias (EAT) con relación al sexo.

Variable	Grupo												F	P	d
	Control (n = 37)						Intervención (n = 42)								
	Pre Ho	Pre Mu	Pos Ho	Pos Mu	Seg Ho	Seg Mu	Pre Ho	Pre Mu	Pos Ho	Pos Mu	Seg Ho	Seg Mu			
	n = 21	n = 16	n = 21	n = 16	n = 21	n = 16	n = 19	n = 23	n = 19	n = 23	n = 19	n = 23			
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			
	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)			
Dieta	64.29	58.00	66.38	63.75	65.95	61.38	62.53	57.97	60.16	57.91	63.79	55.22	1.34	.26	.03
	(10.07)	(14.07)	(10.00)	(9.16)	(8.81)	(15.58)	(8.89)	(14.35)	(11.50)	(16.20)	(10.53)	(15.98)			
Bulimia	31.81	29.81	33.86	31.81	31.71	30.63	30.47	31.35	31.11	30.83	32.58	30.65	1.92	.15	.04
	(5.55)	(5.50)	(1.76)	(4.15)	(5.28)	(5.84)	(4.35)	(3.89)	(3.85)	(5.36)	(3.46)	(5.45)			
Control oral	33.33	33.00	35.95	35.50	36.90	33.69	31.95	28.87	30.05	30.57	35.11	29.00	1.64	.20	.04
	(5.91)	(4.70)	(5.05)	(4.45)	(5.41)	(5.42)	(6.48)	(8.82)	(8.28)	(9.99)	(6.16)	(9.75)			
Total EAT	129.43	120.81	136.19	131.06	134.57	125.69	124.95	120.81	121.32	119.30	131.47	114.87	1.58	.21	.04
	(19.10)	(20.08)	(14.62)	(14.81)	(17.13)	(19.02)	(16.76)	(20.80)	(20.73)	(28.25)	(18.62)	(27.63)			

Ho= Hombres. Mu=Mujeres.

En la tabla 3 no se encontraron cambios estadísticamente significativos para el EAT con relación al sexo.

Tabla 4. Medidas y desviaciones estándar para la autoestima, en la prueba, posprueba y seguimiento del grupo control y con intervención para el inventario de autoestima con relación al sexo.

Variable	Grupo												F	P	d
	Control (n = 37)						Intervención (n = 42)								
	Pre Ho	Pre Mu	Pos Ho	Pos Mu	Seg Ho	Seg Mu	Pre Ho	Pre Mu	Pos Ho	Pos Mu	Seg Ho	Seg Mu			
	n = 21	n = 16	n = 21	n = 16	n = 21	n = 16	n = 19	n = 23	n = 19	n = 23	n = 19	n = 23			
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M			
	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)			
P1	3.57	3.19	3.57	3.13	4.52	3.75	3.32	3.17	3.16	3.17	3.89	3.04	0.18	.83	.00
	(0.74)	(0.75)	(0.50)	(1.02)	(1.72)	(1.88)	(0.82)	(0.71)	(1.11)	(0.98)	(1.82)	(2.01)			
P2	3.52	3.13	3.62	3.19	3.52	3.44	3.16	3.39	3.05	3.22	3.42	3.26	2.19	.11	.05
	(0.51)	(0.71)	(0.59)	(1.10)	(0.60)	(0.51)	(0.83)	(0.65)	(0.97)	(0.90)	(0.76)	(0.86)			
P3	3.76	3.56	3.57	3.25	3.57	3.63	3.00	3.00	3.26	3.39	3.21	3.39	0.38	.68	.01
	(0.43)	(0.51)	(0.59)	(1.23)	(0.67)	(0.50)	(0.81)	(1.16)	(0.93)	(0.89)	(0.78)	(0.83)			
P4	3.62	3.38	3.52	3.13	3.62	3.13	3.11	2.87	2.95	3.22	3.21	3.22	1.42	.24	.03
	(0.59)	(0.61)	(0.87)	(1.08)	(0.74)	(0.80)	(0.87)	(0.96)	(1.17)	(0.85)	(0.78)	(0.99)			
P5	3.52	3.25	3.29	3.31	3.57	3.00	3.37	3.26	2.68	2.96	2.95	3.39	1.71	.18	.04
	(0.51)	(0.93)	(1.00)	(0.94)	(0.87)	(0.96)	(0.59)	(1.05)	(1.33)	(0.92)	(1.02)	(0.83)			
P6	2.67	2.81	3.00	2.63	2.76	3.25	3.05	2.57	2.58	2.52	2.89	3.09	1.39	.25	.03
	(1.06)	(0.98)	(1.04)	(1.20)	(1.09)	(0.93)	(0.84)	(0.89)	(1.21)	(1.08)	(0.87)	(1.08)			

P7	3.43 (0.67)	3.56 (0.72)	3.33 (0.91)	3.63 (0.50)	3.62 (0.80)	3.38 (1.20)	3.37 (0.95)	3.22 (0.99)	2.79 (1.13)	3.17 (1.02)	3.26 (0.87)	3.17 (1.02)	0.67	.51	.01
P8	2.14 (1.19)	2.56 (0.96)	2.86 (1.06)	2.94 (1.18)	2.71 (1.27)	2.63 (1.25)	2.47 (1.02)	2.30 (1.10)	2.68 (1.10)	2.43 (1.12)	2.63 (1.11)	2.65 (1.19)	0.76	.46	.02
P9	3.43 (0.81)	3.06 (1.06)	3.38 (0.92)	3.63 (0.61)	3.38 (1.20)	3.00 (1.15)	2.84 (1.06)	3.17 (1.07)	2.63 (1.11)	2.87 (1.21)	2.89 (1.15)	3.00 (1.12)	1.10	.33	.02
P10	2.76 (1.13)	2.88 (0.80)	2.86 (1.10)	3.38 (0.88)	3.14 (1.15)	3.13 (1.08)	2.53 (1.17)	2.87 (1.14)	3.00 (0.94)	2.70 (1.32)	2.58 (0.96)	2.83 (1.19)	2.67	.07	.06
Total	32.43 (3.24)	31.38 (4.27)	33.00 (5.23)	32.19 (5.87)	33.29 (5.47)	32.06 (6.07)	30.21 (5.29)	29.83 (5.72)	28.79 (7.70)	29.65 (6.05)	30.42 (6.07)	31.17 (7.26)	0.17	.83	.00

P1=Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. P2=Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. P3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. P4=Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. P5=En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. P6=Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. P7=En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. P8=Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. P9=Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. P10=A veces creo que no soy buena persona.

Ho=Hombres. Mu=Mujeres.

En la Tabla 4 no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la escala de la autoestima en relación al sexo.



## Capítulo V. Análisis y discusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar el impacto de un programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios en adolescentes. Si bien, existen programas que ayudan a reducir los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, éste estudio también sumó la educación nutricional como parte fundamental para la prevención de conductas de riesgo que se asocian a los trastornos alimentarios lo que hace que se cumpla con el objetivo de diseñar un programa de prevención en trastornos alimentarios con el cual se encontró que el programa ayudó a reducir las conductas de riesgo, así como también mejoró la autoestima de los participantes. Mediante los cuestionarios se evaluó la actitud alimentaria y también la autoestima lo que cumplió con el objetivo de evaluar mediante instrumentos de medición las conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (EAT-26) y la autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg). Se encontró relación entre los TCA y la autoestima, a menor autoestima mayor riesgo de padecer TCA. Se contrastaron los resultados entre grupo control y grupo intervención y reveló que los participantes del grupo con intervención tuvieron cambios positivos y esos cambios se mantuvieron constantes en comparación con el grupo control en el cual no se presentaron cambios positivos.

De acuerdo con los resultados los participantes del grupo con intervención redujeron la conducta hacia las dietas restrictivas en comparación con el grupo control, nuestros hallazgos coinciden con otros estudios realizados como el de Loria et al. (2009); El cual indicó que la implementación de programas de prevención donde se incluye la alimentación sana existen cambios favorables en la dieta, así como también disminuye la preocupación por engordar, aunque en este estudio no se evaluó el IMC (Índice de Masa corporal) el cual tuvo una relación importante con la imagen corporal y la insatisfacción corporal.

Durante el desarrollo de las sesiones los participantes realizaron actividades dinámicas que los orillaban a reflexionar sobre su consumo de alimentos y la

relación con los sentimientos y la manipulación que hacen los medios de comunicación sobre en resaltar cualidades nutricias con el objetivo de crear una necesidad, lo que puede explicar los resultados obtenidos.

Cuando se hizo la evaluación de la autoestima, en el grupo con intervención se observaron cambios favorables, los participantes se sienten más capaces de hacer bien las cosas en comparación con el grupo control el cual mostró un aumento de forma negativa, Mcvey et al. (2003) realizó una réplica de un programa de prevención en TCA ya antes aplicado en el cual no encontró ningún cambio estadísticamente significativo para la autoestima. Contrario de lo que se encontró en este estudio, porque sí se encontraron cambios estadísticamente significativos, los participantes se sienten más capaces de hacer mejor las cosas tan bien como la mayoría de la gente, este cambio se pudo deber a las sesiones donde se hacía hincapié en la importancia del aprecio hacia sí mismos, los participantes se sometieron a actividades para la reflexionar sobre el talento que a cada uno los caracterizaba así como también apreciar el talento de los demás y aprender a aceptar las diferencias, derribar la idea del súper hombre y la súper mujer. De igual manera que Escoto et al., (2010) los cambios positivos esperados se observaron en el grupo con intervención a diferencia del grupo control. Durante las sesiones se trabajó con la influencia de los modelos estéticos, la autoestima y formas del cuerpo con temas que coinciden con este estudio, la diferencia en aquel estudio fueron las estrategias didácticas en los dos grupos con los que trabajaron, ya que en este estudio solo se utilizó la didáctica.

Los programas de prevención señalan que permiten a los participantes reflexionar y discriminar la información a la que están expuestos cotidianamente, impuesta por los medios de comunicación y que influyen en las conductas de los participantes sobre los estereotipos para cada género. La inclusión nutricional y las entrevistas sobre hábitos alimentarios que los participantes contestaron en pares, ayudaron a evidenciar los hábitos y hacer una introspección sobre sus propios hábitos alimentarios.

Aunque los resultados en este programa fueron alentadores es importante mencionar que sería bueno realizar intervenciones que lleven a cabo un seguimiento a largo plazo porque debido a cuestiones de tiempo este estudio no pudo ser evaluado a futuro, así como también aumentar el tiempo en cada sesión y la frecuencia al menos a dos intervenciones por semana.

Según los resultados obtenidos donde la implementación de programas de prevención disminuyen la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria aceptamos la Ha la cual dice que la implementación de un programa preventivo disminuirá la presencia de trastornos alimentarios. También se contrastaron los resultados sobre si existen diferencias en la restricción alimentaria entre mujeres y hombres, en los resultados no se encontraron diferencias por lo tanto se acepta la Ho la cual menciona que las mujeres no presentan más restricciones en su conducta alimentaria en comparación con los hombres estos resultados obtenidos pueden deberse a que en la actualidad los medios de comunicación llegan a los hogares mostrando en la publicidad cuerpos masculinos más cuidados y abordando términos como la metrosexualidad ha dado paso a hombres que se preocupan y ocupan de su imagen corporal hasta, en ocasiones, la obsesión por un cuerpo marcado resultado del ejercicio diario, siendo la masculinidad cada vez más mercantil.

En caso de que se decida retomar este programa (anexo 3) es recomendable realizar sesiones con un mínimo de tiempo de 70 minutos debido a que entre una actividad y otra los participantes tienen que organizarse y les lleva tiempo hacerlo.

## Capítulo VI. Conclusión

Los trastornos de la conducta alimentaria no son enfermedades nuevas, se sabe de su existencia desde hace mucho tiempo, pero fue hasta apenas unas décadas que los profesionales de la salud comenzaron a tomar mayor importancia sobre el tema y observaron que algunas personas tenían conductas hacia la comida de una manera muy particular, induciendo vómitos o restringiendo la cantidad de alimentos que consumían. La estética de la belleza para mujeres y para hombres ha estado cambiando a través de los años. Las mujeres han sido convencidas para que utilicen productos o hagan supuestas dietas para llegar a los estándares esqueléticos que la sociedad y medios de comunicación principalmente imponen, la restricción y satanización de los alimentos va por debajo de las necesidades calóricas, así como también no cumplen los parámetros de micronutrientes y macronutrientes necesarios que marca una dieta equilibrada. Para los hombres el camino hacia lo ideal es un poco invertido ya que a ellos se les exigen cuerpos delgados pero musculosos o corpulentos, obligándolos a consumir cualquier sustancia para aumentar la masa muscular o la quema de grasa corporal con productos milagro, restringiendo muchos alimentos y algunos otros comiéndolos en grandes cantidades que de igual manera se sale de los estándares que marca una dieta equilibrada

Hoy en día, los adolescentes están más preocupados que nunca por estar delgados, por parecerse a los artistas de moda, por ser él o la más popular y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa con tal de conseguirlo, aunque esto signifique poner en riesgo su salud y hasta su vida con tal de conseguirlo y ser aceptados o demostrar que pueden tener medidas corporales socialmente aceptadas.

La búsqueda de la delgadez y los cuerpo perfectos súper hombre y súper mujer se han convertido en metáfora del éxito, aun cuando estas características físicas sean imposibles de alcanzar para el común de los adolescentes, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario no especificado, se han

convertido para muchos adolescentes en el método más fácil para alcanzar sus objetivos y encontrar en estas conductas un falso consuelo.

La adolescencia es una etapa muy vulnerable para poder desarrollar un TCA tal vez debido a los cambios físicos y psicológicos que son característicos de esta etapa de la vida. Por su parte los medios de comunicación masiva buscan estrategias para impactar en este mercado aprovechando la vulnerabilidad de esta etapa, crean la necesidad de una apariencia física ideal que en su mayoría de las veces son inhumanas e imposibles de poder alcanzar. Por este motivo en el programa de intervención se incluyeron sesiones para que los participantes discernieran la información sobre los modelos estéticos de género y como estos son utilizados para lograr objetivos claros de mercadotecnia que generan una necesidad.

El otro lado de la moneda viene cuando hablamos de sobrepeso y la obesidad que son un tema preocupante de salud que afecta a un gran número de personas en nuestro país, los medios de comunicación han vendido este estado físico como símbolo de fracaso, vergüenza, sin embargo los productos de alimentos que anuncian no concuerdan con las características físicas de los modelos delgados que presentan los productos, ya que los productos de comida que van dirigidos para adolescentes por lo general son con un alto contenido energético, bajo valor nutritivo, y rápida preparación y que si se consumen en exceso podrían llegar a causar sobrepeso u obesidad. De esta manera los medios de comunicación manipulan la información para satisfacer sus intereses y generan en los adolescentes una serie de sentimientos de rechazo hacia la imagen corporal que repercuten la salud. Es por tal motivo vigilar a niños y jóvenes sobre la publicidad a la que están expuestos día con día en la televisión, la radio e internet que hoy en día este último ha tomado mucha importancia en temas de comunicación.

En este sentido la autoestima juega un papel muy importante en la determinación de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que la insatisfacción de la imagen corporal se incrementa cuando una persona presenta baja autoestima, ya que se

tiene la falsa creencia de que las personas tenemos un valor determinado dependiendo de nuestra apariencia física, esta característica de sobrevalorar la apariencia física es muy característica de la sociedad actual. En el programa de intervención se hicieron muchas actividades para el mejoramiento de la autoestima mediante la aceptación de la imagen corporal, y resaltando las cualidades personales y la práctica de valores sobre todo del respeto así los demás.

Otro punto importante que se tocó en las sesiones fue la educación de género que otorgan las familias, ya que desde niños se determina en automático las características físicas que cada género debe de tener, tomando como base el sexo del individuo, sin embargo cada cultura moldea esta determinación física obligando a mujeres y hombres a seguir los parámetros, estrictamente marcados por la cultura y que las familias siguen ciegamente sin cuestionar.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por la creciente incidencia, y porque se presentan a edades cada vez más tempranas en la literatura están registrados casos de TCA en niños pequeños, por este motivo es importante trabajar con programas de prevención que reduzcan el impacto de los factores de riesgo y también las conductas de riesgo que se asocian a estas enfermedades, en todos los niveles educativos así como elevar los factores de protección que ayuden a mejorar las relaciones entre padres e hijos, ya que la comunicación entre familia es fundamental para prevenir estos trastornos debido a que son el primer contacto que tiene el individuo. En este sentido consideramos de suma importancia incluir a los padres o tutores en los programas de prevención en TCA, porque pueden ayudar a la detección temprana de estas enfermedades.

Los programas de educación pueden generar un mayor impacto si se implementan en tiempos prolongados y con profesionales especialistas en temas de educación para la salud como lo fue el caso de este programa, ya que se cuenta con las herramientas, técnicas, estrategias idóneas que van encaminadas hacia el cambio positivo de conductas y el mejoramiento de estilos de vida.

La Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa, la desencadenan factores como la insatisfacción corporal, el sentimiento de inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre su propia vida, así como el perfeccionismo y pensar que sus resultados personales deberían ser mejores, podrían en muchos casos disminuir su impacto, si en los centros educativos desarrollaran una serie de actividades, talleres, conferencias o cursos, para fortalecer la personalidad de los alumnos, mostrándoles el camino a seguir en momentos de duda e informándoles de dónde acudir. Esta ayuda a su formación o fortalecimiento de su personalidad tendría repercusiones positivas a nivel académico, obteniendo la educación y la orientación psicológica como ayuda para los alumnos.

Los resultados de este estudio nos hacen reflexionar sobre la construcción de los estereotipos de género marcado por la cultura, medios de comunicación, sociedad y familia principalmente, podríamos pensar que afecta más a las mujeres que a los hombres, los resultados apuntaron que no hay diferencia entre ambos sexos, por lo tanto mujeres y hombres adolescentes están en riesgo en la misma medida para poder desarrollar un TCA situación que es preocupante.

Es importante mencionar que el mayor problema en los TCA no se encuentra como tal en la comida, sin embargo es importante la inclusión sobre temas de nutrición porque se rompen mitos ligados a los alimentos y se orienta a los adolescentes sobre la alimentación equilibrada para la prevención de enfermedades asociadas a la dieta.

Finalmente el tema de los trastornos de la alimentación cada vez es más divulgado y también cada vez se sabe más sobre el tema, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa así como también los trastornos alimentarios no especificados toman cada vez más fuerza aun cuando existen programas de prevención en escuelas e instituciones de salud, desafortunadamente estas enfermedades así como la prevención es tarea de padres, familiares, profesores, profesionales de la salud y medios de comunicación, es importante crear ambientes más sanos y

reales, donde no se generalice un modelo estético de belleza, exigir medios masivos de comunicación más humanos, inclusivos y adecuados a las características físicas de los mexicanos.

Algunos inconvenientes que se presentaron durante los dos meses de intervención, fue la agenda de la institución educativa por lo cual, algunas sesiones se tuvieron que interrumpir o posponer, en este sentido también influyó la cantidad de alumnos para el espacio que se tenía disponible para trabajar ya que el espacio era pequeño y no permitía desarrollar de manera adecuada las actividades.



## Referencias

- Asuero, R., Avargues, M., Martín, B. & Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5, 39-45.
- Baile, J. B. & González, M. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18, 19-26.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: el paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48, 319-334.
- Behar, R., Alviña, M., Medinelli, A. & Tapia, P. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista Chilena de Nutrición*, 34, 1-22.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. & Casanova, D. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio de prevalencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46, 25-34.
- Besser, M. & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psykhé*, 22, 69-82.
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18, 129-138.
- Campo, A. & Villamil, M. (2012). Riesgo de trastorno del comportamiento (TCA) en estudiantes de medicina en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 328-339.

- Casado, M. I. & Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19, 5-26.
- Chávez, A., Macías, L., Gutiérrez, R. & Martínez, C. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses. *Universidad de Guanajuato*, 14, 17-24.
- Cruz, M., Pascual, A., Etxebarria, I. & Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29, 724-733.
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5, 67-80.
- Escoto, M. C., Camacho, E. J., Rodríguez G., Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 112-118.
- Escoto, M. C., Mancilla, J. M. & Camacho, E. J. (2008). A Pilot study of clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and weight disorders*, 13, 111-118.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Aleman, A. & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país Vasco: un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12, 217-235.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 532-538.

- Gayou, U. & Ribeiro, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastorno Alimentarios*, 5, 115-123.
- Gempeler, J., Rodríguez, M., Muñoz, F. & Pérez V. (2008). Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 355-364.
- Genis, A., Tovilla, C. & Nicolini, H. (2013). Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42, 350-355.
- Gómez, J. A., Gaite, L., Gómez, E., Carral, L., Herrero, S. & Vázquez, J. L. (2008). Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. *Consejera de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria*.
- Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 265-272.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.
- Jáuregui, I., López, I., Montaña, M. & Morales, M. (2008). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 226-233.
- Loria, V., Gómez, C., Lourenço, T., Pérez, A., Castillo, R., Villarino, M., Bermejo, L. & Zurita, L. (2009). Evaluación de la utilidad de un programa de educación nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 558-567.

- March, J. C., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Pallicer, A., Suess, A. & Cabeza, E. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21, 4-12.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 183-190.
- Mcvey, G., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E. & Tweed, S. (2003). Replication of a peer support program designed to prevent disordered Eating: Is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Brunner Routledge*, 11, 187-195.
- Moreno, M. A. & Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27, 181-189.
- Ojeda, A., Díaz, F., González, L., Pinedo, P. & Hernández, M. E. (2007). Los mapas conceptuales: una poderosa herramienta para el aprendizaje significativo. *ACIMED*, 15, 342-365.
- Palomares, A. & Garrote, D. (2011). La orientación psicopedagógica ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22, 240-254.
- Paniagua, H. & García S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 422.

- Pineda, G. & Gómez, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de psicología, 23*, 87-95.
- Portela, M. L., Da costa, J. H., Mora, G. M. & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria, 27*, 391-401.
- Quiles, Y., Terol, M. C. & Quiles M. J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Española de Psicología Conductual, 3*, 313-333.
- Rodríguez, M. (2005). Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante. *Revista colombiana de Psiquiatría, 34*, 541-555.
- Rodríguez, R. & Gómez, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto. *Psicología y Salud, 17*, 269-276.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, Georgina. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 9*, 447-455.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Armatta, A. M., Leonardelli, E., Diez, M., Arana, F., Scappatura, M. L., Lievendag, L., Miracco, M. & Maglio, A. L. (2010). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2*, 55-68.
- Solano, N. & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema, 24*, 284-389.

- Sepúlveda, A., León, J. & Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15, 55-74.
- Sierra, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas*, 1, 1.
- Silva, C. & Sánchez, J. J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 173-183.
- Silva, C. (2007). *Trastornos alimentarios*. México: Pax México.
- Stice, E., Nathan, M. & Spoor, S. (2008). Dissonance and healthy weight Eating disorder prevention programs: long term effects from a randomized efficacy trial. *Jornual of Consulting and clinical Psychology*, 76, 329-340.
- Toro, J., Nieves, K. & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: los desórdenes alimentarios en hombres. *Sociedad Interamericana de Psicología*, 44, 225-234.
- Toro, J., Urzúa, M. A. & Sánchez, I. (2012). Actualización en trastornos alimentarios. El cuerpo del delito: la imagen corporal e indicadores de trastornos alimentarios en una muestra de hombres gay de diez países latinoamericanos. *Revista argentina de clínica Psicológica*, 2, 101-112.
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A. & Leal, C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38, 128-135.
- Viera, T. (2003). El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Universidades*, 26, 37-43.

## Anexos

### Anexo1. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT 26.

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
Elija una respuesta para cada una de las preguntas:						
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después de haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

## Anexo 2. Test escala de autoestima de Rosenberg.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



### **Anexo 3. Programa de intervención.**

#### **Sesión 1: Imagen corporal según el género.**

##### **Objetivos**

Proporcionar un modelo estético corporal saludable frente al culto a la delgadez.

Aprender a aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal, la figura.

Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad crítica frente a ellos.

##### **Actividades**

Dibujo de figura humana (ideal). (Duración: 20 minutos).

Juego de papeles o roles (el gordito). (Duración: 30 minutos).

##### **Materiales**

Dibujo de figura (anexo 1).

Hoja de papel y lápiz.

Cinco tarjetas con el texto correspondiente.

##### **Dibujo de figura humana ideal.**

**Objetivo:** Diferenciar los tipos de figuras humanas para romper los prejuicios acerca del sobrepeso y obesidad.

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos. Se ingresara al salón, el facilitador tendrá que presentarse y hacer mención a grandes rasgos del programa de intervención, después se repartirá un folio a cada participante para que dibujen la figura ideal para su mismo sexo: chica si es mujer y chico si es varón. Cuando terminen se recogen los dibujos y se vuelven a repartir desordenados, con la intención de que les toque uno distinto al suyo.

Cada uno deberá analizar el dibujo que le ha tocado, diciendo en voz alta su punto de vista. El facilitador deberá intervenir y hacer reflexionar, sobre todo con los dibujos que muestren un modelo tubular (sin diferencia entre hombros, cadera y cintura), o andrógino (mujeres con hombros y caderas de varón). Para ello se lanzarán preguntas: ¿Qué les parece este dibujo?, ¿Los hombros y las caderas tienen que estar a la misma altura?, ¿Sí le tapamos la cabeza se distingue si es chico o chica? Posteriormente se les muestra las imágenes de los modelos corporales correctos (ver anexo 1) y se les indica que los hombres deben tener los hombros más anchos que la cintura y caderas.

Serían como la punta de una lanza, con el tórax triangular. Las mujeres más caderas y los hombros estrechos con formas redondeadas, curvas, no rectas. Recordarían a una vasija o jarrón y se les explica que cada persona tiene su propia figura y debe aceptarla sin angustiarse ni intentar alcanzar un tipo ideal de delgadez tan irreal como poco saludable.

### **Juego de papeles o roles “el gordito”**

**Objetivo:** Resaltar los aspectos positivos de la tolerancia, la aceptación de la diversidad así como lo superficial de los prejuicios por el físico.

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos. Se divide al grupo en 5 subgrupos y se reparte a cada uno de ellos un personaje (tarjeta) para que el portavoz que elijan lo represente después para el grupo. Los componentes de cada subgrupo deberán ayudar al portavoz a prepararlo, dándole ideas para que lo represente y se meta de verdad en su papel.

Los papeles se repartirán en tarjetas a cada subgrupo y son los siguientes:

**Tarjeta 1.** Pepe “el gordito”: le sobran kilos pero es un chico normal, simpático, que no saca malas notas y al que le gusta divertirse como al que más. Le propone a Jorge jugar en su equipo de fútbol pero este le rechaza. Le dice a Juan que si van al cine pero esté no quiere que le vean con un gordo, él piensa puede perder popularidad. Anita, la chica que le gusta, le dice que no cuando le propone quedar

para salir a dar una vuelta porque no es su tipo. Javier su amigo le propone jugar al baloncesto y se van al cine.

**Tarjeta 2.** Javier, su amigo: le propone a Pepe “El gordito” jugar con su equipo de baloncesto para aprovechar su fuerza. Se va al cine con Pepe el día del espectador, aunque Juan no venga, porque se la pasan muy bien juntos. Una vez allí le dice que a Susana le gusta Pepe.

**Tarjeta 3.** Jorge, el “futebolero”: es un fanático del deporte. Demasiado competitivo, no disfruta si no gana. No quiere a Pepe “El gordito” en su equipo de fútbol porque Pepe es lento corriendo y así no se pueden ganar partidos.

**Tarjeta 4.** Juan, “el popular”: no quiere ir con Pepe “El gordito”. No quiere que le vean con un gordo por creer que puede perder popularidad y dejar de ser “el más popular”.

**Tarjeta 5.** Anita: le gusta a Pepe “El gordito” que le pide salir. Ella le dice que no cuando le propone quedar para salir a dar una vuelta, porque no es su tipo. A ella le gusta Francisco.

Después de prepararlo, pasan los cinco portavoces y representan la historia. Se plantea un debate en el grupo analizando los motivos por los que se rechaza al protagonista. Una estrategia interesante es preguntar a los actores ¿cómo se han sentido? Ya que siempre que se involucra uno emocionalmente, se movilizan sentimientos personales, como ocurre en el juego de roles, es conveniente preguntar por sus sentimientos y hacer una labor de comprensión, apoyo y contención.

Una posible dificultad es encontrarnos en el grupo con un adolescente obeso. Sus sentimientos se moverán más y serán más fuertes pues la identificación será mayor con el caso planteado. Es preciso tenerlo en cuenta e insistir en que si alguien se encuentra mal, lo que es posible al emplear técnicas que son

movilizadoras de emociones, lo diga. Dar la posibilidad, si lo prefieren, de hablar en privado, con un facilitador de confianza. Recalcar que lo que importa son otros valores personales más allá de la apariencia. Si se explican las cosas, y se toman estas precauciones, este juego de roles puede resultar muy beneficioso, especialmente a los/as adolescentes obesos.

## **Sesión 2: Crítica del modelo estético.**

### **Objetivos**

Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad y las influencias socioculturales.

Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

Diferenciar la publicidad saludable de la patológica.

### **Actividades**

Imágenes de publicidad con crítica. (Duración: 20 minutos)

Representación de anuncio. (Duración: 30 minutos)

### **Materiales**

Imágenes de publicidad de revistas.

### **Imágenes de publicidad con crítica**

**Objetivo:** Mostrar los modelos de belleza aceptada para hacer una crítica reflexiva sobre ello.

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos. Se ingresara al salón de clases en el horario establecido, se saludara a los alumnos, después se escribirá el objetivo de las actividades. Se mostraran imágenes de revistas sobre adelgazamiento, modelos excesivamente delgados, empleo del cuerpo con fines comerciales con crítica de la cultura del cuerpo que vive nuestra sociedad. Se pueden emplear fotografías de modelos y publicidad que se encuentren en

revistas de actualidad. Esto requerirá un trabajo previo de preparación por parte del facilitador. Un ejemplo a seguir serían los siguientes

1. En nuestra cultura, en la sociedad actual nos imponen mujeres delgadas y hombres musculosos y delgados como modelo de cuerpos atractivos.
2. Los chicos no solo deben de ser fuertes, han de preocuparse por ser atléticos y eficaces.
3. ¿Cuántos tienen un cuerpo como el de este modelo? ¿Sólo los que lo tengan pueden estar a gusto consigo mismos?
4. Las chicas se ven tan delgadas que parecen enfermas o lo están.
5. Piernas de alambre, cuerpos sin formas.
6. Como un tubo con brazos. ¿Cuántos somos así?
7. La publicidad nos impone cuerpos irreales de tan delgados. Sobre todo en el caso de las mujeres.
8. Los/as “top models”, unos pocos con tallas pequeñas, entre millones de personas con tallas normales.
9. ¿Quién de las chicas cabe en un vestido como este?
10. Las dietas sin control no son saludables y la mayoría de la gente no precisa hacerlas, esclavizarse por ellas.
11. Los kilos de más, el sobrepeso, no son un problema de salud sino sólo de belleza, estética, de moda. Otra cuestión es la obesidad.
12. ¿O tenemos estas medidas mágicas o no hay belleza?
14. Cualquier persona puede ser guapa con cualquier figura o tipo.

Es sólo cuestión de modas y de épocas. Se trata de aceptarnos todos como somos. Otra posibilidad es el reparto por subgrupos de las revistas y que ustedes sean los que elijan y analicen primero las fotografías, para que posteriormente lo expongan en el grupo.

### **Dramatización de anuncio**

**Objetivo:** Reconocer la sobrevaloración del físico en la sociedad actual.

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos. En subgrupos preparan la representación de un anuncio de la radio o la televisión, por ejemplo: en los que se

utilice el cuerpo, los desnudos para vendernos algo. Tras unos cinco o diez minutos: Podrán empezar a enseñarnos sus anuncios.

Ejemplo:

Los/as adolescentes representan la venta de un aparato para hacer ejercicio y adelgazar sin esfuerzo con la participación de famosos. Sale una mujer que dice estar a gusto con su cuerpo después de haber sido madre gracias a la cirugía estética practicada en un centro que se anuncia así en televisión. Después de prepararlo lo representan en el grupo realizando posteriormente una puesta en común sobre la manipulación, uso de los cuerpos perfectos irreales. Finalmente se les pregunta a los actores ¿cómo se han sentido?

### **Sesión 3: Alimentación y ejercicio.**

#### **Objetivos**

Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios.

Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio saludables.

Aprender los hábitos alimentarios correctos.

#### **Actividades**

Encuesta dietética en pequeños grupos. (Duración: 20 minutos).

Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable. (Duración: 15 minutos).

Falsos mitos (Duración: 15 minutos).

#### **Materiales**

Una hoja de papel

Plato del bien comer (anexo 2).

Marcadores o gis.

6 hojas con los mitos de la alimentación escritos

#### **Encuesta dietética en pequeños grupos**

**Objetivo:** Conocer los hábitos alimentarios de los alumnos

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos, se ingresara al salón de clases, en el pizarrón se escribirá el objetivo de la actividad. Se divide al grupo en 5 o 6 subgrupos de igual tamaño de modo aleatorio. Es aconsejable evitar la reunión de grupos de amigos para favorecer la interacción e integración entre los chicos y chicas, se utilizara una hoja de papel. ¿Cuántas comidas haces al día? ¿Cuántas veces comes fuera de las comidas?.. Después de un tiempo de trabajo en pequeño grupo se hace una puesta en común escribiendo en la pizarra por orden las contestaciones que ha recogido cada uno de los portavoces.

**¿Cuántas comidas haces al día?**

**¿Cuáles son tus alimentos favoritos?**

**¿Qué alimentos te gustan menos?**

**¿Comes la misma cantidad de comida que las personas adultas?**

**¿Qué bebida tomas habitualmente con las comidas?**

**¿Cuáles son tus golosinas favoritas?**

### **Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable.**

**Objetivo:** Dar a conocer las pautas para seguir una alimentación adecuada, suficiente, completa, inocua.

Esta actividad tiene una duración de 15 minutos. A partir de las respuestas y comentarios surgidos del trabajo grupal anterior, se introduce la teoría y se exponen las nociones correctas para una alimentación saludable de forma breve y clara. Se explica el plato del bien comer (ver anexo 2) y se aclaran las dudas que surjan sobre ¿Qué alimentos hay que comer en mayor cantidad? y ¿Cuáles en menor cantidad? (en la base los alimentos ricos en hidratos de carbono, como el pan y cereales, y en el vértice las grasas, el alcohol, los dulces).

Se recuerda que hay que hacer cinco comidas al día, conviene evitar los picoteos entre horas, las chucherías, las calorías vacías; el desayuno es importante porque aporta calorías cuando más las necesitamos para la actividad diaria (ajustar la ingesta a las necesidades energéticas); el desayuno con el almuerzo es un 25%

del volumen calórico total, la comida el 30%, la merienda el 15-20% y la cena el 25-30%; se explica el concepto de IMC o Quetelet = peso en kg/talla en m<sup>2</sup>(ver anexo 3) y que hay un rango de pesos normales amplio para cada edad, sexo y talla. Se recuerda que comer no es sólo satisfacer las necesidades nutritivas del organismo, es también un placer (ver anexo 4). Se recuerda al alumno/a que una buena alimentación debe ir siempre acompañada de ejercicio moderado.

## **Falsos mitos**

**Objetivo:** Identificar los mitos acerca de la alimentación.

Esta actividad tiene una duración de 15 minutos. Se vuelve a dividir al grupo y se reparte a cada subgrupo una hoja en donde estarán los 6 mitos siguientes:

1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.
2. Lo que más hay que comer son las proteínas.
3. El pan engorda.
4. Hay alimentos que engordan o adelgazan.
5. El agua en las comidas engorda.
6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

Los participantes deben escribir las razones a favor o en contra de los mismos. El portavoz de cada grupo explicará posteriormente las reflexiones surgidas de este debate. Durante esta puesta en común se aclararán los conceptos y se argumentará acerca de la verdad o falsedad de cada mito.

### **1. Lo que más hay que comer son las vitaminas.**

Las vitaminas, como los minerales, son sustancias nutrientes reguladoras. Hay que tomarlas de forma natural con los alimentos (hortalizas, verduras, frutas, frutos secos, cereales no refinados, huevo, lácteos no descremados, hígado, carnes) o en suplemento farmacológico. Se requiere poca cantidad de las mismas. Sus carencias pueden causar enfermedades pero su exceso también puede ser perjudicial.

### **2. Lo que más hay que comer son las proteínas**

Las proteínas deben aportar sólo el 10-15% del volumen calórico total.



Son los principios inmediatos que menos hay que comer. Los lípidos o grasas deberían aportar un 30-35% y los hidratos de carbono son los mayor proporción de aporte calórico deben suponer un 50-55%.

### **3. ¿El pan engorda?**

El contenido calórico de 100 gramos de pan blanco (el que se consume habitualmente en España) es de unas 250 Kilocalorías. El pan lleva en su composición un 33% de agua lo que le hace ser un alimento moderadamente calórico. Es un alimento del grupo de los cereales que constituyen una importante fuente de hidratos de carbono que son los principios inmediatos que más hay que comer (el 50-55% del volumen calórico total). Existe la creencia errónea que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 kilocalorías por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías.

### **4. Hay alimentos que engordan o adelgazan**

Todos los alimentos excepto el agua aportan calorías. En una dieta equilibrada hay que comer de todo en las proporciones adecuadas. “Debemos comer de mucho, poco”.

### **5. El agua en las comidas engorda**

Es sólo una de las ideas erróneas que acerca de las dietas de adelgazamiento circulan en la actualidad. El agua no tiene calorías y por tanto no engorda. Debe tomarse en cantidad abundante antes, durante y después de las comidas. Restringir el agua de bebida es algo censurable y peligroso. Otras bebidas como los refrescos (que tanto gustan a los/as niños/as y adolescentes) sí tienen calorías. Un vaso de refresco es como tomarse cuatro terrones de azúcar. Las bebidas alcohólicas también contribuyen al suministro de energía (así un botellín de tercio de cerveza proporciona unas 130 kilocalorías). El alcohol junto con los aceites, grasas, sal y dulces está en la punta de la pirámide alimentaria (lo que menos hay que comer).

## **6. Las dietas para adelgazar no son peligrosas**

El hacer dieta es el comportamiento que más se relaciona con la aparición de trastornos alimentarios. Las dietas muy estrictas causan problemas de salud. Circulan muchas dietas absurdas, incompletas y desequilibradas que son un serio riesgo para la salud. Ponerse a régimen debe ser recomendado y controlado por un médico. Se aprovechará esta sesión para responder a las preguntas o comentarios de los participantes sobre aspectos relacionados con la alimentación y nutrición.

### **Sesión 4: Autoestima concepto de sí mismo.**

#### **Objetivos**

Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los alumnos.

Reconocer las cualidades propias así como las de los demás a través de la reflexión y los mensajes de los demás.

#### **Actividades**

Árbol de mi autoestima. (Duración: 30 minutos).

Dibujo de las tortugas. (Duración: 20 minutos).

#### **Materiales**

Hoja blanca

Dibujo de las tortugas (anexo 6).

#### **Árbol de mi autoestima**

**Objetivo:** Elaborar un árbol de mi autoestima con mis éxitos y logros a futuro.

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos, se ingresará al salón de clases, se saludará, en el pizarrón se escribirá el objetivo de cada actividad. Se divide al grupo en grupos reducidos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se

les indica que la dividan en dos columnas verticales de igual tamaño. En una columna deben colocar los logros o éxitos, metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos... En la otra sus cualidades físicas o corporales, espirituales o mentales. No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a. Cuando hayan terminado, el facilitador les indica que dibujen un árbol similar al del (anexo 6) para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros futuros en las hojas del árbol y las cualidades en las raíces. Es importante que después contemplen al Árbol de mi autoestima durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite. Se les invita a que escriban un mensaje debajo del árbol de su autoestima.

### **Dibujo de las tortugas**

**Objetivo:** Explicar la autoestima por medio de la imagen de las tortugas.

El facilitador explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas ampliado que se muestra (ver anexo 6). Se empieza preguntando a los participantes su punto de vista, ¿qué les parece?, ¿qué representa?... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima. La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas. Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo. Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES.

$$\text{William JAMES} \quad \text{Autoestima} = \frac{\text{Éxito (lo que uno consigue)}}{\text{Expectativas (lo que uno espera)}}$$

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma. También se ve una tortuga mucho más grande con cara tristonca. Es una gran tortuga pero sueña con algo

inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.

## **Sesión 5: Autoestima y concepto de los demás.**

### **Objetivos**

Concientizar sobre las cualidades y logros de los cuales sentirse orgulloso.

Compartir sus sentimientos con lo demás

### **Actividades**

Espejo mágico: (Duración: 30 minutos).

Caricias interpersonales. (Duración: 20 minutos).

### **Espejo mágico**

**Objetivo:** Reconocer lo que más le gusta a cada alumno de sí mismo.

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos, se ingresara al salón de clases, se pedirá a los alumnos que acomoden las butacas en círculo, el grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blanca nieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí? Según nuestra experiencia al hacerlo con un espejo real, en que se ve reflejado el rostro es más fácil bloquearse. El adolescente se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: Lo que más me gusta de ti es... y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan... Es un espejo mágico y siempre responde. Después hacer comentarios de cómo se sintieron los alumnos.

## **Caricias interpersonales**

**Objetivo:** Mencionar alguna cualidad de los demás compañeros.

Se dividen en subgrupos y dicen una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (por ejemplo, me gustan sus ojos) y una psíquica o espiritual del de la derecha (por ejemplo, es simpático). Se les explica que conviene acostumbrarnos a decir a los demás lo que nos gusta de ellos, qué cosas buenas tienen, ya que todos tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando. Después hacer puesta en común de cómo se sintieron con la actividad.

## **Sesión 6: Los medios de comunicación como factor de riesgo.**

### **Objetivos**

Conocer los medios de comunicación y el impacto que tienen en la sociedad.

Reconocer los estereotipos impuestos por los medios de comunicación.

Construir un anuncio de sí mismo.

### **Actividades**

Anuncio publicitario. (Duración: 30 minutos).

Imágenes publicitarias. (Duración 20 minutos).

### **Materiales**

Imágenes de publicidad (Anexo 7).

### **Anuncio publicitario**

**Objetivo:** Resaltar las cualidades de cada alumno para que los demás conozcan lo que para ellos es importante de sí mismos.

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos, al entrar al salón se saludará y se pedirá a los alumnos que formen subgrupos y se les da cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para

compartir en pequeño grupo. Deberán elegir uno de los que hayan surgido para representar o exponer delante de toda la clase. Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, un anuncio radiofónico o una representación. Tienen que ser directos y entusiastas.

Ejemplos:

“La modestia es la única virtud que no poseo”.

“Si no te detienes a conocerme te perderás al mejor amigo que puedas tener”.

“Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres personas excelentes” (imitando un conocido y ya clásico anuncio de detergentes).

“Sinceridad es mi lema, te lo digo de verdad”.

Después de representarlo hacer una puesta en común de cómo se han sentido.

### **Imágenes publicitarias**

**Objetivo:** Reflexionar sobre las imágenes publicitarias

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos, se dividirá al grupo en 4 subgrupos, los grupos deben ser preferentemente mixtos, una vez formados el facilitador tendrá que repartir las cuatro imágenes (ver anexo 7), una a cada grupo, los alumnos tendrán que analizar la imagen y hacer una reflexión sobre ella, después frente al grupo tendrán que explicar lo que ellos lograron captar de esa publicidad.

### **Sesión 7: Los trastornos alimentarios y la figura estética actual.**

#### **Objetivos**

Diferenciar los tipos de trastornos relacionados con la alimentación.

Ser crítico frente a los TCA.

Reflexionar sobre a los cultos de la belleza masculina y femenina.

#### **Actividades**

Exposición sobre los trastornos alimentarios (20 minutos).

Debate en el salón de clases (30 minutos).

## **Materiales**

Información sobre los TCA

## **Exposición sobre los trastornos alimentarios**

**Objetivo:** Conocer las consecuencias de los TCA

Esta actividad tiene una duración de 20 minutos. El facilitador comenzara por exponer por medio de material didáctico como imágenes, plumones, gises u otro recurso el tema de la bulimia, anorexia y el trastorno no especificado.

Algunos estudiosos del tema creen que fue hasta finales de 1800 que se describió por primera vez un caso de anorexia, pero no fue hasta los años sesenta del siglo XX que la medicina, empezó a tomar especial importancia, especialmente la psicología, sobre el tema de los trastornos alimentarios, debido a que en Estados Unidos se presentaron varios casos. La bulimia también apareció recientemente, probablemente en la década de los setentas y se agregó a los manuales diagnósticos como una enfermedad de la conducta alimentaria debido a que afecta la forma en como una persona se alimenta y por consiguiente su estado físico. Otro trastorno es el comer compulsivo, anteriormente tampoco estaba considerado como un trastorno alimentario, pero fue hace unos 50 años que se empezó a estudiar más, ya que solo se pensaba que era comer de más, y fue tal vez debido a la propagación de la obesidad ya que se observó que esta enfermedad afectaba seriamente la salud.

## **Consecuencia de los TCA**

Anorexia

1. La disminución del gasto energético y de la temperatura del cuerpo que produce sensación de frío.

2. Disminución de las pulsaciones cardíacas (bradicardia), la bajada de la presión arterial y arritmias que pueden provocar un paro cardíaco y causar la muerte.
3. Piel seca, áspera, quebradiza y fría especialmente en las manos y pies.
4. Puede aparecer un vello fino y largo, tipo pelusa, llamado lanugo en las zonas que normalmente no tienen vello como la espalda, los brazos y las mejillas.
5. Retardo en la evacuación gástrica lo que genera una sensación de saciedad precoz.
6. Estreñimiento que puede llegar a requerir la utilización de enemas.
7. Ausencia de menstruación o amenorrea por un período de tres meses o más.
8. Osteoporosis que implica la posibilidad de fracturas espontáneas, a causa de la disminución de calcio.

#### Bulimia

1. Una pérdida irreversible del esmalte en los dientes.
2. Daños en las encías, el paladar y la garganta.
3. El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales.
4. Aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución de sodio.
5. El cuerpo se deshidrata.
6. En el aparato digestivo esófago, estómago e intestino. Hay también daños como gastritis, reflujo gastroesofágico por el cual el cuerpo se acostumbra a vomitar espontáneamente, sin tener que hacer ningún esfuerzo; diarreas y dolores abdominales.
7. En el aparato cardiovascular se da una disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, aparición de arritmias cardíacas, que si son graves, pueden ocasionar paro cardíaco y la muerte (que también puede darse debido a la pérdida de potasio en sangre).



8. Si se abusa de diuréticos por mucho tiempo se puede llegar a sufrir daños en el aparato urinario.
9. Irregularidades menstruales o ausencia de la menstruación.
10. Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes cuando se utilizan para provocar el vómito.

### **Debate en el salón de clases**

**Objetivo:** Construir un criterio propio sobre los TCA

Esta actividad tiene una duración de 30 minutos. Se les pedirá a los jóvenes que formen un círculo en todo el salón de clases, el facilitador nombrará a una persona para que sea el mediador e iniciara el debate, después se lanzarán preguntas al azar sobre cuál es la opinión de los alumnos, si están de acuerdo con su compañero, si creen que el hecho de verse bien necesariamente te da la felicidad... al finalizar el debate el facilitador dará la conclusión.

### **Sesión 8: La adolescencia y la conducta alimentaria.**

#### **Objetivos**

Conocer qué es la adolescencia

Crear un concepto de adolescencia

Saber la importancia de la conducta alimentaria en la adolescencia

#### **Actividades**

Exposición sobre la adolescencia y la conducta alimentaria (20 minutos).

Dibujo sobre el concepto de adolescencia y la conducta alimentaria para cada alumno (20 minutos).

Comentarios finales acerca del programa (10 minutos).

#### **Materiales**

Imágenes, plumones o gis

Hoja blanca carta

## **Exposición sobre la adolescencia y la conducta alimentaria**

**Objetivo:** Aprender la relación entre adolescencia y conducta alimentaria.

Esta actividad tiene una duración de 20 min El facilitador deberá exponer el tema de la adolescencia con la ayuda de imágenes, plumones, gises, según sean las necesidades.

La adolescencia es la etapa del desarrollo en la que se es más vulnerable a desarrollar patologías alimentarias, así como muchos otros trastornos; es una etapa difícil para los jóvenes como para los padres. Durante este periodo es común que los chicos sufran cambios repentinos en su estado de ánimo y respondan de manera extraña ante situaciones cotidianas. Se alteran con facilidad y con frecuencia se les observa callados, tristes o enojados todo esto produce también reacciones emocionales por parte de los padres, quienes tienden a angustiarse y sentirse profundamente preocupados, sobre todo cuando se sienten incapaces de actuar de manera eficaz frente a sus hijos.

Hoy día los jóvenes están más preocupados por estar delgados, por parecerse a sus artistas favoritos, por ser el más popular, el más guapo... y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa para conseguirlo. Cada vez nos enteramos de más personas que hacen dietas y en el mercado hay más y más alimentos light, reducidos en grasa, bajos en calorías. Hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse sanamente está de moda; y nadie quiere estar pasado de peso.

Es importante empezar por comprender que la adolescencia constituye un periodo en el cual se producen un gran número de cambios. Desde el punto de vista físico, se observa una pronunciada aceleración del crecimiento y la maduración, lo cual modifica la forma del cuerpo. El pensamiento se desarrolla y se alcanzan habilidades intelectuales más complejas, lo que permite abordar los problemas y entender la realidad y la vida de una manera diferente. Desde el punto de vista social, cambia la forma de relacionarse con el grupo de coetáneos y con los adultos, además de que se inicia la búsqueda de un lugar propio en la sociedad.

Todos estos cambios (físicos, psicológicos y sociales) producen en los jóvenes una intensa sensación de descontrol y de extrañeza; se sienten raros, diferentes y muchas veces tampoco entienden lo que les sucede ni son capaces de controlarse, lo cual produce angustia y miedo ante lo desconocido.

### **Dibujo sobre el concepto de adolescencia y la conducta alimentaria para cada alumno**

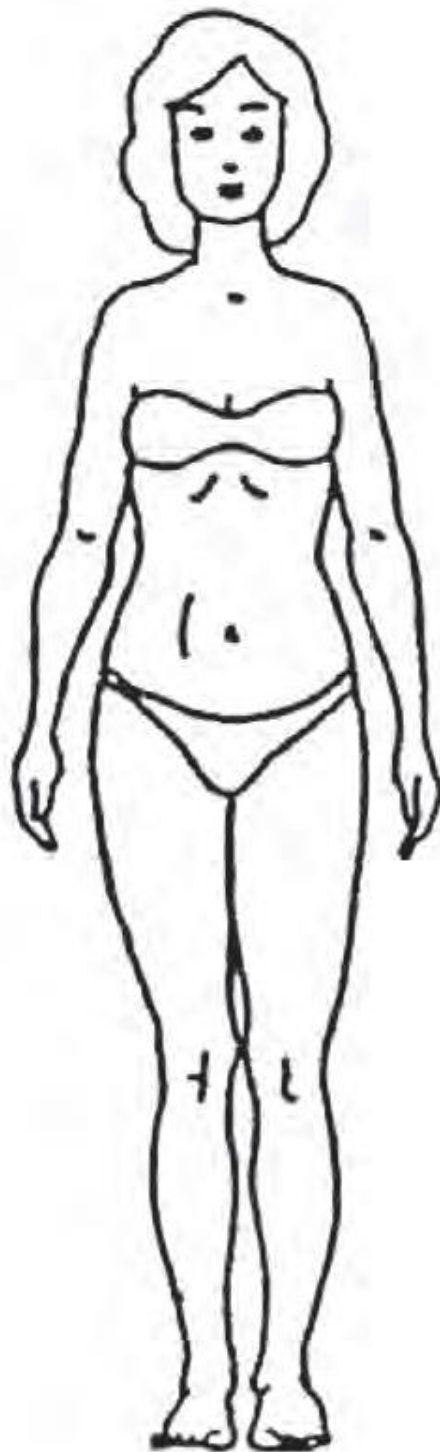
**Objetivo:** Expresar el concepto de adolescencia con forme al sentir del alumno

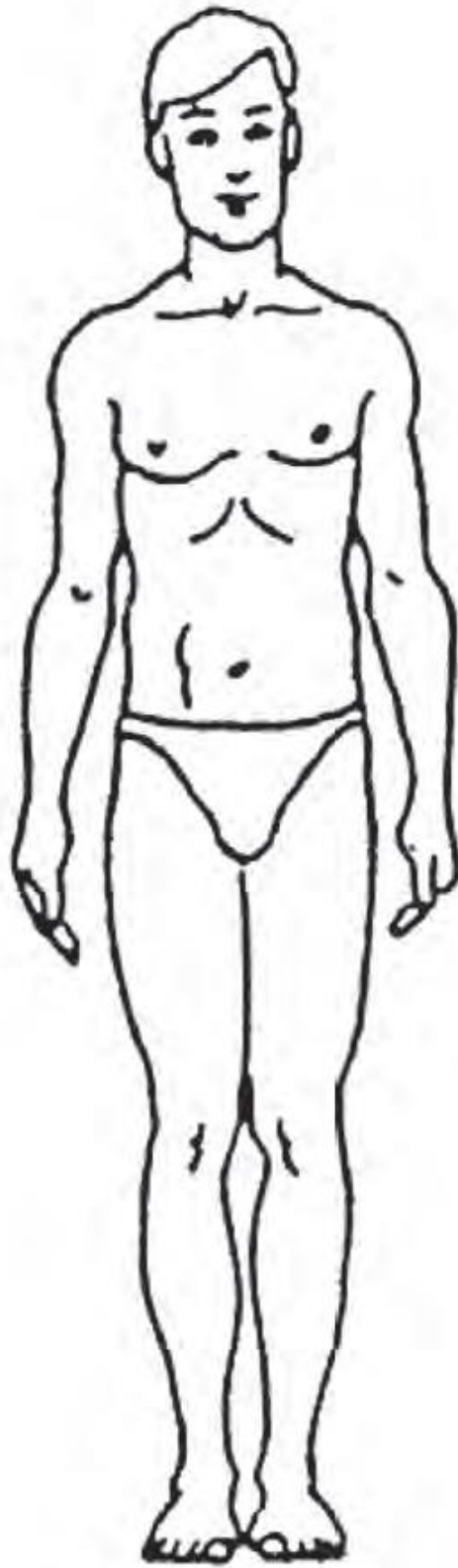
Esta actividad tiene una duración de 20 minutos. Los alumnos tendrán que hacer un dibujo en su libreta sobre cómo ellos perciben la adolescencia y según la exposición dada por el facilitador qué relación tiene con la conducta alimentaria.

### **Comentarios finales acerca del programa**

Finalmente los alumnos harán comentarios sobre que les parecieron las sesiones el programa, si les gustaron, no les gustaron, qué mejorarían de ello.

Anexos del programa  
Anexo 1. Imágenes.





## Anexo 2. Plato del bien comer.



## Anexo 3. Índice de masa corporal.

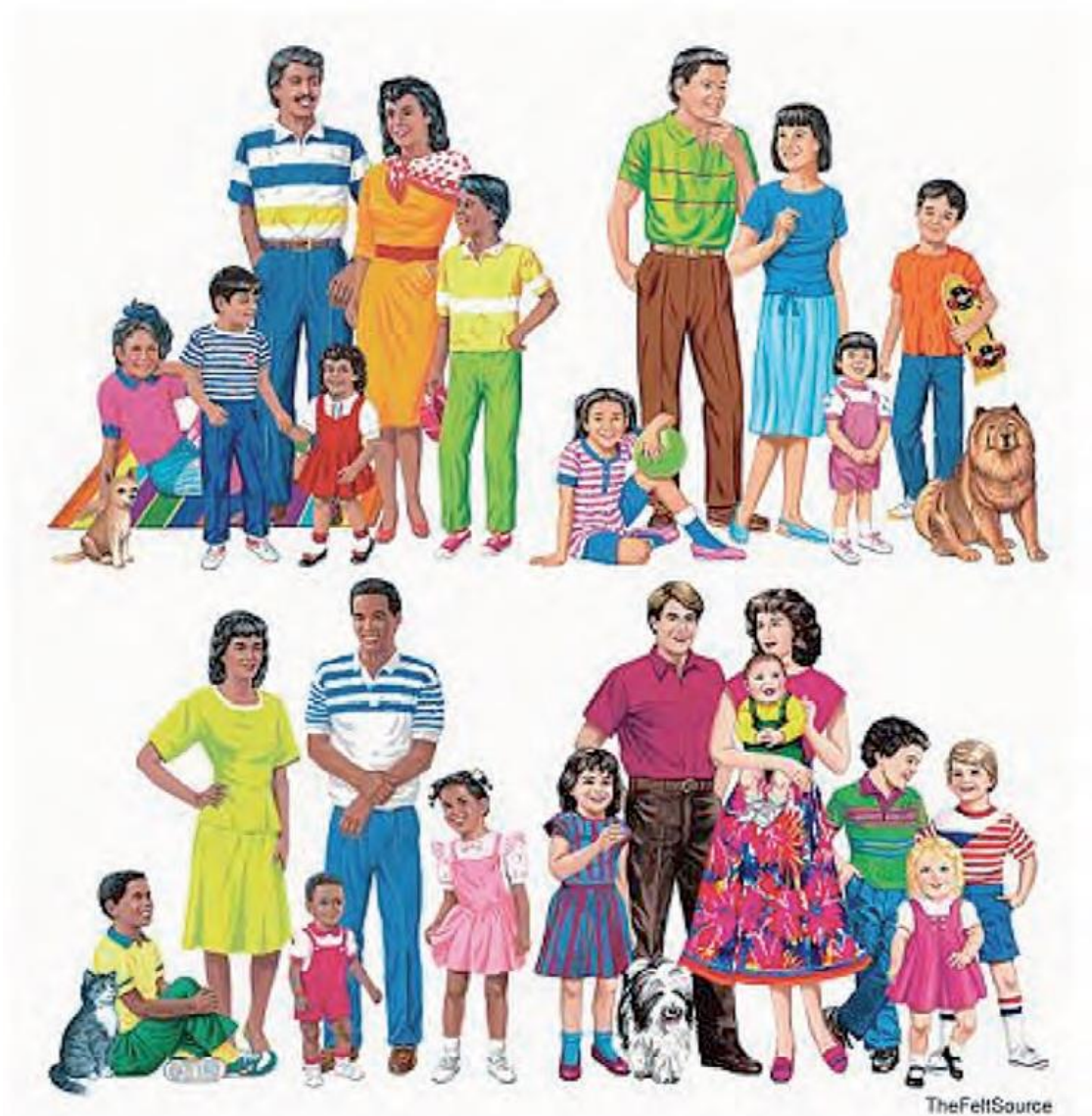
### IMC

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, talla y peso son las medidas antropométricas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y obtener el Índice de Masa Corporal. Hoy día la valoración del estado nutricional más utilizada es este Índice de Masa Corporal (IMC) o BodyMassIndex (BMI) o Índice de Quetelet (que fue propuesto por Quetelet en el año 1869). Este índice es definido por la relación peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado ( $P/T^2$ ). Por sí solo es un indicador nutricional válido, puede ser suficiente para evaluar el estado nutricional de la persona, así como de su recuperación.

Al ser adolescentes y estar en fase de crecimiento las medidas (peso, talla, IMC) deben referirse a las tablas pediátricas de percentiles de crecimiento de la población normal, siendo los gráficos de la Fundación Orbegozo de Hernández y colaboradores los más utilizados en España como patrones de referencia.

En nuestro país no existen muchos modelos antropométricos que valoren con suficiente precisión el desarrollo morfológico de los adolescentes y hay que destacar los estudios de Hernández y colaboradores con sus tablas y curvas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 18 años. Se considera “delgadez extrema o emaciación” un I.M.C. de menos de 15; “bajo peso” unos valores entre 15 y 18,9; el peso “normal” entre 19 y 24,9; “sobrepeso” entre 25 y 29,9; “obesidad” entre 30 y 39,9 y “obesidad grave (mórbida)” más de 40. A partir de los 14 años un B.M.I. por debajo de 16 puede justificarse como criterio de una significativa malnutrición. Con 16 años o más un B.M.I. de 20 puede ser usado como guía del peso mínimo. Entre los 14 y 15 años un B.M.I. de 18,5-19,5 parece ser apropiado. Sin embargo, a los 13 años o menos es mejor consultar los datos estandarizados. Se puede definir la obesidad en la población infantojuvenil cuando el índice de Quetelet es superior al percentil 90 para cada grupo de edad y sexo, y obesidad extrema si es superior al percentil 97. Un percentil inferior al percentil 3 es muy bajo.

#### Anexo 4. Necesidades energéticas.



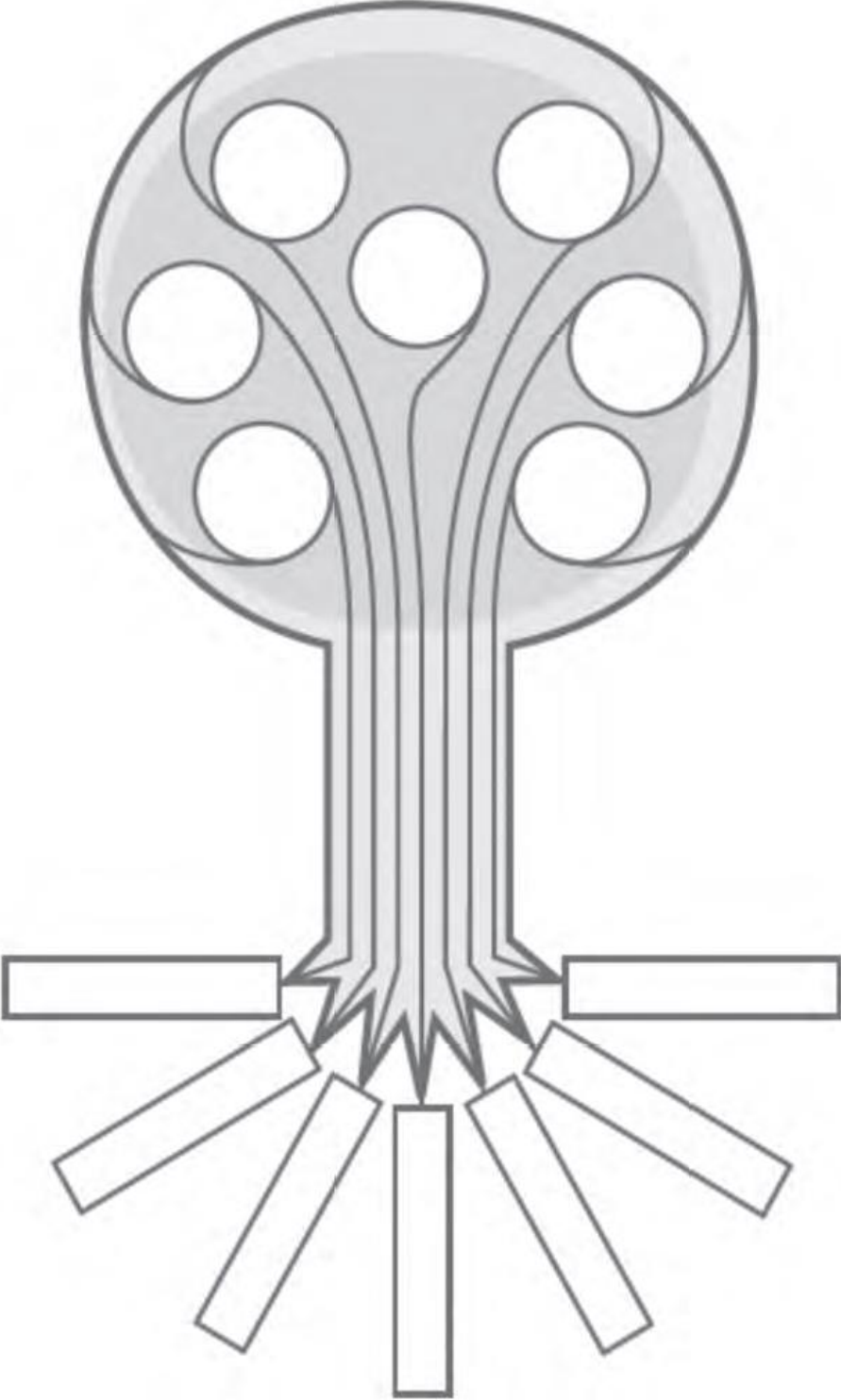
No todas las personas necesitan la misma cantidad de energía (calorías). La cantidad de esta depende de varios factores:

- Sexo  Peso corporal
- Edad  Clima
- Actividad física  Deportes practicados

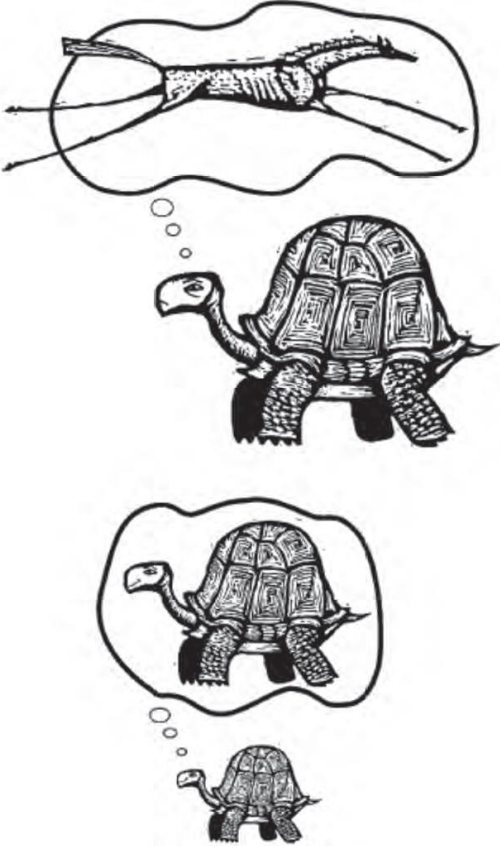
Dos personas de la misma edad, sexo y talla, ejerciendo la misma actividad física, pueden tener necesidades energéticas distintas



Anexo 5. Árbol de la autoestima.



Anexo 6. Las tortugas.



Anexo 7. Imágenes publicidad.







## Anexo4. Permiso



Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl

Licenciatura en Educación para la Salud

Nezahualcóyotl, Estado de México;

14 de enero del 2015.

Mtra. Juana Hernández Reyna

Directora escolar

### PRESENTE

Por este medio deseo pedirle de la manera más atenta que se me conceda el permiso para poder llevar a cabo un programa en salud para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en los meses de enero-marzo del 2015, programa que consta de 8 sesiones una vez por semana. El motivo de este estudio es para llevar a cabo una investigación en trastornos de la conducta alimentaria, el cual tendrá por objetivo prevenir conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios. Para realizar este estudio me es necesario contar con alumnos que tengan edades entre los 12 y 14 años ya que es un requisito. Espero tener una respuesta favorable y me permita trabajar con los alumnos de esta institución educativa. Sin más por el momento, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Fernando Santiago García

C.c.p.- Lic. NicolasJaimes Montero, Subdirector escolar turno vespertino  
C.c.p.- Lic. Pedro Manuel Ballote Sánchez, Orientador educativo



## Anexo 5. Consentimiento informado



**“Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl”**

**Licenciatura en Educación para la Salud**

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios.

### **Objetivo:**

Evaluar el impacto de un programa para prevenir conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios en adolescentes.

### **¿Qué se propone en este estudio?**

Saber si existe algún riesgo que se asocie a la presencia de algún trastorno de la alimentación.

### **Riesgos y beneficios.**

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para él alumno, porque las actividades que se van a desarrollar dentro de la institución educativa necesitan un esfuerzo mínimo, sin en cambio, sí tiene beneficios, porque se podrá detectar si en este grupo existe alguna asociación para poder padecer algún trastorno de la alimentación.

El tiempo que se necesitara para llevar a cabo este estudio es de 8 sesiones con una duración por sesión de 50 min.

El investigador no se hace responsable de cualquier percance que se pueda suscitar con los alumnos, en el momento de la realización de las actividades del estudio.

### **¿Cómo se seleccionan a los participantes?**

Los 30 alumnos fueron seleccionados de un total de 45 alumnos que tienen entre 11 a 13 años de edad.

**Compensación:**

No se dará ninguna compensación económica por participar en este estudio, al igual que tampoco habrá represalias por no participar. El alumno así como también el padre o tutor tendrán el derecho de renunciar a la participación en cualquier momento.

**Privacidad:**

Los datos obtenidos de los participantes serán protegidos y usados única y exclusivamente para la realización del estudio. Con forme a la ley federal de protección de datos personales capítulo I artículo 3 fracciones IV, V y VI.

**Publicación de los resultados:**

El proceso será estrictamente confidencial. El nombre de los estudiantes no será publicado en ninguno de los informes del trabajo. Si desea conocer sobre los resultados del estudio, puede contactar en: [santiagomx11@gmail.com](mailto:santiagomx11@gmail.com)

**Dudas y preguntas sobre el estudio**

E-mail: [santiagomx11@gmail.com](mailto:santiagomx11@gmail.com).

Nombre del investigador:

- Fernando Santiago García, especialista en temas de educación para la salud.

**Autorización:**

He leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a): \_\_\_\_\_

participe en el estudio de “Fernando Santiago García” sobre el “Programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios”. He recibido copia de este procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Anexo 6. Asentimiento informado



### “Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl”

#### Licenciatura en Educación para la Salud

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Fernando Santiago García y soy especialista en temas de educación para la salud, me encuentro realizando un estudio sobre trastornos alimentarios en jóvenes que tengan entre 11 y 14 años y que asisten a la escuela secundaria federalizada Telpuchcalli. Este estudio es para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios. Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir participar o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, sus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de un programa para prevenir conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios en adolescentes.

**Selección de participantes:** La elección se hizo de manera intencional, que los participantes tengan edad entre 11 y 14 años que sean estudiantes de la escuela secundaria federalizada Telpuchcalli.

**Riesgos y beneficios.**

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para ti, porque las actividades que se van a desarrollar dentro de la institución educativa necesitan un esfuerzo mínimo, sin en cambio, sí tiene beneficios, porque se podrá detectar si en este grupo existe alguna asociación para poder padecer algún trastorno de la alimentación.

El tiempo que se necesitara para llevar a cabo este estudio es de 8 sesiones con una duración por sesión de 50 min cada una.

El investigador no se hace responsable de cualquier percance que se pueda suscitar contigo en el aula o en el momento de la realización de las actividades del estudio.

**Compensación:**

No se dará ninguna compensación económica por participar en este estudio, al igual que tampoco habrá represalias por no participar. Tendrás el derecho de renunciar a la participación en cualquier momento.

**Privacidad:**

Los datos obtenidos de los participantes serán protegidos y usados única y exclusivamente para la realización del estudio. Con forme a la ley federal de protección de datos personales capítulo I artículo 3 fracciones IV, V y VI.

**Publicación de los resultados:**

El proceso será estrictamente confidencial. Tu nombre no será publicado en ninguno de los informes del trabajo. Si desea conocer sobre los resultados del estudio, puede contactar en: [santiagomx11@gmail.com](mailto:santiagomx11@gmail.com)

**Dudas y preguntas sobre el estudio**

E-mail: [santiagomx11@gmail.com](mailto:santiagomx11@gmail.com)

**Autorización:**

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi asentimiento para participar en este estudio: sobre el “Programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios”.

---

Firma del padre o tutor

---

Fecha