



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN**

Evaluación del impacto de un programa de  
prevención de conductas y actitudes no saludables  
relacionadas con el control de peso en mujeres de  
una preparatoria de Pachuca, Hidalgo

TESIS

Licenciatura en Nutrición

P R E S E N T A

P.L.N. Luz Alejandra Oliva Macías

No. cuenta: 162572

Bajo la Dirección de:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina  
Profesor Investigador de tiempo completo  
Área Académica de Nutrición

Pachuca, Hgo. Mayo, 2015





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN



De acuerdo con el artículo 134 del Reglamento de Control Escolar vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada

**"Evaluación del Impacto de un Programa de Prevención de Conductas y Actitudes no Saludables Relacionadas con el Control de Peso en Mujeres de una Preparatoria de Pachuca Hidalgo."**

Que para obtener el Título de Licenciado de Nutrición sustenta el Pasante

**C. Luz Alejandra Oliva Macias.**

**ATENTAMENTE**  
**Pachuca, Hidalgo, 14 de Mayo del 2015**  
**"Amor, Orden y Progreso"**

PRESIDENTE	M. EN N. H. AMANDA PEÑA IRECTA
SECRETARIO	DRA. REBECA GUZMÁN SALDAÑA
PRIMER VOCAL	L.N. ANA ROSA TORRES GRANILLO
SEGUNDO VOCAL	L.N. MARIA ELENA MARTÍNEZ ROMÁN
TERCER VOCAL	DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA
PRIMER SUPLENTE	M. EN C. MIROSLAVA PORTA LEZAMA
SEGUNDO SUPLENTE	DR. EDGAR DENOVA GUTIÉRREZ

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el impacto de un programa de prevención de conductas y actitudes no saludables relacionadas con el control de peso en mujeres de una preparatoria de Pachuca, Hidalgo.

**Material y métodos:** se trabajó con  $n=322$  mujeres, con un rango de edad de 15 a 19 años ( $\bar{x}=16.11$ ;  $DE=0.95$ ), de primero a sexto semestre. El estudio fue de campo, de tipo cuasi-experimental, con un diseño pre-post test, correlacional. Se aplicaron dos cuestionarios, el Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBACAR) y el Cuestionario para Medir Actitudes Hacia la Figura Corporal. Se impartió un programa de prevención primaria, de tipo universal usando estrategias de la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC) y técnicas psicoeducativas. Dentro de las sesiones que se llevaron a cabo en el programa, dos de ellas se enfocaron en los temas de cultura de la delgadez y las verdades y mitos en torno a las dietas y suplementos. Se midió y peso a cada sujeto para obtener su Índice de Masa Corporal (IMC). La captura de datos y el análisis estadísticos se realizaron en el programa Statistical Package Social Science (SPSS)

**Resultados:** En cuanto al IMC, el 68% reportó normalidad, y de manera conjunta el sobrepeso y obesidad alcanzó un 27.9%. Se observó una disminución estadísticamente significativa entre el pre-posttest en dos de los factores del CBCAR (Atracón-Purga:  $t=5.66$ , gl 321,  $p<0.01$ ; Restricción:  $t=9.147$ , gl 321,  $p<0.01$ ) y los factores de Interiorización ( $t=10.16$ , gl 321,  $p<0.01$ ) y Creencias ( $t=4.69$ , gl 321,  $p<0.01$ ) del Cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal.

**Conclusiones:** Se acepta la hipótesis de investigación, ya que después de la intervención se logró una disminución significativa (pre-posttest) tanto de CAR como de actitudes no saludables relacionadas con el control de peso.

**Palabras clave:** Programa de prevención, conductas alimentarias de riesgo, actitudes no saludables, mujeres, Pachuca.

## ABSTRACT

**Objective:** evaluate the impact of an unhealthy behavior and attitudes prevention program related to weight control in women of a high school in Pachuca, Hidalgo.

**Material and Methods:** 322 women (n=322 women) were evaluated, with an age range of 15-19 years ( $\bar{x}$  = 16.11, SD = 0.95), from first to sixth semester. The study was quasi-experimental type, with a pre-post design test, correlational. Two questionnaires were applied, the Brief Questionnaire for Measuring Food Risk Behaviors (CBACAR) and Questionnaire to measure attitudes towards body shape. A program of primary prevention was taught using strategies such as Cognitive dissonance theory (TDC) and psychoeducational techniques. It was universal type. In the sessions that took place in the program, two of them were focused on the themes of culture of thinness and the truths and myths about diets and supplements. they were weighed and measured to get their Body Mass Index (BMI). Data collection and statistical analyzes were performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) program.

**Results:** According to the BMI, 68%of the evaluated women were reported normal, and both overweight and obesity reached 27.9%. A statistically significant decrease between pre-posttest was observed in two of the factors CBCAR (Binge-Purge:  $t = 5.66$ ,  $df 321$ ,  $p < 0.01$ ; Restriction:  $t = 9.147$ ,  $df 321$ ,  $p < 0.01$ ) and the internal factors ( $t=10.16$ ,  $gl 321$ ,  $p<0.01$ ) and believes ( $t=4.69$ , $gl 321$ ,  $p<0.01$ ) about the attitudes toward the corporal figure questionnaire

**Conclutions:** The research hypothesis is accepted because after the intervention, a significant (pre-posttest) CAR as both unhealthy attitudes related to weight control was achieved

**Key words:** Prevention program, risk eating behavior, unhealthy attitudes, women, Pachuca.

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>IV</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1.1 Adolescencia</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)</b>	<b>- 1 -</b>
1.2.1 Panorama Internacional	- 2 -
1.2.2 Panorama en México	- 2 -
<b>1.3 Obesidad y sobrepeso</b>	<b>- 3 -</b>
1.3.1 Panorama Internacional	- 3 -
1.3.2 Panorama en México	- 3 -
<b>1.4 Factores de Riesgo</b>	<b>- 4 -</b>
1.4.1 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)	- 4 -
1.4.1.1 Atracón	- 6 -
1.4.1.2 Dieta Restrictiva	- 6 -
1.4.1.3 Purgas	- 6 -
1.4.2 Actitudes de riesgo	- 7 -
1.4.2.1 Interiorización	- 7 -
1.4.2.2 Creencias	- 7 -
<b>1.5 Prevención</b>	<b>- 8 -</b>
1.5.1 Prevención Universal	- 9 -
1.5.1.1 Prevención y la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC)	- 9 -
1.5.1.2 Prevención y estrategias psicoeducativas	- 10 -
<b>1.6 Características generales de los programas de prevención</b>	<b>- 10 -</b>
<b>2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>- 12 -</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>- 15 -</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>- 16 -</b>
<b>4.1 Objetivo General</b>	<b>- 16 -</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b>	<b>- 16 -</b>
<b>5. HIPOTESIS</b>	<b>- 16 -</b>
<b>6. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>- 17 -</b>
<b>6.1 Tipo de estudio</b>	<b>- 17 -</b>
<b>6.2 Muestra</b>	<b>- 17 -</b>
<b>6.3 Criterios de inclusión</b>	<b>- 17 -</b>

6.4 Criterios de Exclusión.	- 17 -
6.5 Criterios de Eliminación.	- 17 -
6.6 Variables de estudio	- 18 -
6.6.1 Variables dependientes:	- 19 -
6.6.2 Variables independientes	- 20 -
6.7 Instrumentos y materiales	- 21 -
6.8 Procedimiento	- 22 -
6.9 Análisis estadístico	- 23 -
6.10 Aspectos éticos	- 23 -
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>- 25 -</b>
7.1 Características sociodemográficas.	- 25 -
7.2 Índice de Masa Coporal Percentilar (IMC-P)	- 25 -
7.3 Distribución porcentual pre-post test del Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).	- 26 -
7.4 Prueba t de Student para CBCAR.	- 27 -
7.5 Distribución porcentual pre-post test del cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal	- 29 -
7.6 Prueba t de Student para cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.	- 30 -
7.7 Distribución porcentual de las Conductas Alimentarias de Riesgo de acuerdo al punto de corte con respecto a las categorías de IMC	- 31 -
7.8 Distribución de Actitudes hacia la Figura Corporal de acuerdo al punto de corte con respecto a las categorías de IMC.	- 32 -
<b>8. DISCUSIÓN</b>	<b>- 34 -</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>- 39 -</b>
<b>10. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.</b>	<b>- 40 -</b>
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>- 41 -</b>
<b>ANEXO I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>- 51 -</b>
<b>ANEXO II. CARGA FACTORIAL DE LOS INSTRUMENTOS</b>	<b>- 53 -</b>
<b>ANEXO III. CONTENIDO DEL PROGRAMA Y DE LAS SESIONES.</b>	<b>- 55 -</b>
<b>ANEXO. IV ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>- 82 -</b>
<b>ANEXO V. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA</b>	<b>- 84 -</b>

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Adolescencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, y se consideran dos fases: la temprana que va de los 10 a 14 años y la tardía que comprende de los 15 a 19 años de edad. Además es una de las etapas de mayor riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo y actitudes anormales relacionadas con el control de peso, dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos a la que se enfrentan (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Es bien sabido que este tipo de conductas y actitudes, son el preámbulo en muchos casos, de la aparición de los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (Sing, 2004).

### 1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Se refieren a un conjunto de problemas relevantes de salud mental, que afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes (Gaete *et al.*, 2012). El origen de los TCA es multicausal, esto significa que convergen diferentes factores como los biológicos como el IMC o pubertad), individuales (ciertos rasgos de personalidad), familiares (baja empatía entre padres e hija(o)s, hostilidad) y socioculturales (cultura de la delgadez, influencia de modelos estéticos corporales a través de la publicidad) (Saucedo-Molina *et al.*, 2008).

Desde los años 70 hasta la actualidad, son numerosos los estudios que se han desarrollado y han permitido llegar a su conocimiento e identificación, de tal manera que hoy aparecen como una categoría consolidada dentro de las enfermedades mentales (Rojo *et al.*, 2012)

De acuerdo a la American Psychiatric Association (APA, 2013), se describen cuatro clases principales de TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Trastorno por Atracón y Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE). Los TCA son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace más de tres décadas en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo (Unikel y Caballero, 2010).

### 1.2.1 Panorama Internacional

Los TCA llevan a padecer diferentes riesgos emocionales, psicosociales y así como riesgos de morbilidad o mortalidad. Diversos datos estiman que, la tasa de mortalidad para AN es de 5.9% y 18% (Sullivan, 1995) mientras que para la BN se estima en 1.6% (Hoek y Hoeken, 2006).

Se estima que la incidencia de AN a nivel mundial es de 8 casos por 100 000 habitantes en la población en general y de BN se ha estimado de 13 casos por 100 000 habitantes. La AN se presenta en un 95% en mujeres, la mayoría entre los 10 y los 30 años, mientras que la BN ocurre más frecuentemente entre las edades de los 12 a 40 años (Hoek y Hoeken, 2006).

En el caso de Binge Eating Disorder (BED) por sus siglas en inglés, conocido como trastorno por atracón, la prevalencia de vida que reportó Hudson, et al (2007) en Estados Unidos fue 2.22%. Existen registros donde la prevalencia de este trastorno en la población en general es de 2 a 5% (Errandonea, 2012).

### 1.2.2 Panorama en México

A finales de los noventas, en México parecía no existir consenso explícito de los TCA ya que eran un problema menor en salud mental (Unikel y Caballero, 2010). Sin embargo, los últimos ocho años, diversos estudios han reportado su presencia.

A partir de datos recientes provenientes de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, en una muestra representativa compuesta por 3005 adolescentes, entre los 12 y los 17 años de edad, ubicados en la zona geográfica del Distrito Federal; los resultados mostraron que alguna vez en su vida, la prevalencia de AN fue de 0.5%, de BN 1% y de trastorno por atracón 1.4% (Benjet et al., 2012).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT, 2012)(Gutiérrez, et al., 2012) realizada en una muestra probabilística en adolescentes, entre los 10 y 19 años de edad, se identificó que el 1.3% presentaba un riesgo de padecer un TCA, el 1.9% el sexo femenino y 0.8% el masculino.



### 1.3 Obesidad y sobrepeso

De acuerdo al Diario Oficial de la Federación, en la Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; esta se define como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo (Ortíz-Domínguez,2010).

En adolescentes menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra entre el percentil 85 y 94, y la obesidad cuando se encuentra por encima del percentil 95, de acuerdo a las tablas para edad y sexo de la National Center for Health Statistics (NCHS, 2010).

#### 1.3.1 Panorama Internacional

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, los datos disponibles indican que del 20% al 25% de los adolescentes entre 12 y 19 años de edad, se ven afectados por el sobrepeso y la obesidad. En este mismo reporte, en Estados Unidos, las tasas de prevalencia de estas categorías conjuntas, han aumentado 20%; en Bolivia en los últimos ocho años pasaron de 21.1% a 42.7%; en Guatemala de 19.6% a 29.4%, mientras que en Canadá el 30.1% de la población se ve afectada.

Es así como el sobrepeso y la obesidad en los adolescentes se ha convertido en problemas de salud pública y social difícil de erradicar.

#### 1.3.2 Panorama en México

De acuerdo con la ENSANUT 2012, los adolescentes que oscilan entre los 12 y 19 años de edad, uno de cada cinco presenta sobrepeso y uno de cada diez obesidad. La prevalencia nacional conjunta de estas dos situaciones, en cuanto a sexo se refiere, muestra que el 35.8% representa al sexo femenino y el 34.1% al sexo masculino, identificándose un aumento del 5% entre el año 2006 y el año 2012 (Gutiérrez, *et al.*, 2012).

Si bien, no existen reportes recientes de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes del estado de Hidalgo, en un estudio realizado por Saucedo-Molina y Unikel en 2010, en una preparatoria de la ciudad de Pachuca; de

acuerdo a su IMC, los resultados reportaron que el 9.7% del sexo femenino presento sobrepeso y el 11.8% obesidad.

#### 1.4 Factores de Riesgo

Se definen como aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, que incrementa la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla et al., 2006).

La obesidad y los TCA se han tratado como patologías independientes; sin embargo se ha identificado que presentan factores de riesgo comunes entre ambos (Vallejo, 2012).

Para poder distinguir entre un TCA y un factor de riesgo, se debe observar que el primero conforma un síndrome (conjunto de signos y síntomas cuantitativa y cualitativamente) como criterios de diagnóstico de la AN, BN o TANE. Mientras que los factores de riesgo, son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia (León *et al.*, 2008).

En estudios nacionales e internacionales, se ha confirmado que sujetos que presentan sobrepeso u obesidad (de acuerdo a su IMC), manifiestan mayor seguimiento de conductas y actitudes alimentarias de riesgo y mayor interés por la cultura de la delgadez, haciéndolos más vulnerables a que desarrollen un TCA, con las consecuencias de diversas alteraciones del estado mental y nutricional (García-García et al., 2008).

##### 1.4.1 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

Son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de TCA pero son conductas características de los mismos (Shisslack et al., 1995), dentro de éstas se consideran los atracones, la dieta restringida, las purgas, por mencionar algunas.

Además las CAR son fuertemente promovidos por la denominada “cultura de la delgadez” en la que se sobrevalora la delgadez para la mujer (Toro, 2006).

Esta juega un papel determinante tanto en el desarrollo, como en el mantenimiento de los TCA y de la obesidad, ya que tales estereotipos son signos

de belleza y poder, así como éxito profesional y sexual. De igual manera, en esta cultura, la obesidad, es sumamente estigmatizada, considerándose signo de poco control y descuido (Sing, 2004).

De acuerdo con la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal, donde se aplicó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), los resultados reportaron que en el año 1997 el 3.4% de las mujeres mostraron 3 o más indicadores de riesgo y para el año 2000 y 2003 el porcentaje aumentó de manera significativa a 9.6% (Unikel-Santoncini *et al.*, 2006).

De acuerdo a la ENSANUT 2006 (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006), en una muestra representativa de adolescentes, el 18.3% de ellos reconoció que, tres meses antes de la encuesta les “preocupó engordar”, debido a consumir demasiada comida o bien perder el control para comer. Otras CAR fueron las dietas restrictivas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso.

Saucedo-Molina y colaboradores, en el año 2008, realizaron un estudio en el estado de Hidalgo con una muestra probabilística de estudiantes de secundaria de 11 a 15 años de edad, y los resultados señalaron que el 25% de las mujeres elimina algún tiempo de comida, mientras que el 5.2% realizó alguna dieta restringida y el 17.2% mostró preocupación por el peso y la comida

En el año 2010, los hallazgos de otra investigación realizada en una muestra de hombres y mujeres universitarios hidalguenses de una institución pública que se hallaban entre los 16 y los 20 años de edad, reportaron que el 1.2% comieron de manera compulsiva; el 3.3% se preocupaban por el peso y la comida, el 2.3% comió por compensación psicológica y el 2.5% realizó alguna dieta restrictiva (Saucedo-Molina *et al.*, 2010).

Unikel-Santocini *et al.*, en 2010, realizaron una investigación empleando una muestra de 4358 mujeres de 15 a 19 años pertenecientes a 17 localidades urbanas de la República Mexicana y los resultados indicaron que la prevalencia de CAR-moderado fue de 14.2%, mientras que las de CAR-alto fue de 6.8%.

Específicamente en Hidalgo, hallaron que el porcentaje de CAR de acuerdo al punto de corte de riesgo moderado y alto, corresponden al 9.6% y 3.9% respectivamente.

Finalmente en la ENSANUT 2012 (Gutiérrez, et al., 2012) la muestra de adolescentes que se evaluó, describió que las CAR más frecuentes fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se comen. En las mujeres la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%).

Diversos estudios han demostrado que la “cultura de la delgadez”, se extiende rápidamente y su impacto sobre las CAR y las actitudes, son independientes del sexo, edad y nivel de desarrollo en que se encuentre una sociedad determinada (Chamorro y Flores-Ortiz, 2000; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006). Dentro de estas conductas a continuación se describen las más estudiadas:

#### 1.4.1.1 Atracón

Se puede entender como “atracón” a la ingesta de gran volumen de comida en un determinado período de tiempo y se acompaña de pérdida de control (Errandonea, 2012). En un trabajo realizado en una población estudiantil en el Distrito Federal, los resultados obtenidos entre 1997 y 2003, mostraron esta conducta en mujeres aumentó de 3.3% a 5.9% en 2003 (Unikel, et al., 2006).

#### 1.4.1.2 Dieta Restrictiva

Es la tendencia repetida de auto privación de alimentos, consideradas por el individuo como “engordadores” con la finalidad de, controlar el peso y mejorar la figura (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998). En el estado de Hidalgo, en una muestra probabilística de adolescentes, entre los 11 y 15 años de edad, el 5.2% de las mujeres registraron este tipo de conducta para controlar el peso (Saucedo-Molina et al., 2008).

#### 1.4.1.3 Purgas

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2011) “purga es definida como la medicina que se toma para defecar”. Respecto a la epidemiología de las CAR en México, donde se ha estudiado la población estudiantil, los resultados obtenidos entre 1997 y 2003 mostraron que el uso de

métodos purgativos en mujeres aumentó de 1.9% en 1997 a 8.0% en 2003 (Unikel et al., 2006).

#### 1.4.2 Actitudes de riesgo

La idea del cuerpo perfecto ha alcanzado un nivel de influencia gracias a los medios de comunicación y los criterios estéticos de la sociedad. Esta nueva tendencia genera ciertas actitudes respecto a la alimentación, que dañan la salud. El culto a la imagen se ha convertido en un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia (Galarsi *et al.*, 2010).

Otro factor de riesgo altamente vinculado con la aparición, desarrollo y mantenimiento de TCA y obesidad, son las actitudes negativas hacia la figura corporal. Estas, han sido definidas como creencias, pensamientos, sentimientos o comportamientos en relación con la comida, el peso y la figura corporal (Alvarenga *et al.*, 2010).

Dentro de algunas actitudes de riesgo se encuentran la interiorización del ideal estético de la delgadez y las creencias que existen en torno a ella.

##### 1.4.2.1 Interiorización

Proviene de la palabra “interiorizar”, que de acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española significa: “incorporar a la propia manera de ser, de pensar y de sentir ideas o acciones ajenas” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2011).

En la adolescencia se interiorizan en mayor medida los roles y comportamientos femeninos, lo que incluye el mandato social de ser físicamente atractivas. Como consecuencia, aumenta el interés en arreglarse y otros comportamientos, con la intención de mejorar la imagen y esto hace que, disminuya el esfuerzo en otras actividades que no se relacionan con la apariencia física (Lamerias *et al.*, 2003-2005).

##### 1.4.2.2 Creencias

Proviene de “creer” que significa “tener un firme asentimiento y conformidad con algo, o, dar el completo crédito a un hecho o noticia como seguros o ciertos.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2011).

Las creencias en torno hacia la delgadez y la insatisfacción corporal representan un común denominador de los TCA. Esto desencadena de una forma perjudicial, la asociación entre un cuerpo delgado y la imagen que se tiene de sí misma.

De tal modo que las mujeres extienden sus creencias negativas sobre la apariencia física y el conjunto de características estructurales del “yo”, comparan la evaluación de su autoconcepto a la que hacen de su imagen corporal, y de esta forma, la valoración negativa del cuerpo, invade toda la imagen que tiene de uno mismo(Lamerias *et al.*,2003-2005).

### 1.5 Prevención

Actualmente los desórdenes relacionados con el control de peso, se observan a partir de un espectro en el que, por un lado se encuentra la obesidad y en el otro los TCA como AN y BN, y a lo largo de éste, la práctica de CAR como dietas restrictivas, la eliminación de tiempos de comida, el uso de laxantes y diuréticos (Haines et al., 2007).

Estas conductas no saludables, son ampliamente difundidas en la población tanto femenina como masculina, siendo factores que aumentan la vulnerabilidad en un individuo para padecer obesidad o algún TCA (Stice *et al.*, 2000).

Debido a estos aspectos paralelos se recomienda que la prevención de ambos problemas se lleve a cabo de manera conjunta, con el fin de intervenir de modo más eficiente y evitar promover uno de ellos al tratar de prevenir el otro (Neumark-Sztainer, 2003).

Dentro de la prevención se consideran tres categorías según Soldado (2006):

Prevención Universal: se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a un grupo determinado que no ha sido identificado basando en el riesgo.

Prevención Selectiva: se dirige a individuos o grupo de individuos, cuyo riesgo a desarrollar un trastorno, o una enfermedad, es significativamente más alta que la media y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos así como sociales.

Prevención Indicada: son las personas identificadas con alto riesgo de signos y síntomas de unos trastornos mínimo pero detectables, o marcadores biológicos, los cuales indican una predisposición para un trastorno, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para la enfermedad en ese momento.

#### 1.5.1 Prevención Universal

La OMS (2004) sugiere tanto a instituciones públicas como privadas, de todos los países, que se requiere de una estrategia mundial sobre el régimen alimentario y la actividad física, además propone que las personas deben llevar un estilo de vida más saludable, al fortalecer las dietas sanas y realizar diversas actividades físicas durante toda la vida.

Programas de Prevención Primaria de tipo Universal, basados en la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC), han sido los más estudiados y probados para prevenir CAR en adolescentes. Existe suficiente evidencia de que estos programas funcionan y producen beneficios importantes en la salud tanto a nivel individual como grupal (Hoek y Hoeken, 2003), eliminando los factores que producen determinada patología o creando instrumentos defensivos en el ser humano para su protección (Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2011).

Diversos hallazgos han demostrado que, mediante estos programas, junto con técnicas psicoeducativas, se logra reducir las CAR, promoviendo la búsqueda de un peso corporal saludable, además de producir un decremento en el riesgo de obesidad. De igual forma se han encontrado que estos logros se mantienen a largo plazo (desde uno hasta tres años) (Stice et al., 2008).

##### 1.5.1.1 Prevención y la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC)

Debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las CAR y las actitudes de riesgo, los investigadores han realizado diversos intentos de prevención, y dentro de estos esfuerzos se ha utilizado la TDC (Cervantes et al, 2007). Esta teoría presentada por Festinger en 1957, y considerada actualmente como clásica dentro de la psicología, propone que ante la existencia de elementos disonantes o conflictivos surgen presiones para reducir el conflicto o evitar su aumento. La TDC para el cambio de actitudes representa un método alternativo al tradicional para la prevención de factores de riesgo asociados a TCA y obesidad,

ya que al producir disonancia en los sujetos que han interiorizado una silueta corporal delgada como figura ideal, llevaría una reducción en actitudes preferentes por esta imagen junto con la de otros factores de riesgo asociados. Es así como el empleo de la TDC o de algunas de sus estrategias evitará la aparición de la enfermedad al intervenir en una etapa temprana de la cadena causal del trastorno (Pineda-García y Méndez-Hernández, 2010).

#### 1.5.1.2 Prevención y estrategias psicoeducativas

Los programas de prevención basados en estrategias psicoeducativas tienen como objetivo promover comportamientos y actitudes prosociales así como entornos más saludables, y además constituyen una herramienta valiosa en la modificación y aprendizaje de nuevos esquemas de pensamiento y acción y menciona que los mismos deben ser dirigidos a promover estados saludables, en diversos ámbitos como el educativo, y deben plantearse diferentes metas como cambiar de conocimientos, creencias, actitudes y valores no saludables, aumentar la habilidad para tomar decisiones, modificar comportamientos nocivos, esto con la finalidad de crear ambientes sanos y conseguir cambios sociales hacia la salud, favorecer la capacidad de los individuos, grupos y la comunidad (Turabián, 1993).

Actualmente los expertos recomiendan tomar en cuenta una serie de características para que un programa de prevención tenga mayor impacto como: el nivel de riesgo, sexo y edad de los participantes; formato de los programas (interactivo, psicoeducativo) (Mataix y Linares, 2008); tipo de intervención (cognitivo, conductual; cognitivo-conductual, psicoeducativo); número de sesiones (multisesiones); y seguimiento (Stice y Shaw., 2004; Taylor, 2005).

#### 1.6 Características generales de los programas de prevención

**Nivel de riesgo de los participantes:** Los programas preventivos consisten en determinar si se debería intervenir en participantes con riesgo de desarrollar la enfermedad y por lo tanto, muestran factores de riesgo bien establecidos, dado por sus condiciones y/o estilos de vida presentan mayor vulnerabilidad para iniciar el trastorno (prevención selectiva), o a la población general (prevención universal) (Taylor, 2005).



**Sexo de las participantes:** las mujeres representan una población de mayor riesgo que los hombres, por consiguiente, se espera que los programas presenten mejores resultados (Stice y Shaw., 2004).

**Edad de los participantes:** Los mayores efectos de los programas se encuentran aplicados a población de 15 años, esto se considera, ya que la intervención puede ser más eficaz en adolescentes puesto que, están en el periodo de mayor riesgo de padecer TCA (Stice y Shaw., 2004).

**Formato de los programas de Prevención:** Los contenidos están en función de los objetivos que se persiguen, muchos de los programas se dirigen a factores de riesgo específicos de los TCA, por lo tanto, los contenidos giran en torno a la insatisfacción corporal, la presión social hacia la delgadez, habilidades para manejar el peso de forma saludable, y la autoestima (Stice y Shaw., 2004).

**Contenido de los programas:** Un elemento importante es el contenido de las sesiones de los programas preventivos, Stice y Shaw, en 2004, concluye que los programas que producen los resultados más prometedores, parecen incluir intervenciones cognitivas que intentan modificar las actitudes mal adaptadas, tales como la internalización del ideal delgado o la insatisfacción corporal y las intervenciones conductuales que intentan cambiar conductas alimentarias de riesgo como el atracón.

## 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los TCA y la obesidad, se han tratado como patologías independientes, sin embargo se ha identificado que presentan factores de riesgo comunes entre ellos (Vallejo, 2012). De acuerdo con la ENSANUT 2012 (Gutiérrez, et al., 2012), los adolescentes que oscilan entre los 12 y 19 años de edad, uno de cada cinco presenta sobrepeso y uno de cada diez obesidad. La prevalencia nacional conjunta de estas dos situaciones, en cuanto a sexo se refiere, muestra que el 35.8% representa al sexo femenino, identificándose un aumento del 5% entre el año 2006 y el año 2012, esta misma encuesta indica que, 1.9% de las adolescentes mujeres, entre los 10 y 19 años de edad, se encuentra en riesgo de padecer un TCA.

En relación a la prevalencia de CAR, las cuales son señales iniciales de desarrollar un TCA, han mostrado incrementos conforme el tiempo (Chávez *et al.*, EN PRENSA). De acuerdo con la encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal, los resultados reportaron que en el año 1997 el 3.4% de las mujeres, mostraron 3 o más indicadores de riesgo y para el año 2003, el porcentaje aumentó de manera significativa a 9.6% (Unikel-Santoncini et al., 2006). La ENSANUT 2006 (Olaiz-Fernández et al., 2006) destacó que el 18.3% de las adolescentes reconoció que, tres meses antes de la encuesta les “preocupó engordar”, debido a consumir demasiada comida o bien perder el control para comer. Posteriormente, la ENSANUT 2012 (Gutiérrez, et al., 2012) reportó que esta misma conducta en las mujeres aumentó al 19.7%.

Por otro lado, Unikel-Santocini et al, en 2010, identificaron en mujeres de 15 a 19 años, pertenecientes a 17 localidades urbanas de la República Mexicana, una prevalencia de CAR- de alto riesgo de 6.8%. Específicamente en Hidalgo, hallaron que la prevalencia fue de 3.9%. Por último, de un censo llevado a cabo en una institución privada hidalguense, se registró en las mujeres un aumento, aunque no significativo, del año 2007 al 2010 tanto en las CAR (7.5% a 12%, respectivamente) como en la interiorización de la figura corporal delgada (20.7% al 22.2% ,respectivamente) (Chávez *et al.*, EN PRENSA).

Es claro apreciar la necesidad de desarrollar programas de prevención de este tipo de conductas y actitudes. Respecto a este punto solo fue posible identificar en la literatura nacional, tres trabajos sobre prevención de factores de riesgo vinculados a los TCA en adolescentes y ninguno en obesidad.

Dentro de los trabajos localizados, se encuentra el de Rodríguez de Elías y Gómez Peresmitré en el año 2007, donde se evaluó un programa de prevención, con dos estrategias diferentes, una se basa en la formación psicoeducativa y la otra en audiencias críticas hacia la publicidad televisiva. La muestra estuvo constituida por 19 mujeres adolescentes, donde se utilizaron diferentes instrumentos para poder evaluar los factores de riesgo asociados a los TCA. Los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de audiencias críticas, en los factores de preocupación por la comida y la conducta alimentaria compulsiva, cuyos efectos se mantuvieron en la medición del seguimiento, efectuado a los tres meses.

Posteriormente en el año 2010, Pineda García y Gómez Peresmitré, compararon la eficacia a largo plazo de un programa basado en dos estrategias: la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y la habilidad psicoeducativa. El objetivo fue el de reducir y eliminar factores de riesgo asociados a TCA. El diseño fue experimental, con una muestra de 43 mujeres adolescentes, a quienes se les asignaron al azar una de estas dos estrategias. Los resultados revelaron que las participantes expuestas a la intervención con la TDC mostraron una disminución significativa respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, además de que ambas estrategias fueron efectivas al reducir factores de riesgo de TCA. Se concluyó que la TDC aplicada en la prevención resulta más eficaz para reducir o eliminar los factores de riesgo a largo plazo.

El último y tercer estudio realizado por Hernández León Rodrigo, en 2010, estuvo dirigido a evaluar un programa de prevención en mujeres adolescentes de secundaria. El objetivo fue determinar cuál de las dos estrategias tiene mayor eficacia en la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados a TCA. Las técnicas utilizadas en el programa fueron: el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y las técnicas de información psicoeducativa. Las participantes

fueron asignadas en tres grupos al azar en distintas condiciones: entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (n1=43), técnicas de información psicoeducativas (n2=37) y grupo control en lista de espera (n3=30).

El análisis de significancia clínica mostró que el grupo EHS presentó mejores resultados como la disminución en el nivel de riesgo de las participantes en tres de las variables más importantes: Deseo de una silueta delgada, Insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de Dieta restringida. El grupo psicoeducativo presentó los mejores resultados en las variables: Preocupación por el peso y la Comida y Nivel de Habilidades Sociales. De lo anterior se concluyó que, la técnica participativa (EHS) produce los mejores resultados en las variables asociadas con imagen corporal (a corto plazo) y disminuye el porcentaje de participantes que practican dieta para bajar de peso.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Los hallazgos más importantes, provenientes de un estudio llevado a cabo en una muestra representativa de 1020 estudiantes hidalguenses, hombres y mujeres, de una preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), reportaron que el 4.6% de las mujeres y el 10.6% de las estudiantes con obesidad, presentaron alto riesgo a desarrollar un TCA, seguido por aquellas con sobrepeso (5.1%) y peso normal (3.6%). De igual manera, el 14.6% de las mujeres reportaron interiorización de la figura corporal delgada. Finalmente, se corroboró que conforme aumentaba la interiorización de una figura corporal delgada aumentaban las CAR. Aunque los datos obtenidos no demostraron el diagnóstico de un TCA, si fue posible generalizar que síntomas característicos de estas patologías estaban presentes en la población, aunadas a una prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad de 23.4% (Cruz, 2011; Torres, 2011).

Tomando como referencia lo descrito anteriormente, surgió la necesidad de diseñar, implementar y evaluar un programa de prevención primaria de tipo universal para adolescentes mujeres en Hidalgo, donde se integraran técnicas psicoeducativas y estrategias interactivas basadas en la TDC, con la finalidad de prevenir aquellas conductas y actitudes de riesgo que, a largo plazo las puedan llevar a desarrollar o mantener un TCA u obesidad.

El haber decidido aplicar un programa de tipo universal con estas estrategias se sustentó en el hecho de que, de acuerdo a lo reportado en la literatura, estos han sido lo más estudiados y probados para prevenir factores de riesgo asociados a TCA y obesidad en adolescentes (Stice et al., 2000; Neumark-Sztainer, 2003). De igual manera, se ha confirmado que promueven la búsqueda de un peso corporal saludable, además de producir un decremento en el riesgo de obesidad (Stice et al., 2008). Así mismo, existe suficiente evidencia de que estos funcionan y producen beneficios importantes en la salud, tanto a nivel individual como grupal (Hoek y Hoeken, 2003). Es así como el empleo de estrategias basadas en la TDC y de tipo psicoeducativo, retrasarán la aparición de factores de riesgo, al intervenir en una etapa temprana de la cadena causal de la misma (Pineda-García, *et al.*, 2010).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Evaluar el impacto de un programa de prevención de conductas y actitudes no saludables relacionadas con el control de peso en mujeres adolescentes de una preparatoria pública en Pachuca, Hidalgo.

### **4.2 Objetivos Específicos**

Determinar los cambios de las conductas alimentarias de riesgo y actitudes relacionadas con el control de peso, dentro de las cuales están:

- Conductas alimentarias
  - Atracón/ Purga
  - Medidas compensatorias
  - Dieta restringida
- Actitudes hacia la figura corporal
  - Interiorización
  - Creencias

Identificar si existen asociaciones significativas entre las conductas alimentarias de riesgo y actitudes relacionadas con el control de peso y el IMC.

## **5. HIPOTESIS**

Se espera una disminución significativa a corto plazo (pre-pos test) en las conductas y actitudes no saludables relacionadas con el control de peso en las adolescentes que participen en el programa de prevención.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

Se debe señalar que el presente trabajo forma parte de un estudio más amplio sobre la prevención de factores de riesgo asociados a los TCA y obesidad en estudiantes de una preparatoria de Pachuca, Hidalgo.

6.1 Tipo de estudio: de campo cuasi-experimental con diseño pre-post test y correlacional (Hernández-Sampieri et al., 2010).

6.2 Muestra: La muestra inicial estuvo formada por 943 adolescentes mujeres, con una media de edad de 16.24 ( $DE \pm 1.06$ ), todas ellas estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca Hidalgo, mismas que respondieron el pre-test. El 34.14% de la muestra inicial, con un rango de edad de 15 a 19 años, de primero a sexto semestre y una media de edad de 16.11 ( $DE \pm 0.9$ ), respondió el post-test. Las pérdidas se debieron a la ausencia el día de la evaluación, a la entrega de cuestionarios incompletos o a la no localización de las alumnas a través de control escolar.

6.3 Criterios de inclusión

- Alumnas cuyos padres firmen el consentimiento informado.
- Alumnas que firmen el consentimiento informado.
- Alumnas inscritas de primero a sexto semestre en la preparatoria.
- Alumnas que tengan registrado su peso y talla.
- Alumnas que hayan contestado en su totalidad el pre-post test.
- Alumnas dentro del rango de edad de 15 a 19 años.

6.4 Criterios de Exclusión.

- Alumnas que no estén inscritas en la preparatoria.
- Alumnas que no entreguen los consentimientos informados firmados.
- Alumnas cuyos padres no firmen el consentimiento informado.
- Alumnas que no firmen el consentimiento informado.
- Alumnas que no tengan registrado su peso y talla.
- Alumnas que no hayan contestado en su totalidad el pre-post test.
- Alumnas que estén fuera del rango de edad.

6.5 Criterios de Eliminación.

- Alumnas que durante la investigación se retiren.

## 6.6 Variables de estudio

A continuación se describen tanto la definición conceptual, como la operacional de cada una de las variables medidas en este estudio.

### **Sociodemográficas**

- **Sexo**

**Definición conceptual:** “Conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables” (Fernández, 2010).

**Definición operacional:** Pregunta directa en el cuestionario

- **Edad**

**Definición conceptual:** La edad de un individuo se determina con el número de años meses de vida cumplidos. La fecha de nacimiento es el dato que hay que obtener y al relacionarlo con la fecha en que se realiza la medición; por medio de una resta se obtiene el número de años y meses cumplidos” (Peláez *et al.*, 1993).

**Definición operacional:** Pregunta directa en el cuestionario. ¿Cuál es tu edad en años?

- **Índice de Masa Corporal**

**Definición conceptual:** se usa como una herramienta de detección para identificar posibles problemas de peso en los adolescentes. La CDC y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan el uso del IMC para detectar el sobrepeso y la obesidad. La fórmula es la siguiente (Must y Anderson, 2003):

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

**Definición operacional:** los sujetos se clasificaran de acuerdo a los valores encontrados para población adolescente, a partir de los puntos de corte percentilares señalados en la siguiente tabla:



Tabla 1. Puntos de corte de IMC Percentilar para adolescentes mujeres.					
Edad	<P <sup>5</sup>	<P <sup>5-10</sup>	P <sup>10</sup> -P <sup>85</sup>	P <sup>85</sup> -P <sup>95</sup>	≥P <sup>95</sup>
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
14	<15.8	15.8-16.4	16.5-23.3	23.4-27.2	>27.2
15	<16.3	16.3-16.8	16.9-24	24.1-28.1	>28.1
16	<16.8	16.8-17.5	17.6-24.7	24.8-29.9	>29.9
17	<17.3	17.3-17.9	18-25.3	25.4-29.7	>29.7
18	<17.6	17.6-18.3	18.4-25.7	25.8-30.4	>30.4
19	<17.8	17.8-18.6	18.7-26.2	26.3-32	>32

**Fuente:** National Center for Health Statistics. CDS Grow Charts: United States. 2000.

6.6.1 Variables dependientes:

#### **Conductas alimentarias de riesgo (CAR).**

**Definición conceptual:** “Presencia de síndromes parciales que puedan posteriormente convertirse en TCA y que los sujetos que los presenten, experimenten manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impidan un funcionamiento adecuado” (Gómez-Peresmitré., 1997)

**Definición operacional:** Cuestionario Breve para medir CAR (CBCAR). Las respuestas fueron valoradas en cuatro categorías: 0) Nunca o casi nunca, 1) A veces, 2) Con frecuencia, 2 veces en una semana y 3) Con mucha frecuencia, más de 2 veces en una semana.

Considerando las siguientes conductas:

- **Restricción**

**Definición conceptual:** Tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998 citado en Saucedo-Molina et al, 2008).

- **Medidas compensatorias**

**Definición conceptual:** Consiste en el uso de diuréticos, laxantes, enemas o pastillas con el propósito de perder peso (Unikel-Santoncini et al., 2006).

- **Atracón/ Purga**

**Definición conceptual:** Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (1 o 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, así como vómito autoinducido y ayuno (APA. DSM-5, 2013).

**Definición operacional:** Estas tres variables se medirán con el CBCAR, el cual está ampliamente definido en la sección de instrumentos.

### **Actitudes hacia la figura corporal**

- **Interiorización**

**Definición conceptual:** proviene de la palabra “interiorizar”, que de acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española significa: “incorporar a la propia manera de ser, de pensar y de sentir ideas o acciones ajenas” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2011).

- **Creencias**

**Definición conceptual:** proviene de “creer” que significa “tener un firme asentimiento y conformidad con algo, o dar el completo crédito a un hecho o una noticia como seguros o ciertos” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2011).

**Definición operacional:** Ambas variables se medirán con el Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal, el cual está ampliamente definido en la sección de instrumentos.

### 6.6.2 Variables independientes

- **Programa de Prevención Universal:**

**Definición Conceptual:** se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o aun grupo completo de población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo (Rodríguez et al., 2001).

**Definición Operacional:** El impacto del programa de prevención primaria se evaluará por medio de los análisis del pre-test y post-test.

#### 6.7 Instrumentos y materiales

Consiste en un cuestionario multidimensional de carácter autoaplicable en su versión para mujer. Los instrumentos han sido debidamente confiabilizados y validados para dicha población.

Está integrado por:

- Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo conocido como CBCAR (Unikel-Santoncini et al., 2004).
- Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal (Unikel-Santoncini et al., 2006).

#### **Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (CBCAR).**

Tiene una buena confiabilidad ( $\alpha=0.83$ ) y fue elaborado con base a los criterios de diagnóstico del DSM-IV; consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo, las respuestas están valoradas en cuatro categorías: Nunca (0), Pocas veces (1), Muchas veces (2), Siempre (3). De la validación de este cuestionario se obtuvieron tres factores: atracón-purga (4 reactivos), conductas compensatorias (3 reactivos) y restricción (3 reactivos) (Unikel, et al., 2004). Tiene tres puntos de corte: puntuaciones menores a 7 significan sin riesgo, puntuaciones de 7 a 10 se consideran riesgo moderado y puntuaciones iguales o mayores a 11 significan alto riesgo (Altamirano, et al., 2011).

#### **Cuestionario de Actitudes hacia la figura corporal**

Tiene una confiabilidad de  $\alpha=0.93$  y consta de 15 preguntas que miden las actitudes hacia el cuerpo, incluye aspectos psicosociales y socioculturales relacionados con el desarrollo de TCA. También incluye preguntas referentes a la

importancia que se le da al peso, la aceptación por otras personas, conseguir pareja o encontrar ropa adecuadas. Las respuestas están valoradas en cuatro categorías: Nunca o casi nunca (1), A veces (2), Con Frecuencia (3) y Con mucha frecuencia (4). Tiene un punto de corte de  $\geq 37$ , interpretándose que puntuaciones iguales o mayores a este valor significan interiorización de la figura corporal delgada como ideal. A partir de su análisis factorial de componentes principales surgieron dos factores: interiorización (7 reactivos) y creencias (8 reactivos) (Unikel et al., 2006).

En el **Anexo I** se encuentran los instrumentos y en el **Anexo II** la carga factorial de cada uno de ellos.

- **Antropometría**

Para obtener el peso y talla de los sujetos, se utilizó una báscula digital y un estadímetro portátil tipo escuadra, ambos de marca SECA. Las técnicas que se aplicaron para a toma de estos indicadores fueron de acuerdo al manual de procedimientos para proyectos de nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública del año 2006 (Shamah-Levy *et al.*,2006) y fueron tomadas por personal previamente capacitado y estandarizado.

Como indicador antropométrico se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC).

#### 6.8 Procedimiento

Se presentó el proyecto de investigación a las autoridades de la institución donde se implementó el programa de prevención, se obtuvo la autorización pertinente y se les planteó la logística de las actividades.

Se capacitó y estandarizó al equipo de trabajo que participó en la implementación del programa de prevención.

A los alumnos de la institución se les entregó el consentimiento informado para que fueran firmados por sus padres o tutores. Durante la semana siguiente se recogieron los consentimientos informados firmados.

En la semana de implementación, antes de aplicar los instrumentos, se le pidió a cada alumno que firmara su consentimiento informado. Posteriormente se

aplicaron los cuestionarios a toda la muestra (pre-test), después se tomó peso y talla para obtener su IMC.

Una vez obtenida esta información se procedió a impartir las sesiones y los talleres que formaron parte del programa.

Al terminar la intervención se aplicaron los cuestionarios (post-test).

El contenido del programa se encuentra descrito de manera detallada en el **Anexo III**.

#### 6.9 Análisis estadístico

La captura de datos y el análisis estadísticos se llevaron a cabo en el software Statistical Package Social Science (SPSS) en su versión 20 para Windows Vista. Se realizaron análisis descriptivos de las variables que incluyó frecuencias, medias, desviaciones estándar y distribuciones porcentuales. Para el comparativo de las diferentes variables de estudio pre-post test se empleó el estadístico *t* de *student*; el cual evalúa si dos grupos difieren entre sí, de manera significativa respecto de sus medias. Para identificar la asociación lineal entre las variables se emplearon las correlaciones de Pearson, las cuales miden la relación lineal entre dos variables cuantitativas. (Hernández-Sampieri et al., 2010).

#### 6.10 Aspectos éticos

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), el cual se elaboró bajo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos (Asociación Médica Mundial, 2008), la cual destaca que se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los que participan en la investigación.

De esta manera, cada sujeto en el presente estudio, recibió información adecuada acerca de los objetivos, métodos y procedimientos que engloban su participación. Asegurando que se tendrá toda clase de precaución para proteger la intimidad y la confidencialidad de la información personal obtenida y que podrá retirarse en el momento en que él lo decida sin exponerse a represalias. De igual manera, se les garantizó que la responsable del estudio mantendrá bajo resguardo dicha

información la cual será utilizada solamente con fines de investigación. La responsable de la investigación junto con su equipo de colaboradoras, se comprometieron a entregar los resultados a los directivos del plantel. De acuerdo con la Ley General de Salud (1984), en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Art. 17 categoría II, la presente investigación es catalogada como de contingencia por lo que se solicitó el consentimiento informado por escrito tanto al padre(madre) o tutor del estudiante como al estudiante. Los documentos se encuentran en el **Anexo IV**.

## 7. RESULTADOS

En este apartado se presentan los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas e IMC, así como el comparativo (pre-post test) de las variables evaluadas para determinar el impacto a corto plazo del programa de prevención.

### 7.1 Características sociodemográficas.

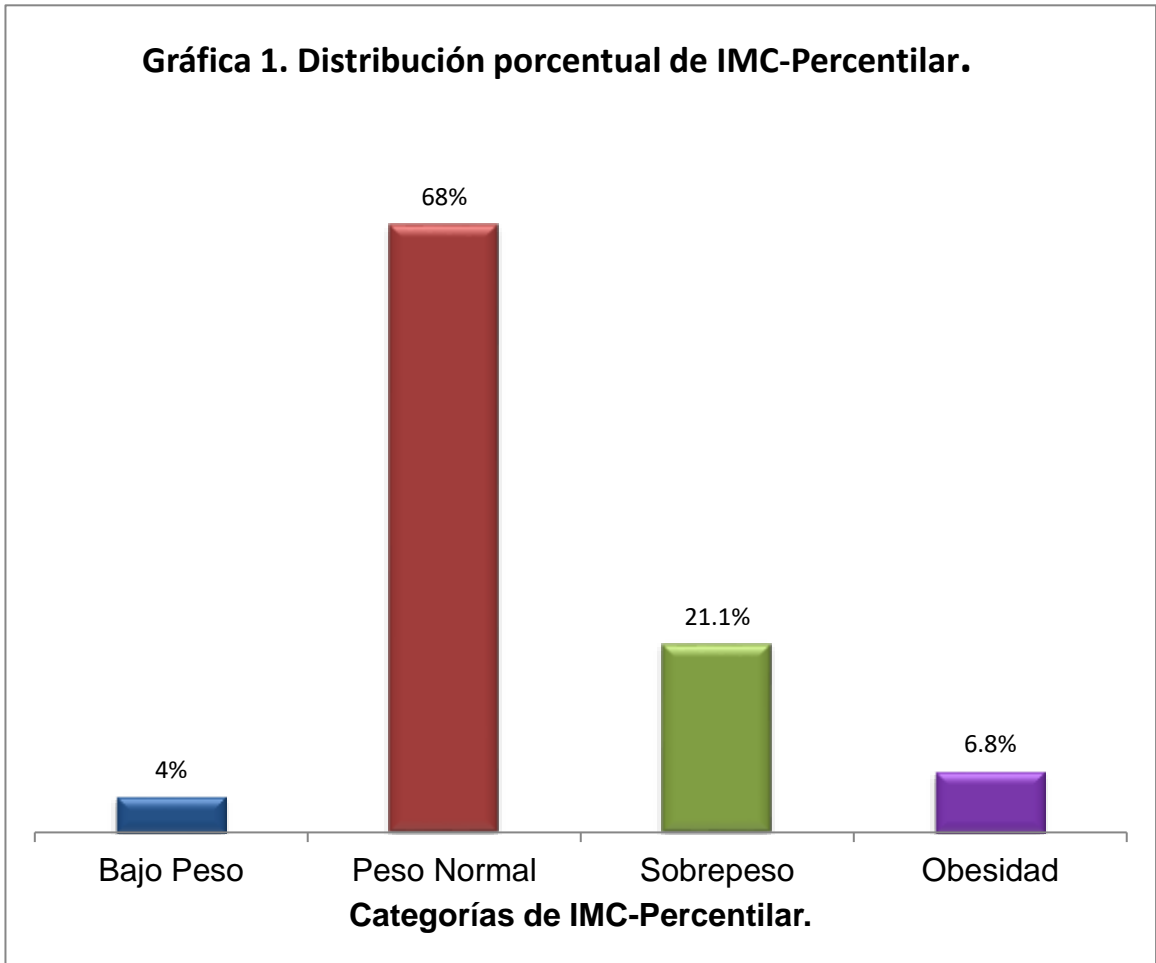
La muestra quedó integrada por N=322 mujeres estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca, Hidalgo.

#### **Participantes por semestre y edad**

El que presentó mayor número de alumnas fue el segundo semestre (35.4%), seguido del cuarto (27.3%), y posteriormente por el sexto (20.5%). Las estudiantes de tercero representaron el menor porcentaje (4%). El rango de edad fue de 15 a 19 años,  $\bar{x}=16.11$  (DE 0.9). El mayor porcentaje correspondió a los 15 años con 32.6% y 31.10% para 17 años, y los menores correspondieron a 18 y 19 años (5.6% y 0.6%, respectivamente).

### 7.2 Índice de Masa Coporal Percentilar (IMC-P)

El IMC alcanzó una  $\bar{x}=22.90$  (DE 3.94); en la **Gráfica 1** se muestra que el 68% de la muestra se encontró dentro del rango de normalidad. El sobrepeso registró el 21.1% , mientras que bajo peso y obesidad reportaron los valores menores con 4% y 6.8% respectivamente.

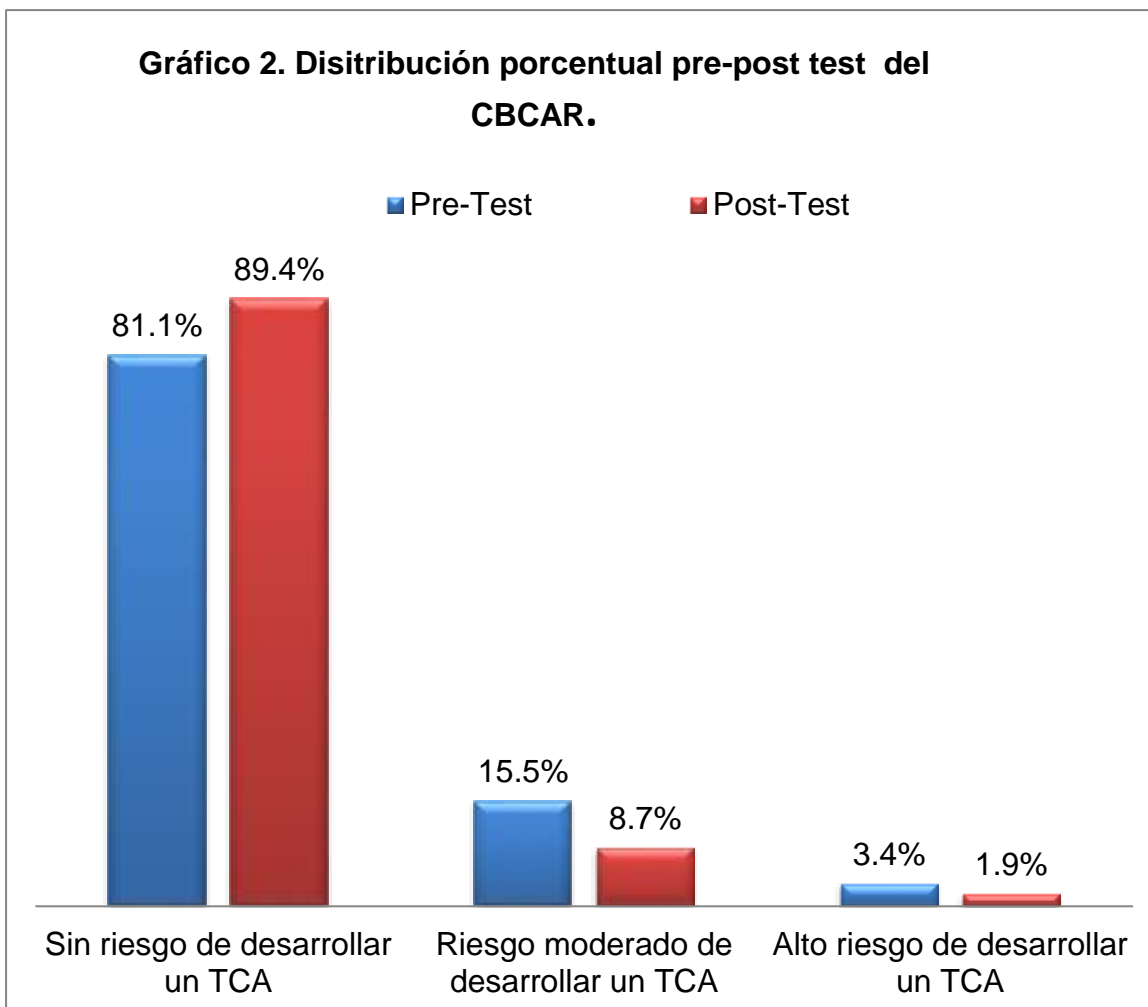


### 7.3 Distribución porcentual pre-post test del Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

Este instrumento formado por 10 preguntas, tiene 2 puntos de corte, en el que puntuaciones menores a 7 significan “sin riesgo”, puntuaciones de 7 a 10 se consideran “riesgo moderado” y puntuaciones iguales o mayores a 11 se consideran “alto riesgo” para desarrollar un TCA.



En el pre-test se observa que los valores de riesgo moderado fueron 15.5% y de 3.4% para alto riesgo. En el post-test, hubo una disminución a 8.7% y 1.9% respectivamente. Estos resultados se aprecian en la **Gráfica 2**.



#### 7.4 Prueba t de Student para CBCAR.

Con la finalidad de determinar si hubo diferencias estadísticamente significativas del pre al post- tests entre los factores del cuestionario CBCAR, se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Todos los resultados se muestran en la **Tabla 2**.

##### Factor 1. Atracón-Purga.

En este factor se encontró una disminución estadísticamente significativa ( $t=5.663$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.01$ ).

### Factor 2. Medidas compensatorias.

Los datos obtenidos de acuerdo al análisis muestran que no hubo una diferencia estadísticamente significativa.

### Factor 3. Restricción.

En el análisis de este factor se observó una disminución estadísticamente significativa ( $t=9.147$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.00$ ).

Factor	Pre-test		Post-test		Sig.
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	
<b>Factor 1 Atracón Purga</b>	1.31	1.78	0.91	1.45	0.01
<b>Factor 2 Medidas compensatorias</b>	0.06	0.63	0.06	0.55	1.00
<b>Factor 3 Restricción</b>	2.72	2.15	2.09	1.88	0.01

Después de haber identificado diferencias estadísticamente significativas en dos de los factores del CBCAR se procedió a hacer una t de Student para confirmar si en esta ocasión, tomando en cuenta el puntaje total del instrumento se encontraba una diferencia estadísticamente significativa.

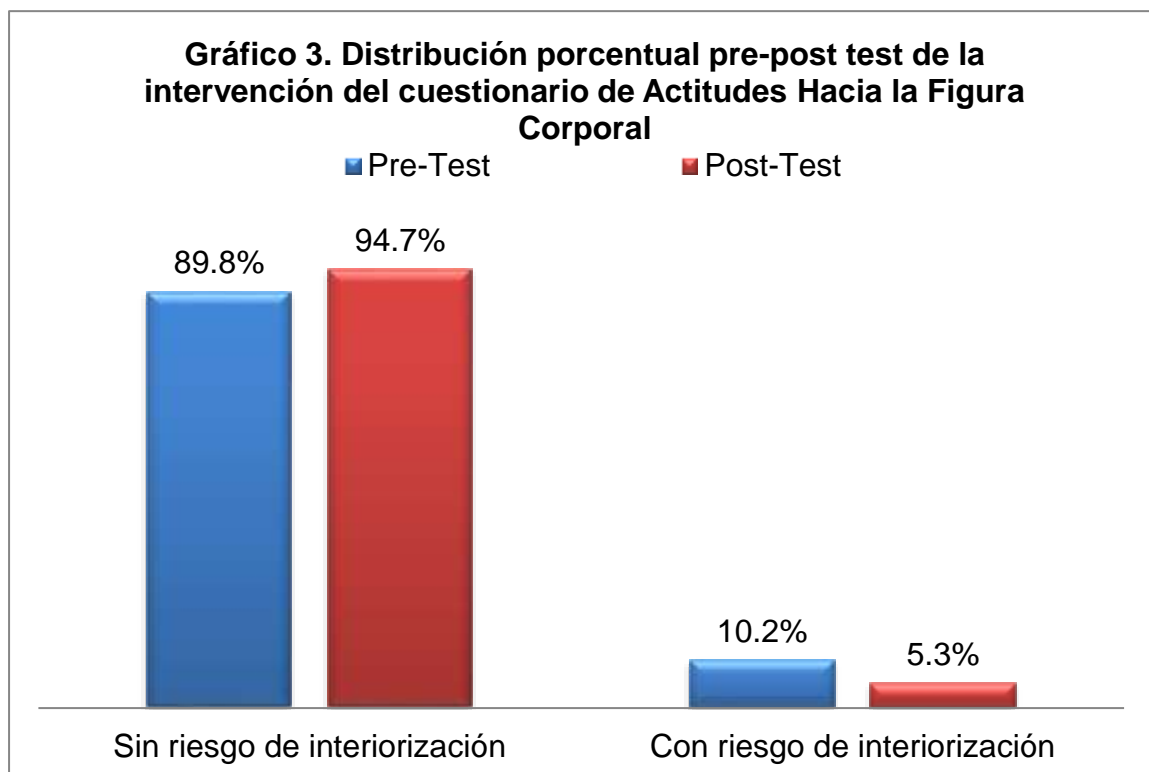
Los resultados provenientes de la t de Student mostraron claramente la disminución estadísticamente significativa en el puntaje total del instrumento pre-post test ( $t= 8.926$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.01$ ). En la tabla 10 se presentan los valores de la  $\bar{x}$  y DE correspondientes a este análisis.

Tabla 3. Media y desviación estandar de puntaje total del CBCAR pre-post test.				
Pre-test		Post-test		Sig.
$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	
4.10	3.37	3.07	2.91	.000

### 7.5 Distribución porcentual pre-post test del cuestionario de Actitudes Hacia la Figura Corporal

Este cuestionario consta de 15 preguntas y su punto de corte es  $\geq 37$ , que indica que los sujetos presentan riesgo de interiorización de la figura corporal delgada. Aquellas puntuaciones menores denotan la ausencia de esta interiorización.

En el **Gráfico 3**, se aprecia que en el pre-test el 10.2% de la muestra se encontraba en riesgo de la interiorización de la figura corporal delgada, y en post-test este valor disminuyó al 5.3%.



## 7.6 Prueba t de Student para cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.

Con la finalidad de determinar si hubo diferencias estadísticamente significativas pre-post test entre los factores del cuestionario, se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados se muestran en la **Tabla 4**.

Factor 1. Creencias sobre la delgadez: en este factor se encontró disminución estadísticamente significativa ( $t=4.699$ ,  $gl= 321$ ,  $p<0.01$ ) .

Factor 2. Interiorización: los datos provenientes del análisis confirmaron una disminución estadísticamente significativa en este factor. ( $t= 10.168$ ,  $gl 321$ ,  $p<0.01$ ).

<b>Tabla 4. Media y desviación estándar pre-post test de los factores del cuestionario de Actitudes hacia la figura corporal.</b>					
<b>Factor 1</b>	<b>Pre-test</b>		<b>Post-test</b>		<b>Sig.</b>
	$\bar{x}$	<b>DE</b>	$\bar{x}$	<b>DE</b>	
<b>Interiorización</b>	13.51	4.89	11.86	4.21	0.01
<b>Factor 2</b>					
	$\bar{x}$	<b>DE</b>	$\bar{x}$	<b>DE</b>	<b>Sig.</b>
<b>Creencias</b>	12.40	4.08	11.68	3.57	0.01

Una vez que se confirmaron diferencias estadísticamente significativas por factor en el instrumento de actitudes hacia la figura corporal, se decidió hacer una t de Student pero en esta ocasión considerando el puntaje total de las participantes.

El análisis de los resultados confirmaron una disminución estadísticamente significativa ( $t= 8.952$ ,  $gl 321$ ,  $p<0.01$ ). En la **Tabla 7** se muestra la  $\bar{x}$  y DE del puntaje total de las participantes pre-post test.

Tabla 5. Media y desviación estándar de puntaje total del cuestionario de Actitudes hacia la imagen corporal pre-post test				
Pre-test		Post-test		Sig.
$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE	
25.91	8.12	23.54	7.06	0.01

7.7 Distribución porcentual de las Conductas Alimentarias de Riesgo de acuerdo al punto de corte con respecto a las categorías de IMC

En la **Tabla 6**, se observan los resultados del pre- test donde las participantes clasificadas con obesidad registraron 31.8% en riesgo moderado de desarrollar un TCA. Aquellas que registraron sobrepeso, el 22.1% y 7.4% fueron identificadas en riesgo moderado y alto respectivamente. En cuanto a las alumnas con peso normal 12.8% alcanzaron riesgo moderado y 2.7% alto riesgo. Finalmente las participantes con bajo peso no arrojaron ningún porcentaje.

En el post-test, los porcentajes disminuyeron, en el caso de la categoría de obesidad donde el riesgo moderado fue de 13.6%, mientras que para las alumnas clasificadas con sobrepeso el moderado alcanzó el 13.2% y 2.9% el alto riesgo. En la categoría de peso normal ambos porcentajes disminuyeron siendo 7.3% en riesgo moderado y 1.8% para alto.

<b>Tabla 6. Distribución porcentual de las CAR de acuerdo al punto de corte con respecto a las categorías de IMC pre-post-tests.</b>				
	<b>Categorías de IMC</b>			
	<b>PRE-TEST</b>			
	<b>Bajo peso</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesidad</b>
<b>Sin riesgo</b>	100.0%	84.5%	70.6%	68.2%
<b>Riesgo moderado</b>	0.0%	<b>12.8%</b>	<b>22.1%</b>	<b>31.8%</b>
<b>Alto riesgo</b>	0.0%	<b>2.7%</b>	<b>7.4%</b>	0.0%
<b>POS-TEST</b>				
<b>Sin riesgo</b>	100.0%	90.9%	83.8%	86.4%
<b>Riesgo moderado</b>	0.0%	<b>7.3%</b>	<b>13.2%</b>	<b>13.6%</b>
<b>Alto riesgo</b>	0.0%	<b>1.8%</b>	<b>2.9%</b>	0.0%

7.8 Distribución de Actitudes hacia la Figura Corporal de acuerdo al punto de corte con respecto a las categorías de IMC.

La **Tabla 7** muestra que el porcentaje de riesgo de interiorización de la figura corporal delgada por parte de los sujetos en el pre-test fue de 13.2% y pertenece a las que presentan sobrepeso, seguido del 9.1% que padecen obesidad. En el post- test se observa una disminución de 5.9% y 4.5% respectivamente. Es interesante resaltar que el 5.5% de las participantes con peso normal ya han interiorizado la figura delgada como ideal.

<b>Tabla 7. Distribución porcentual del cuestionario de Actitudes hacia la figura corporal de acuerdo al IMC pre-post test.</b>				
	<b>Categorías de IMC</b>			
	<b>Bajo peso</b>	<b>Normal</b>	<b>Sobrepeso</b>	<b>Obesidad</b>
<b>PRE-TEST</b>				
<b>Sin riesgo de interiorización</b>	92.3%	90.4%	86.8%	90.9%
<b>Con riesgo de interiorización</b>	7.7%	9.6%	<b>13.2%</b>	<b>9.1%</b>
<b>POS-TEST</b>				
<b>Sin riesgo de interiorización</b>	100.0	94.5%	94.1%	95.5%
<b>Con riesgo de interiorización</b>	0.0	5.5%	<b>5.9%</b>	<b>4.5%</b>

Finalmente para determinar si existía alguna asociación entre las CAR y las actitudes de riesgo se realizó un análisis de correlación de Pearson, encontrándose valores de asociación positivos débiles pero significativos en ambas situaciones (**Tabla 8**).

<b>Tabla 8. Correlación de IMC con el CBCAR y de actitudes hacia la figura corporal.</b>	
<b>Instrumentos</b>	<b>IMC</b>
<b>CBCAR</b>	0.280**
<b>Actitudes hacia la figura corporal</b>	0.168**
<b>** Correlación significativa al nivel 0,01 (unilateral)</b>	

## 8. DISCUSIÓN

Como ya se mencionó la finalidad de la presente investigación fue evaluar el impacto de un programa de prevención de tipo universal, de conductas y actitudes no saludables relacionadas con el control de peso en mujeres adolescentes de una preparatoria de Pachuca, Hidalgo.

Se trabajó con mujeres adolescentes, ya que de acuerdo a diferentes reportes (León-Hernández et al. ,2008) ellas son la que se ven más afectadas por la presión social y por lo tanto, realizan más conductas alimentarias de riesgo con la finalidad de bajar de peso y mejorar su figura corporal. Además, la adolescencia es una de las etapas de mayor riesgo para el desarrollo de estas conductas junto con actitudes anormales relacionadas con el control de peso, dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos que enfrentan (OPS, 1998).

Analizando los resultados obtenidos en la presente investigación, con respecto al IMC, se encontró que 68% de las estudiantes estaban dentro de los parámetros de normalidad, el sobrepeso y la obesidad de manera conjunta reportó 27.9% y bajo peso 4%. En un trabajo realizado en Pachuca, Hidalgo (Cruz, 2011) las cifras de sobrepeso y obesidad conjuntas fueron de 23.4%.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados provenientes de la ENSANUT 2012 (Gutiérrez et al., 2012) el 38.5% de las mujeres adolescentes presentaron sobrepeso u obesidad. Aunque las cifras de este estudio están por debajo de los de la ENSANUT 2012; al compararlos con los de Cruz en 2011, se encuentran casi cinco puntos porcentuales por arriba, confirmándose la tendencia actual del incremento de este problema de salud pública.

Durante la medición del pre-test, el 15.5 % presentó un riesgo moderado de desarrollar un TCA y un 3.4% alto riesgo. Unikel-Santoncini et al, (2010), en una N=4358 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad pertenecientes a 17 localidades urbanas de la República Mexicana y utilizando el CBCAR, registraron que la prevalencia de riesgo moderado fue de 14.2%, mientras que el riesgo alto alcanzó 6.8%. En este mismo reporte, en el estado de Hidalgo el riesgo moderado arrojó 9.6%, mientras que el alto fue de 3.9%. Al comparar estos datos con los de este estudio, se aprecia un incremento importante del 2010 al 2014, sobre todo en riesgo moderado de desarrollar un TCA. Esto probablemente se puede deber al



aumento de la preocupación por el peso o por una mayor interiorización del modelo estético de delgadez (Unikel-Santoncini et al., 2006).

En el post-test, se observó una disminución de CAR en las estudiantes que presentaron riesgo (8.7% moderado y 1.9% alto), lo cual coincide con otros hallazgos que han demostrado que mediante programas de prevención primaria de tipo universal, tomando estrategias de la TDC junto con técnicas psicoeducativas, (Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria, 2011); se logra reducir las CAR y se promueve la búsqueda de un peso corporal saludable (Stice et al., 2008).

Al profundizar en el CBCAR, se identificaron disminuciones estadísticamente significativas en dos de sus factores. El primero de ellos fue Atracón-Purga, ( $t=5.663$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.00$ ), donde el valor de la media disminuyó significativamente del pre al post-test, esto mismo ocurrió en el factor de restricción ( $t=9.147$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.00$ ). Estos hallazgos coinciden con los de García y Gómez-Peresmitré en 2010, quienes en una muestra de mujeres adolescentes, lograron una mayor reducción de conductas restrictivas utilizando un programa basado en la TDC, en comparación con uno de tipo psicoeducativo; sin embargo concluyeron que ambas contribuyen a la prevención de TCA.

Continuando con los análisis de los factores del CBCAR, el segundo denominado medidas compensatorias no mostró diferencia estadísticamente significativa (pre-post test), lo que pudo deberse a que el valor de la media fue muy bajo ( $x=0.06$ ) lo que permite inferir que en estas estudiantes tales conductas son realizadas con muy poca frecuencia. Otra posible explicación podría estar relacionada con el contenido de este tema en las sesiones del programa, el cual fue insuficiente o faltó hacer énfasis de estas conductas dentro de las sesiones.

De acuerdo a la distribución porcentual de las actitudes hacia la figura corporal, se observó en el pre-test, que 10.2% presentó riesgo de interiorizar una figura corporal delgada. Después de la intervención (post-test) este porcentaje disminuyó a 5.3%. Esto se asemeja a lo reportado por Stice et al., en 2007, quienes evaluaron un programa de prevención de TCA (pre-post test y seguimiento) basado en la TDC, obteniendo disminuciones significativas de la interiorización del ideal de la delgadez en mujeres adolescentes. Bermúdez-

Bautista et al (2007), mencionan que la variable interiorización es muy importante trabajarla en este tipo de intervenciones, ya que comienza en la infancia y se manifiesta con fuerza en la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos, particularmente en mujeres.

Al analizar cada uno de los factores del Cuestionario de Actitudes, se observaron cambios significativos. El primero denominado Interiorización, mostró una disminución estadísticamente significativa del pre al post-test ( $t=10.168$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.00$ ), y de la misma forma ocurrió con el segundo factor conocido como Creencias ( $t=4.699$ ,  $gl\ 321$ ,  $p<0.00$ ). Esto se puede comparar con lo descrito por Stice et al (2012) quienes probaron un programa de prevención de TCA pero con diferentes intervenciones como: la TDC, el peso saludable y la intervención expresiva-escrita. Los resultados confirmaron que la intervención de la TDC resultó efectiva al reducir la interiorización en las adolescentes.

De acuerdo con los valores de IMC en la evaluación pre-tests, se halló que las alumnas con sobrepeso u obesidad, presentaron mayor riesgo de interiorizar una figura corporal delgada (13.2% y 9.1% respectivamente). De manera interesante en las CAR, las estudiantes con obesidad registraron mayor riesgo moderado de desarrollar un TCA (31.8%), en comparación con las de sobrepeso (22.1%). Sin embargo, estas últimas alcanzaron el mayor porcentaje para alto riesgo (7.4%). Estos hallazgos se asemejan a un trabajo realizado por Saucedo-Molina y Unikel (2010), quienes reportaron que los mayores porcentajes de CAR fueron registrados en adolescentes mujeres con sobrepeso (13.3%); además mencionan que los individuos que presentaron un IMC por encima de la normalidad (sobrepeso u obesidad) practican más CAR.

Posteriormente, para dar respuesta al objetivo que pretendía indentificar si existían asociaciones significativas entre CAR y actitudes relacionadas con el control de peso y el IMC, se realizaron análisis de correlación de Pearson. A partir de ellas se identificaron asociaciones positivas débiles pero significativas, por lo tanto se concluyó que conforme aumentaba el IMC aumentaban tanto CAR como la interiorización de la delgadez. Probablemente estos valores fueron débiles debido a que hubo un mayor porcentaje de estudiantes con sobrepeso que registraron riesgo alto de desarrollar TCA en el pre-test (7.4%), así como riesgo

de haber interiorizado la delgadez (13.2%), en comparación con aquellas clasificadas con obesidad, las cuales no reportaron ningún valor en riesgo alto de CAR y solamente 9.1% de interiorización. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Saucedo-Molina y Unikel (2010) quienes en una investigación realizada en universitarios de ambos sexos, encontraron que las mujeres tanto de preparatoria (12.9%) como de licenciatura (13.3%) que tenían sobrepeso, fueron las que obtuvieron mayores porcentajes de CAR (debe resaltarse que dichos valores son claramente superiores a los reportados en este estudio). De la misma forma concuerda con lo propuesto por Saucedo-Molina et al. (EN PRENSA) quienes confirmaron que las mujeres con sobrepeso, registraron las prevalencias más altas de CAR e interiorización. Este evento lleva a pensar que el estar en la antesala de la obesidad, las conduce a realizar diversas CAR, además de interiorizar el ideal de delgadez; todo esto para evitar caer en esta categoría del IMC.

Por otro lado, la interiorización de estos ideales de belleza, se debe al crecimiento exponencial de la cultura de la delgadez, por lo tanto, las adolescentes con sobrepeso u obesidad recurren a realizar CAR con la finalidad de disminuir de peso (Portela de Santana et al., 2012; Hernández-Cortéz y Londoño-Pérez, 2013). Esto mismo apoya el planteamiento, en que la distancia entre el peso corporal real y el ideal, promueve la práctica de CAR en aquellas personas que han interiorizado un ideal estético de delgadez (Stice, 2001; citado por Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Los resultados de este estudio mostraron una disminución estadísticamente significativa a corto plazo (pre-postest) en las conductas y actitudes no saludables relacionadas con el control de peso en las adolescentes. Esto se puede comparar con lo procedente de la investigación realizada por García y Gómez-Peresmitré (2010) sobre la eficacia de dos programas preventivos, uno de ellos basado en la TDC y el otro empleando técnicas psicoeducativas, con el propósito de reducir factores de riesgo asociados a TCA, concluyendo que ambas técnicas resultaron eficaces en la disminución de dichos factores, especialmente en la dieta restringida.

De igual forma, nuestros resultados se asemejan con un trabajo llevado a cabo por Hernández-León (2010) en donde evaluó un programa de prevención en mujeres adolescentes, usando dos estrategias, las EHS y técnicas de información psicoeducativa, ambas para la eliminación o disminución de factores de riesgo asociados a TCA. Los resultados permitieron concluir que el uso de técnicas psicoeducativas resulta más eficaz en la disminución de factores de riesgo como la preocupación por el peso y la comida.

Por otro lado, Hoek y Hoeken (2003) mencionan que los programas de prevención de tipo universal, basados en la TDC, han sido los más estudiados y probados para prevenir factores de riesgo en adolescentes y que igualmente existe suficiente evidencia de que estos programas funcionan y producen beneficios importantes en la salud tanto a nivel individual como grupal.

Otros hallazgos han confirmado que mediante programas de prevención de tipo universal, junto con técnicas psicoeducativas, se logra reducir las CAR, promoviendo la búsqueda de un peso corporal saludable (Stice et al., 2008).

## 9. CONCLUSIONES

Todos los hallazgos descritos anteriormente permiten aceptar la hipótesis de investigación, ya que se logró una disminución significativa a corto plazo (pre-post test) tanto en las CAR como en las actitudes no saludables relacionadas con el control de peso.

Respecto a los factores atracón-purga y restricción del CBCAR, se reportó una disminución estadísticamente significativa (pre-post test), y de la misma forma ocurrió con los factores de interiorización y creencias del cuestionario de actitudes hacia la figura corporal. Sin embargo, para el factor denominado medidas compensatorias del CBCAR, no se obtuvo diferencia alguna.

Los resultados de la asociación entre CAR, actitudes no saludables e IMC, fueron positivos débiles, pero significativos, probablemente a que se identificó un mayor porcentaje de alumnas con sobrepeso que tenían alto riesgo de desarrollar un TCA y de interiorización en comparación con las de obesidad.

El haber incluido dentro del programa de prevención sesiones cuyo objetivo permitió reflexionar acerca de la cultura de la delgadez e identificar como afecta sus conductas alimentarias y actitudes hacia la figura corporal, así contenidos sobre diversos mitos y realidades vinculados con dietas y suplementos, permitió proporcionar a las jóvenes herramientas para que evitar recurrir o engancharse con estos factores de riesgo, promoviendo a su vez un estilo de vida saludable.

La principal aportación de este trabajo consistió en haber utilizado de manera combinada, estrategias de la TDC y psicoeducativas, a partir del diagnóstico procedente del 2011 en una muestra similar (Cruz, 2011; Torres, 2011). Como segunda aportación resalta ser el primer programa de prevención de tipo universal, llevado a cabo en el estado de Hidalgo, sobre conductas y actitudes no saludables, identificadas como frecuentes en mujeres adolescentes, las cuales amenazan su salud física y psicológica.

## 10. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.

Con base a los hallazgos reportados se consideran los siguientes aspectos para favorecer los resultados anteriores:

- Mejorar el contenido de la sesiones del programa, haciendo mayor énfasis en el riesgo inminente que existe al realizar medidas compensatorias con la finalidad de bajar de peso.
- Actualizar el contenido de las imágenes de las sesiones para obtener un mayor acercamiento con las adolescentes.
- Implementar nuevamente el programa de prevención para poder reforzar los resultados obtenidos y observar si estos se mantienen ya que ha sido reportado en la literatura que este tipo de intervenciones mantienen su impacto a largo plazo (Stice et al., 2008).
- Incrementar la difusión e información del programa de prevención con los alumnos de la preparatoria para tener un mayor respuesta por parte de ellos.
- Realizar, con mayor antelación (6 meses), la difusión entre catedraticos y personal administrativo del programa de prevención para que ellos funcionen como promotores del mismo.
- Una de las limitantes fue el corto tiempo disponible que se tuvo para la difusión del programa entre las participantes ya que esto repercutió en su interés.
- La limitante más importante fue la reducción de la muestra, puesto que de 946 sujetos, solamente quedaron 322 (34.14%). Esta pérdida se debió a la no localización de las alumnas por parte de control escolar, la existencia de grupos irregulares así como grupos flotantes o alumnas que adelantaban o recursaban materias.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga M, Scagliusi B.F, Tucunduva P. S. 2010. Eating Attitudes of Female Brazilian University Students with eating disorder risk behavior. *Health & Asocial Issues*. 2(1): 47-54.

American Psychiatric Association DSM-5 development. Feeding and Eating Disorders. 2013.  
Dirección:<http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>. Acceso: 12/03/2014.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., Medina-Mora, E. 2012. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 35: 483-490.

Bermúdez-Bautista SM, Franco-Paredes K, Álvarez-Rayón G, Vázquez-Arévelo R, López-Aguilar X, Téllez-Girón M, Amaya-Hernández A y Mancilla-Díaz J. 2009. Rol de la insatisfacción e influencia de grupo pares sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana en Psicología*. 1:9-18.

Cervantes-Luna BS, Bautista-Moedano RM, Mejia-Castrejon J. 2007. La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: disonancia cognoscitiva. Segundo Congreso Nacional de Psicología.

Chamorro, R., & Flores-Ortiz, Y. 2000. Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American Women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 125-129.

Chávez, H I, Saucedo-Molina TJ, Peña IA, Unikel SC. Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria: Tendencias 2007-2010. *Revista de Investigación Clínica*. En prensa.

Cruz, N. 2011. *Trastornos alimentarios: Factores de riesgo socioculturales y actitudes hacia la imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal e indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo. México

Ortíz-Dominguez, K. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana.NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Actualización: 4 de Agosto del 2010. Acceso: 19 de Marzo del 2014.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010).

Errandonea, U, M. 2012. Obesidad y trastornos de alimentación. *Rev. Med. Clin. Condes.* 23(2): 165-171.

Fernández J. 2010. El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que deberían ser clarificados. *Psicothema.* 22(2):256-62.

Frédérique, R. E., Smink., Hoehen, D., Hoek, W.H. 2012. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 14: 406-414.

Gaete, P. M.V., López, C.C., y Matamala, B.M. 2012. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes jóvenes. Parte 1. Epidemiología, clasificación y evaluación final. *Rev. Med. Clin. Condes.* 23(5): 566-578.

Galarsi, MF, Corche, MS, Ledezma, C. 2010. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en Humanidades.* 10(1): 193-205.

García D, Gómez-Peresmitré G y Méndez-Hernández S. 2010. Disonancia cognoscitiva en la prevención de TCA, significancia clínica y estadística. *Psicología y Salud.* 20(1): 103-109.

García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M. T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., Barquera-Cervera, S., Caballero-Romo, A.J., Orozco, L., Velásquez-Fernández, D., Rosas-Peralta, M., Barriguete-Meléndez, A., Zacarías-Castillo, R. & Sotelo-Morales, J. 2008. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México,* 50(6): 530-547.

Gómez-Peresmitré, G y Ávila, E .1998. Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana.* 6: 10-22.



Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M., & Story, M. 2007. Personal, behavioral, and environmental risk and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*, 15, 2748 -2760.

Hernández-Cortés, LM y Londoño-Pérez C. 2013. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*. 29 (3): 748-761.

Hernández-Sampieri R, Fernández-Gallardo, Baptista-Lucio P. 2012. Diseños experimentales de investigación, preexperimentos, experimentos “verdaderos” y cuasiexperimentos En Metodología de la investigación. Cap. 6. Mc Graw Hill. pp: 138.141.

Hoek HW y Hoeken DV. 2003. Revisión de prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*. 34:383-96.

Hoek HW y Hoeken DV. 2006. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and the other eating disorders. *Curr Opin Psychiatri*. 19; 389-394.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, W. H., Susser, S. E., Linna, S. M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, M. C., Kaprio, J., Rissanen, A. 2007. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 164 (8): 1259-1265.

Lamerias-Fernández M, Calado-Otero M, Rodríguez-Castro Y. Trastornos de la conducta alimentaria y la exposición a los medios de comunicación en chicas adolescentes. 2003-2005. Ministerios de trabajo y asuntos sociales. Secretaria general de políticas de igual. Instituto de la mujer.

León, H.R., Gómez-Peresmitré, G., Platas, A.S. 2008. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*. 31: 447-452

Lora-Cortez, C., y Saucedo-Molina, T. 2006. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.

Mancilla-Díaz J, Gómez-Peresmitré G, Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, Vázquez-Arévalo X, Acosta-García MV. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. (ed) Mancilla-Díaz JM y Gómez-Peresmitré G. Manual Moderno. UNAM, México. pp: 130.

Mataix, J., y Linares, A. 2008. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Serra, E. J. L., Sánchez, J., Salas, J., Martínez, J., Rodríguez, G., López, M., Astiasarán, I., Pérez, F. & Maldonado, J. (Eds.), *Tratado de nutrición y alimentación* (1 ed., Vol. 1886-94). España: Oceano.

Mujica A, Bustos M, Oliva N, Fleiz C, Moreno M, Fregoso D, Villatoro J, Medina-Mora ME. 2013. Conductas alimentarias de riesgo: un problema silencioso, presente en los jóvenes. Resumen Ejecutivo. México DF.: INPRFM, IAPA, AFSEDF.

Must A, Anderson SE. 2003. Effects of obesity on morbidity in children and adolescents. *Nutrition in Clinical Care* ;6(1):4–12

National Center for Health Statistics. CDS Grow Charts. Actualización: 02/06/2010. Acceso:24/05/2013.

Dirección:[http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens\\_bmi/about\\_childrens\\_bmi.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html).

Neumark-Sztainer, D. 2003. Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolescent Medicine*, 14(1), 159-173.

Neumark-Sztainer, D.2009. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do?. *Journal of Adolescent Health*. 44:206-213.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Organización Mundial de la Salud. 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHA55.2.3.

Organización Mundial de la Salud. 2012. La actividad física en los jóvenes. Recuperado en Marzo de 2013, de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/es/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/index.html)

Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. 2008. Dirección: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/). Acceso: 26/09/2013.

Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C: OPS/OMS. Dirección: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf) . Acceso: 30/09/2013.

Peláez ML, Torres P y Ysubza OA. 1993. Procedimiento para la toma de mediciones antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición instituto Nacional de la Nutrición*. “Dr. Salvador Zubirán” (INNSZ), Centro de capacitación integral para promotores comunitarios (CECIPROC). Peláez ML, Torres P y Ysunza OA (eds). 1a. ed. México D.F. pp:29-39.

Pineda-García, G, Gómez-Peresmitré, G, Méndez-Hernández, S. 2010. Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. *Psicología y Salud*. 20(1):103-109.

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 53 Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2014. Washington, DC, EUA.

Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria. 2011. Recuperado el 02 de octubre de 2011, de: [http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO\\_SALUD%5CESTIL\\_SALU/PROGRAMA\\_DITCA.PDF](http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO_SALUD%5CESTIL_SALU/PROGRAMA_DITCA.PDF)

Real Academia de la Lengua Española. Acceso: 19 de Marzo del 2014. Actualización: 2014. Dirección: <http://www.rae.es/>

Rodríguez Aguilar, B, Oudhof Van Barneveld H, González-Arratia López-Fuentes, N, I, Unikel-Santoncini, C, Becerril, B. 2008. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de niveles superior del estado de México. *Revista Científica Electrónica de Psicología IC Sa-UAEH*. 6: 159-170.

Rojo, M.L., Plumed, D.J., Consesa, B.L., Vaz, L.F., Diaz, M.A., Rojo-Bonfill, L., Livianos, A. L. 2012. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* 5(3): 197-204.

Saucedo-Molina TJ., Escamilla- Talón A.T, Portillo- Noriega E. I, Peña-Irecta A, Calderón-Ramos Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres de 11 a 15 años de edad. *Rev. Invest. Clin.* 60(3): 231-240.

Saucedo-Molina, TJ, Peña Fernández Cortez, Valderrama. 2010. Revista veracruzana.

Saucedo-Molina, TJ y Unikel-Santoncini, C. 2010. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental.* 33(1):11-19.

Saucedo-Molina, TJ, Unikel-Santoncini, C. 2010. Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes Mexicanos. *Rev Chil.* 37(1): 60-69.

Saucedo-Molina, TJ, Zaragoza CJ, Villalón L, Peña IA, León, HR. (). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en universitarios Hidalguenses. (EN PRENSA).

Scime, M y Cook-Cottone, C. 2008. Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *IJDE.* 41(2):134-42.

Shamah- Levy T, Villalpando- Hernández S, RiveraDommarco J. 2006. Manual de Procedimientos para Proyectos de Nutrición. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Shamah T., Villalpando H.S., Rivera, D. J. 2006. Manual de procedimientos para proyectos de nutrición. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

Shisslak, C.M., Crago, M., & Estes, L.S. 1995. The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3), 209-219.

Shroff H., Thompson JK. 2006. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image.* 3 (1): 17-23.

Sing, L. 2004. Engaging Culture: An overdue task for Eating Disorders Research *Culture, Medicine and Psychiatry.* 28, 617-621.

Soldado M.M. 2006. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* 4:336-347.

Stice E, Rohde P, Gau J y Shaw H. 2012. Effect of dissonance-based prevention programas on risk for eating disorders onset in the context of eating disorder risk factors. *Prev Sci.* 13(2):129-139.

Stice E, Shaw H, Burton E Y Wade E. 2006. Dissonance and healthy weight eating disorders prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Psychol.* 74(2): 263-275.

- Stice, E. Mazotti, I., Weibel, D., & Agras, S. 2000. Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 206-227.
- Stice, E. & Shaw, H. 2004. Eating Disorders Prevention Programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin.*, 133(2), 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., Becker, C. B., & Rohde, P. 2008. Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. *Prevention Science*, 9(2), 114-128.
- Sullivan P. F. 1995. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatri.* 152: 1073-1074.
- Taylor C,B. 2005. Update on the prevention of eating disorders. En: eating disorders review. Wonderlinch M y Steiger H. (eds). Part 1.-Redlife publishing. Oxford, UK. Pp: 1-14.
- Toro, J. 2006. Medios de Comunicación y trastornos del Comportamiento Alimentario En Mancilla, D. y Gómez-Pérez-Mitré, G. (Eds.), *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica México: Manual Moderno*. UNAM, México. pp. 203-227.
- Torres, K. 2011. *Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC), en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hgo.
- Turabián, J.. 1993. Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria. *Revista Atención Primaria*. 9: 616619.
- Unikel, S. C., Bojórquez, I., & Carreño, S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública México*, 46(6), 509-515.

Unikel, S. C., Bojórquez, L., Villatoro, J., Fleiz, C., y Medina-Mora, M. 2006. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997–2003. *Revista de Investigación clínica*, 58(1), 15-27.

Unikel, S. C., Caballero, R. A. 2010. Origen de los trastornos de la conducta alimentaria. En: *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). México, DF. pp: 13.

Unikel, S. C., Juárez, G. F. y Gómez-Peresmitré G. 2006. Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Mexican Female Students and Patients With Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 14: 430-435.

Vallejo, C. 2012. Factores de riesgo y variables clínica asociadas a situaciones extremas de peso: En: *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Tesis Doctoral. Barcelona, España. pp. 26.

Xu X., Mellor D., Kiehne M., Ricciardelli LA., McCabe MP., Xu Y. 2010. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*. 7 (2): 156-64.

Zagalaz ML, Romero S y Contreras OR. 2002. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen Corporal. Programa de prevención desde la educación Física escolar en la provincia de Jaén. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN: 1681-5.

# ANEXOS



## ANEXO I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO  
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

P: \_\_\_\_\_

No. Folio \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

### INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### ALIMENTACIÓN Y SALUD

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

A lo largo del instrumento notarás que se abarcan diferentes áreas de la salud, y resaltamos el hecho de que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues lo que más nos interesa es tu propia experiencia.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de **la manera más verídica posible**. Te garantizamos que la información que nos des es **CONFIDENCIAL**

Núm de cuenta.	Semestre que curso:
1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años cumplidos	
2. ¿Colonia y municipio en dónde vives?	
5. Estado civil de tus padres:	
( ) Casados ( ) Separados ( ) Viudo/a ( ) Solteros Otro _____	
6. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	
7. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?	
8. ¿Con quién vives?	
( ) Padres ( ) Sola ( ) Pareja ( ) Amigos ( ) Otros familiares Otro _____	
9. ¿A qué clase social consideras que perteneces? :	
( ) Alta ( ) Media-alta ( ) Media ( ) Media-baja ( ) Baja ( ) Pobre	

En la siguiente sección, marca con una **(X)** aquella opción, solo una por pregunta, que refleje lo que realmente haces actualmente. No hay respuestas "buenas" ni "malas".

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena)				
Acostumbro cenar o merendar				
Acostumbro desayunar				

**INSTRUCCIONES:** En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una X la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gorda				
3	Estar delgada es un logro muy importante para mi				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
5	El peso corporal es importante para ser aceptada				
6	El peso corporal es importante para sentirme bien				
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
8	Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy				
9	Estar gorda es sinónimo de imperfección				
10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa				
11	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan				
12	Las mujeres gordas son menos femeninas				
13	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgada me siento en control				

En los últimos 3 meses (marca **(X)** una opción por inciso, aquella que mejor refleje tu opinión, tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de tu sinceridad en las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar	1	2	3	4
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	1	2	3	4
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	1	2	3	4
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	1	2	3	4
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso	1	2	3	4
6	He hecho dietas para tratar de aumentar mi musculatura	1	2	3	4
7	He hecho ejercicio para tratar de aumentar mi musculatura	1	2	3	4
8	Me he "depletado" para que mis músculos se marquen más	1	2	3	4
9	He tomado suplementos para aumentar mi musculatura Especifica cual(es) _____	1	2	3	4
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es) _____	1	2	3	4

¡Muchas gracias por tu colaboración!

## ANEXO II. CARGA FACTORIAL DE LOS INSTRUMENTOS

Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal		
Factor 1 Interiorización		Carga Factorial
2	Me deprime sentirme gorda	<b>0.807</b>
3	Estar delgada es un logro muy importante para mi	<b>0.838</b>
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	<b>0.762</b>
6	El peso corporal es importante para sentirme bien	<b>0.614</b>
8	Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy	<b>0.769</b>
13	El aspecto físico es importante para sentirme bien	<b>0.893</b>
15	Cuando estoy delgada me siento en control	<b>0.640</b>
Factor 2 Creencias		
1	Las mujeres delgadas son más femeninas	<b>0.640</b>
5	El peso corporal es importante para ser aceptada	<b>0.675</b>
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja	<b>0.817</b>
9	Estar gorda es sinónimo de imperfección	<b>0.425</b>
10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa	<b>0.450</b>
11	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan	<b>0.882</b>
12	Las mujeres gordas son menos femeninas	<b>0.756</b>
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa	<b>0.464</b>

**Cuestionario breve para medir las conductas alimentarias de riesgo  
(CBCAR)**

<b>Factor 1 Atracón-Purga</b>		<b>Carga Factorial</b>
2	En ocasiones he comido demasiado, me atasco de comida	<b>0.837</b>
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	<b>0.816</b>
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	<b>0.714</b>
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso	<b>0.558</b>
<b>Factor 2 Medidas compensatorias</b>		
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual (es) _____	<b>0.785</b>
9	He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cual(es) _____	<b>0.791</b>
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es) _____	<b>0.770</b>
<b>Factor 3 Restricción</b>		
1	Me ha preocupado engordar	<b>-0.730</b>
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso	<b>-0.618</b>
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	<b>-0.904</b>

### ANEXO III. CONTENIDO DEL PROGRAMA Y DE LAS SESIONES.

Sesión	Objetivo	DURACIÓN
<b>Sesión 1: ¿Qué es la cultura de la delgadez?</b>	Promover la reflexión sobre la cultura de la delgadez e identificar como afecta nuestra conducta alimentaria.	<b>60 min.</b>
<b>Sesión 2: Dietas y suplementos: Mitos y realidades</b>	Corregir falsas creencias sobre aspectos relacionados con las "dietas" y el uso indiscriminado de los suplementos.	<b>60 min</b>
<b>Sesión 3: Taller</b>	Reforzar toda la información y habilidades adquiridas a través de: Concursos de carteles contra la cultura de la delgadez	<b>60 min</b>

#### **Sesión 1: ¿Qué es la cultura de la delgadez?**

**Objetivo:** Promover la reflexión sobre la cultura de la delgadez e identificar como afecta nuestra conducta alimentaria.

**Metodología:** Al inicio, se le explicará a los alumnos acerca del programa de prevención de manera general, de igual forma, cuáles serán las actividades a realizar a lo largo de la semana. Debes notificar al alumno que se necesita de su participación para que la sesión sea dinámica y activa. Se requiere que usted anime al grupo a participar y tomen conciencia acerca del tema.

**Nota:** todas imágenes presentan movimiento y unas van apareciendo de una en una. Se debe conocer la presentación para saber en qué tiempo se van cambiando las diapositivas.



Diapositiva 1

Se comienza con la pregunta ¿Y bien...tu que entiendes por cultura de la delgadez? ¿Para ti que significa? Después de tomar en cuenta sus opiniones, se procede a la diapositiva 2.



Para comenzar a hablar de que es cultura de la delgadez, comenzamos con algo aún más importante ¿Qué es cultura? ¿Alguien sabe que es cultura? ¿Qué se entiende por cultura? Después de tomar su opinión se procede a hablar que la cultura engloba aspectos religiosos, tradiciones, usos y costumbres, de

igual forma valores, inventos, en una época y tiempo determinado. Y se lee la definición de cultura de acuerdo a la real academia de la lengua española que es: un conjunto de modos de vida, conocimientos, grado de desarrollo artístico y científico, en una época y grupo social.

Ya que sabemos que es cultura, ahora bien, ¿Qué es la cultura de la delgadez? Es como a través del tiempo, de los valores, los usos y costumbres de cada país tienen respecto con la delgadez, y a nosotros nos venden todas estas ideas.



Un ejemplo de esto es el canon de belleza femenina, las medidas 90-60-90 que toda mujer debe tener para poseer el cuerpo perfecto.



En la primera imagen observamos que en tiempos remotos, un cuerpo robusto era un símbolo al que se le rendía adoración y culto, además de respeto. En la segunda imagen podemos ver que en nuestros días es totalmente opuesto, ponemos en un pedestal a cuerpos extremadamente delgados que se les rinde culto.



Aquí vemos un anuncio de un producto para bajar de peso que dice: “Quema la grasa de tu cuerpo. Goza de esa figura que siempre has deseado.”

La pregunta a hacer: ¿Deseado? ¿Por qué? ¿Para qué?

Todos estos productos juegan con nuestras emociones y deforman la manera de ver nuestra imagen corporal.

Y este tipo de publicidad no solo va enfocado a mujeres...también hay para hombres... “¿Quieres un cuerpo impresionante? Busca, aquí te lo garantizamos.”

Un cuerpo impresionante, ¿Para qué? ¿Para mí? ¿Para los demás? ¿A caso no soy impresionante tal y como soy? ¿A quién debo impresionar y porque?. Todos estos anuncios invasivos los vemos todos los días, he inconscientemente estas imágenes y todas estas palabras, las vamos guardando.

**Nota: Las siguientes diapositivas son acerca de modelos estéticos femeninos y masculinos. Se presentan diferentes imágenes de actores mexicanos con recuadros en rojos señalando cada una de las partes que se han ido modificando. También encontramos imágenes de miss universo en los 60's, como eran antes las participantes, de igual forma actores de cine interpretando súper héroes.**



Para esta diapositiva hay 4 imágenes en la misma. Deben ir apareciendo de una en una para que las diferencias se noten.

¿Alguien sabe quién es esta actriz? Ella es Eiza González, ha participado en varias telenovelas.

Esta foto es el 2010. (Se señala la primer imagen).

Esta es su foto en el 2013. (Aparece la imagen 2 y se señala). ¿Qué diferencias se observan?

Comienzan apareciendo los recuadros en rojo, remarcando sus principales cambios.

Su busto es más prominente, sus caderas son menos anchas y sus piernas demasiado delgadas.

Otro modelo estético que tenemos a la actriz Belinda. La primera imagen es el año 2007, la segunda es 2012. Lo que notamos es un aumento en sus senos, su cintura se me más angosta, la nariz y mentón operados.

¿Por qué piensan que estas personas tengan que operarse?

El mismo lugar donde trabajan lo demanda, y esto es lo que todos los días vemos y nos envuelven en “falsos modelos estéticos”.

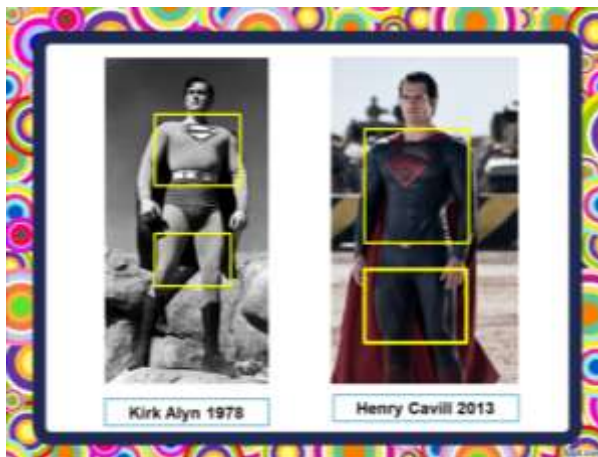




Todos conocemos a este actor, ¿Cómo se llama? Ferdinando. Vamos a notar la forma de su cara y sus pectorales.

Siguiente foto: ¿Qué diferencias notan?

Podemos ver que sus pectorales son más definidos, su cara más cuadrada.



Aquí vemos a super man (se muestra la imagen 1) miren el tamaño de sus pectorales y la forma de sus piernas. Es Kirk Alyn en 1978, él es el primer super man.

El siguiente actor es Henry Cavill, (Se muestra imagen 2), en la película de super man en 2013.

Fíjense en sus pectorales, brazos y piernas. ¿Qué notamos? ¿Observen como a lo largo de los años todos estos cuerpos van cambiando?

En la parte de tus tiempos y mis tiempos se muestra cómo han cambiado los cuerpos de hombres y mujeres, se debe analizar por qué surgen estos cambios y porque ahora consideramos esos cuerpos “los mejores, los más aptos, los que todo el mundo quisiera tener” cuando en realidad a lo que único que los están orillando es a tomar conductas de riesgo para su salud y que los impactara de manera negativa.

**Nota: cada una de las imágenes y los recuadros van a ir apareciendo de una en una.**



En tus tiempos...(Aparece la primer imagen de la izquierda) , tenemos una foto de las candidatas a miss universo en 1961. ¿De qué se pueden percatar? Dense cuenta de la forma de su cintura, sus piernas, el tamaño de su busto, el color de cabello.

En mis tiempos...(aparece la imagen 2 de la derecha), tenemos las candidatas a miss universo 2012.

¿Cuáles son las diferencias?

Para empezar su cintura, es más pequeña, sus piernas son extremadamente delgadas y sus bustos son más grandes...no son naturales. ¿Por qué tomar este modelo femenino para la mujer más hermosa del mundo y no la figura de los años 60's? ¿Por qué nos meten estas ideas de cuerpos perfectos cuando en realidad solo causa más daños?



¿Alguien conoce a este personaje? (Aparece la imagen 1). Él es Charles Atlas, conocido como el hombre más fuerte del mundo. La revista *Physical Culture* lo nombro como el hombre más desarrollado del mundo y el cuerpo más saludable en 1920. Comenzó a incursionar el fisicoculturismo. Observen

la forma de sus pectorales, sus brazos, sus piernas. Cabe aclarar que todo su cuerpo está formado a base de ejercicio.

En mis tiempos....Es Phil Heat, nombrado Mister Olympia 2011, 2012 y 2013, (Que es una competición de culturismo profesional que anulamente alberga a los mejores culturistas del mundo. Es organizada por la International Federation of Body Building & Fintnees (IFBB). )

Podemos observar que las diferencias son abismales en los cuerpos, a pesar de que son fisicoculturistas.



(Aparece la imagen 1). Aquí tenemos a Ana Bertha Lepe, fue 4º lugar en Miss Universo en 1953. Ella es Ximena Navarrete, Miss Universo 2010. (Aparece la imagen 2).

Ambas son mexicanas. Fíjense en sus piernas, sus brazos, su cintura. ¿Por qué tener este modelo

estético actual?



¿Conocen a este luchador?

Es el santo enmascarado de plata de los años 50-60's.

Y aquí esta Místico ahora llamado Sin cara.

¿Qué observan de los luchadores? Esto, no es solamente algo que solo vemos en la pantalla, desde niños, comienzan a involucrarnos este tipo de ideas



Aquí tenemos a la muñeca Barbie, veamos el color de los ojos y su cabello, si cintura y sus piernas ¿Cuáles son las medidas de Barbie? 91 cm. de pecho, 46 cm. de cintura y 84 cm. de caderas (medidas 91-46-84). Y 1.82 de estatura y 42 kg.

Y en los hombres tenemos a Max Steel el verdadero hombre de acción, observamos el color de sus ojos, su abdomen, grandes brazos y piernas.

En México, ¿Es nuestra fisionomía común? Entonces ¿Por qué adoptar rasgos como estos? Y aun peor, medidas y tallas antinaturales.



Entonces bien....(Se pasa a la diapositiva 13 y se deja solo el título y se procede a la pregunta )¿Porque tantos cambios? ¿Qué es lo que influye para que existan tantos cambios en nuestros cuerpos o adoptemos estos como imágenes perfectas o modelos a seguir? (Se toma opinión).

(Se pasa a la imagen 1 donde dice publicidad). 1ro: la publicidad: tenemos grandes medios de comunicación que nos bombardean de ideas para bajar de peso y “vernos mejor” o “tener el cuerpo deseado” o “impresionante”

(Se pasa a la imagen donde dice falsas ideas sobre la cultura de la delgadez).

2da: Ideas falsas sobre la cultura de la delgadez: por estos mismos medios y todo lo que nos rodea, no nos dan una idea real sobre lo que es esta cultura, al contrario solamente la distorsionan.

**En las siguientes imágenes se muestran personas con obesidad. Se necesita tener mucho cuidado al momento de exponerlas, de igual forma tener autoridad para poder controlar al grupo y no se prese a burlas u ofensas con sus compañeros.**



Las 2 personas causan repulcion ademas son contextos totalmente diferentes. Uno causa burlas y risas, ¿Y los demás?

Esto es porque nuestra misma sociedad nos ha estado orillando a eso, lo mismo la cultura que tenemos.

¿Qué piensas cuando ven a estas personas?



Son objeto de burla  
Son a los que siempre señalan  
Son a los que se rechazan  
¿Por qué?



¿Qué piensan de esta imagen?

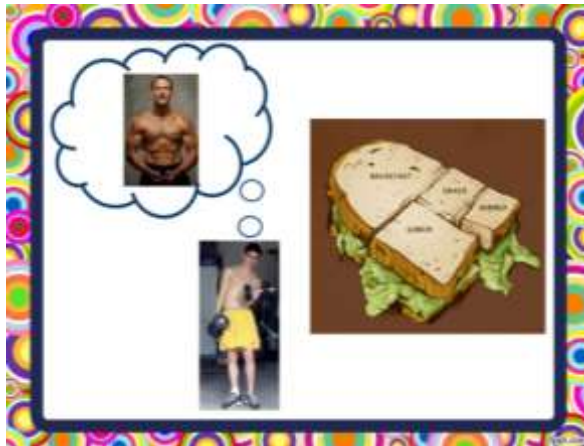
Y ahora, con todo esto que hemos visto...



¿Qué creen que hace la gente para conseguir esos cuerpos?



Adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud como:  
 -Realizar ejercicio NO PARA SU SALUD Y BIENESTAR FISICO, si no para bajar de peso.



Se tiene una idea equivocada acerca de la actividad física.  
 También, racionan sus alimentos



Y seguramente hay muchas veces en las que se encuentras en situaciones como estas y piensan: a mi, no me pasa que:  
 Me preocupa engordar y por eso siempre trato de checar mi peso  
 Evito alimentos para poder bajar de peso



Hago cualquier esfuerzo con tal de tener la figura deseada ya que el peso corporal y el aspecto físico es importante para conseguir ropa.

Me atasco de comida y después recorro a tomar laxantes o diuréticos para poder bajar de peso.



NO hay nada más importante que tu bienestar físico

Recuerda : Todo en exceso es perjudicial y tu

¿De lado estas?

¿Quisieras estar en alguno de los 2?

¿ De que lado quieres estar?



¡No te quedes en ninguno de los dos!

Vota por el lado saludable.



Final de la presentación.

Se agradece la participación de todos.

## Sesión 2: Dietas y suplementos: Mitos y realidades.



**Objetivo:** conocer cuáles son los daños permanentes por las falsas creencias que hay entorno a las dietas y el consumo de esteroides anabólicos, que es la activación física y cuáles son las recomendaciones en torno a ella.

**Metodología:** el alumno debe conocer a fondo de que se trata la sesión de la que se va a hablar cuál es el orden la presentación y en qué momento aparecen cada uno de los recuadros.

Se le explicará al alumno que la segunda sesión que se presentará es acerca de dietas y suplementos: los mitos y realidades que hay entorno a ellos.

Para dar inicio a la sesión se hace la pregunta ¿Saben que es un mito? Y se toma la opinión de los participantes.

Posteriormente se presentan los recuadros donde se comprenden las definiciones de “mito” y se leen.



En el recuadro verde: un mito es una idealización de un hecho o de un personaje que presenta caracteres extraordinarios o sobrehumanos. Como ejemplo se usa la imagen de Hércules.

Después se lee que: es una idea colectiva que se convierte en estímulo de un movimiento, o bien,

es una fantasía producto de la imaginación.





Se hace la pregunta:

¿Qué mitos relacionados con la comida y la alimentación conocen?

Se toman opiniones por parte de los participantes.

**Nota: en las siguientes presentaciones primero deberá aparecer el título primero, después si es cierto o falso, tomar opinión y después el porqué.**



Si voy más veces al baño durante el día, bajaré de peso...Se les pregunta ¿Ustedes creen que sea cierto o falso? Y se toman opiniones de porque es cierto y porque es falso. Posteriormente debe aparece el recuadro de rojo. Es falso ya que lo único que provocas es un daño a tu sistema

digestivo. Después debe salir el recuadro verde: lo cierto es que tu cuerpo te indica cuando es el momento para ir al baño.



Siguiente mito: Cenar engorda... ¿Quién opina que es cierto y quien opina que es falso? ¿Por qué?

Es absolutamente falso, cenar NO ENGORDA, lo que si pasa es que al dormir el cuerpo sigue trabajando por lo tanto sin alimentos no hay energía y el cuerpo la busca de todos lados,

esto fuerza a tu cuerpo causándole daños como el incremento a niveles de insulina y se favorecen problemas gástricos y además no se pierde peso.

**Saltarse una comida adelgaza**

Cierto Falso

Ocasiona una acumulación de grasa puesto que tu cuerpo la almacena ya que requiere energía y tú no la proporcionas

A slide with a teal header containing the text "Saltarse una comida adelgaza". Below the header are two buttons: a green one labeled "Cierto" and a red one labeled "Falso". To the right of the buttons is a red circle with a diagonal slash over a white silhouette of a person eating. To the left of the buttons is a pink rounded rectangle containing the text "Ocasiona una acumulación de grasa puesto que tu cuerpo la almacena ya que requiere energía y tú no la proporcionas". The slide has a colorful striped border at the top and bottom.

Saltarse una comida adelgaza...¿Cierto o falso?

Es FALSO. Lo cierto es que si tú te saltas una comida lo que ocasionas una acumulación de grasa puesto que tu cuerpo la almacena, porque requiere energía y tú no se las estas proporcionando a tu cuerpo.

**Nota: el orden para esta presentación primero aparece el título “Dietas mágicas”.**

**Dietas Mágicas**

¿?

A slide with a purple banner at the top containing the text "Dietas Mágicas". Below the banner are several images: a yellow moon with a face and stars on a dark blue background, a glass of yellow juice with a slice of orange and a straw, a red apple, a head of green lettuce, and a head of garlic. Two red question marks are positioned above the glass of juice. The slide has a colorful striped border at the top and bottom.

Posteriormente los signos de interrogación, y se hace la pregunta ¿Alguien conoce o ha escuchado hablar de dietas mágicas para poder bajar de peso? Y se toma la opinión de los participantes.

Después deben ir apareciendo cada una de las imágenes y se van nombrando: tenemos la dieta la luna, de los jugos, del ajo, de la lechuga y de la manzana...y todas te prometen bajar de peso y mantenerte saludable y sin hambre... todas suenan muy buenas....pero (Pasamos a la diapositiva 8)



¿ A costa de qué estas “dietas” hacen que bajes de peso y nadie lo dice? (Y aquí van apareciendo de una en una los recuadros naranjas y las imágenes) Primeramente deshidratación, desnutrición u obesidad, pérdida de vitaminas y minerales y el mal funcionamiento

de los órganos internos. A costa de esto, bajas de peso...¿Por qué hacerte daño?

Y ahora una pregunta muy importante



(Aparece el título de la diapositiva 9) ¿ Que significa estar a dieta? Y se toma la participación. A muchos para estar dieta significa: No come mucho  
No come grasas  
Evitar alimentos ... Esto es totalmente falso.



Dieta es un conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

Eso es dieta.



Una dieta saludable es diseñada de acuerdo a tu peso, a la actividad física que realices, a tu grupo de edad y tu género. Y no comprometen tu estado de salud.

**Pasamos a la diapositiva 12. Nota: a partir de esta diapositiva se comienza hablar acerca de los suplementos.**



Para comenzar este tema se realiza la pregunta: ¿Saben que son los suplementos? Y se toman opiniones. ¿Ha odio hablar mitos sobre los suplementos? ¿Cómo cuáles? Se toman opiniones.



Los suplementos son productos a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no de vitaminas y/o minerales que se pueden presentar en forma farmacéutica.

La finalidad de ellos es incrementar la ingesta dietética total, complementar o suplir algún componente.



Por lo tanto un suplemento como lo es "Ensure" no es lo mismo que los esteroides anabólicos" que te venden como suplementos...por lo tanto esto es falso.



La verdad en torno a los "suplementos" energéticos o proteínicos que muchas veces te venden en los propios gimnasios es que son:

Compuestos sintéticos o artificiales

Además perjudican tu cuerpo

Son costosas y tienen efectos

secundarios.



Si consume suplementos energéticos o proteínicos en pequeñas cantidades...no me harán daño... es cierto o falso...

Es totalmente falso ya que ocasiona daños tanto físicos como psicológicos. Físicos como aparición de acné, daños al corazón y aparato circulatorio, calvicie prematura, daño órganos como el hígado y los riñones, aparición de senos. En mujeres puede provocar el engrosamiento de la voz, aparición de vello.

Es totalmente falso ya que ocasiona daños tanto físicos como psicológicos. Físicos como aparición de acné, daños al corazón y aparato circulatorio, calvicie prematura, daño órganos como el hígado y los riñones, aparición de senos. En mujeres puede provocar el engrosamiento de la voz, aparición de vello.

En los daños psicológicos tenemos cambios de humor repentinos, son irritables y pueden llegar hasta ser agresivos y en muchos casos causa depresión.



Si consumo suplementos energéticos o proteínicos, rendiré más al hacer ejercicio.

¿Es cierto o falso?

Es falso ya que el consumo de suplementos energéticos te da energía por muy poco tiempo, el problema es que comienza a dañar tus órganos como corazón hígado y

riñones ya que primero porque el hígado es el filtro de tu cuerpo y aquí llegan todas estas sustancias y segundo porque tus órganos funcionan de manera excesiva y esto los lleva a perjudicar. De igual forma somos más propensos a tener lesiones en los músculos por mismo exceso de trabajo corporal.



Entre más pesas haga, tendré más musculo.

Es falso ya que cuando realizamos levantamiento de pesas o ejercicio en exceso lo primero que hacemos es provocar lesiones musculares, orgánicas y óseas en nuestro cuerpo. Otra situación que no

tomamos en cuenta es que cuando realizaos ejercicio con mucho peso y pocas repeticiones solamente provocamos un endurecimiento de los músculos pero no aumenta y tampoco se tonifica.

Lo cierto es que la musculatura, en gran parte depende de la genética de cada persona y del desarrollo de sus capacidades físicas como la resistencia, fuerza, velocidad y elasticidad. Y se necesita un entrenamiento adecuado y la tonificación de músculos.



sexo y actividad física.

Primero cuando comemos mucha carne estamos ocasionando que los niveles de colesterol en nuestro cuerpo aumenten por lo tanto tapamos nuestras arterias y hace trabajar de más a mi hígado y riñones.

Lo cierto es que la carne es rica en proteínas pero necesito la cantidad correcta para mi edad,



atractivo ya que lo cierto es que lo atractivo depende los distintos gustos de cada una de las personas y la fuerza se puede desarrollar con un adecuado entrenamiento.

Esto es falso por que la fuerza no depende de la musculatura, como por ejemplo: existen personas que son muy musculosas pero que se les complica cargar una cubeta de agua y personas no tan musculosas las cargan con facilidad. Además el ser musculoso no significa ser



Para comenzar el ejercicio saludable no solo se realiza en el gimnasio, existen diferentes tipos de ejercicios que te pueden mantener saludable, entre ellos encontramos los deportes como básquet bol, futbol, atletismo.

Además nuestro cuerpo necesita de diferentes tipos de actividad física no solamente los que se realizan en los gimnasios.



¿Ustedes que opinan? Lo que sucede cuando hacemos ejercicio en exceso, es que nuestro cuerpo se deshidrata, nos agotamos y podemos llegar a fatigar nuestros músculos y provocar lesiones.

Lo cierto es que lo saludable es hacer ejercicio moderado de 30 a 60 min y consiste en : realizar actividades que nos hagan respirara más rápido de lo normal y nos permita establecer una plática cómoda. También es importante complementar el ejercicio con descanso y una dieta saludable.

A partir de esta diapositiva se comienza a hablar acerca de la activación física. Comenzamos con la pregunta: ¿Qué es la activación física?.



Es una variedad amplia de movimientos musculares que trae como resultado un determinado gasto calórico. Existe dos tipos: la no estructurada que se refiere a las actividades que realizamos a diario como subir escaleras, caminar o andar en bicicleta. Y la

estructurada que se refiere a entrenamientos planificados.





nos permite mantener una conversación cómoda.



motrices.

Físicas: mejora la resistencia cardiorrespiratoria, mejora la función de nuestros órganos y sistemas, en general la composición corporal.

Desarrollo humano: confianza en sí mismo, equilibrio emocional, adecuada autoestima e integración social.

Para terminar pasamos a la diapositiva 26 donde se realizan los siguientes cuestionamientos:

Lo saludable es realizar actividad física de 30 a 60 minutos por día, por lo menos 5 días a la semana y lo recomendable es hacer actividad física de intensidad moderada la cual nos permite activarnos, nos hace respirar más rápido de lo normal y

Y los beneficios que nos brinda la actividad física los clasificamos en 3 grupos muy importantes:

Fisiológicos: mejora la función del sistema nervioso, desarrollo muscular, fortalecimiento del sistema óseo y mejora las habilidades

¿Qué descubrieron con esta plática?

¿Qué descubrieron con esta plática?

¿Qué le dirían a una persona que cree en alguno de estos mitos o está haciendo una de estas dietas mágicas?

Si uno de tus amigos está usando uno de estos esteroides anabólicos para aumentar su masa muscular y su fuerza, ¿qué le dirías?

¿Qué le dirían a una persona que cree en alguno de estos mitos o está haciendo una de estas dietas?

Si uno de tus amigos está usando uno de estos esteroides anabólicos para aumentar su masa muscular y su fuerza ¿Qué le dirías?

**Nota: Aquí no se les pide su opinión, solo son preguntas de reflexión.**

Actividad

Vas a escribir una carta dirigida a uno de tus amigos o amigas que sabes está haciendo alguna de estas cosas, que está poniendo en peligro su salud.

ACTIVIDAD.

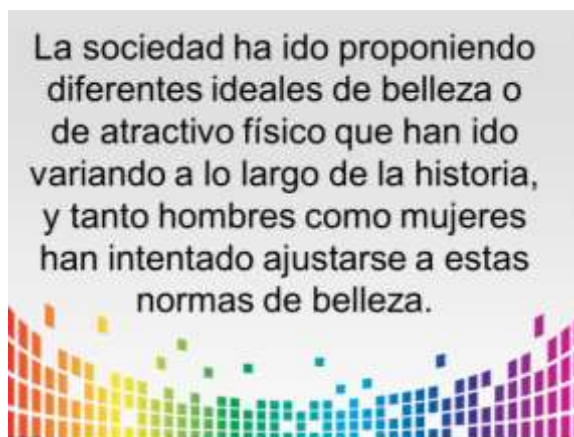
Se les pedirá a los participantes que redacten una carta dirigida a algún amigo o amia que esté realizando alguna de estas prácticas.

Se les pedirá en el momento.

## Taller: cultura de la delgadez.



**Objetivo:** como a lo largo de los años se ha modificado los estándares de la cultura. Desde la antigüedad hasta nuestros días.



**Introducción.** La sociedad ha ido proponiendo diferentes ideales de belleza o de atractivo físico que han ido variando a lo largo de la historia, y tanto hombres como mujeres han intentado ajustarse a estas normas de belleza.



A partir de esta diapositiva comenzamos a hablar acerca de la moda a través de la historia.

En la primera imagen tenemos a las mujeres prehistóricas. ¿Qué vemos en ellas? (Se toma la opinión de diferentes participantes)

Después aparece Nefertari, esposa de Ramsés II en el año 1250 a.C. En esta imagen nos podemos percatar de que ya se comenzaba a usar maquillaje en las mujeres.



Aquí tenemos a la venus de milo. Observemos la proporción de sus caderas, su busto... ¿Hay mujeres así actualmente?

Posteriormente podemos observar a las mujeres en el imperio romano y tenemos a las mujeres en la edad media. ¿Qué cambios son notorios?



Podemos ver que las mujeres en el imperio romano poseían un cuerpo más robusto pero en la edad media, los cuerpos solo de la cintura se ven más pequeños y las caderas siguen prominentes.

Aquí vemos a la emperatriz Ana María. Independencia de México. ¿Cómo es la forma de

su cuerpo? (Se toma la participación del público)

En la época del porfiriato se comenzó a usar el corsé para estilizar la figura femenina. Después tenemos la imagen de una mujer en la revolución mexicana. ¿Cuáles son las diferencias entre estas 3 mujeres?

En la primera se ve robusta, en la segunda se necesitaban ver más delgadas y necesitaban resaltar su cuerpo, y la última se nota delgada y con vestimentas más discretas.



En cuanto a los hombres, aquí tenemos a los de la prehistoria, observen como se ven sus músculos. Después tenemos a Ramsés II.



La primera imagen es el Discóbolo de Mirón de en la época clásica griega. Vamos a observar la forma de su cuerpo ¿Se ve musculoso como los hombres hoy en día? Después tenemos a César Augusto, primer emperador romano y

después a los hombres en la edad media. ¿Qué diferencias notamos en sus cuerpos? Pasaron de ser musculosos a ser más delgados.



Después tenemos a Agustín de Iturbide en la época de la independencia de México. Esta imagen es del porfiriato ¿Qué diferencias encuentran entre los hombres de la época de la independencia y del porfiriato? Vemos

que los hombres se ven más robustos, el bigote comenzó a estar a la moda y por eso se caracterizaban. La imagen posterior en la revolución, ¿Cómo se veían los hombres?

Se ven más delgados, el bigote sigue siendo característico pero no se ven musculosos.



La primer imagen es de la actriz mexicana María Félix, vamos a describirla físicamente: se notan sus pómulos, el tamaño de sus senos es el promedio, se ven sus caderas prominentes, el tamaño de sus brazos se ve

normal y además no se ve enferma y no se ve nada mal.

La segunda imagen ¿qué podemos describir en comparación con la primer imagen? Se ve extremadamente delgada, veamos el tamaño de su cara, sus piernas, sus brazos ¿Por qué se deforma tanto el físico?



En la primera imagen tenemos a Antonio Aguilar que es la imagen del charro mexicano ¿Qué vemos? Y después tenemos a Alejandro Fernández ¿Qué diferencias notamos?

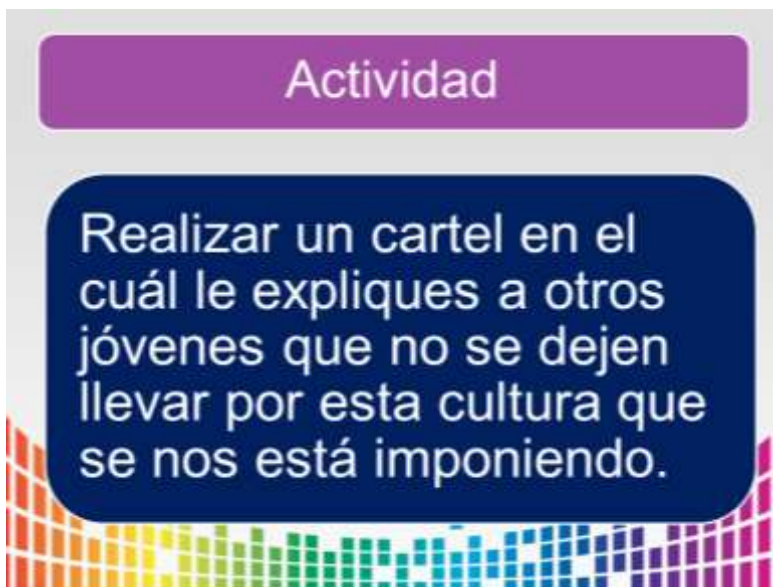
¿Por qué hoy en día tenemos estereotipos de cuerpos diferentes a nuestros antepasados? Porque sin duda alguna el imperio que rige es el impone, cultura, estilos de vida, la moda y la forma de vernos.



Los medios de comunicación son los que nos llevan a todo esto, nos acercan a todo lo que hay pero muchas veces de forma errónea.

Por eso hoy en día tenemos la falsa cultura acerca de la delgadez, como vemos cuerpos extremadamente delgados como vemos cuerpos son sobrepeso y obesidad.

De acuerdo a lo que hemos visto realizaremos la siguiente actividad.



Que es un cartel en el que les expliques a otros jóvenes que no se dejen llevar por esta cultura que se nos está imponiendo.

## ANEXO. IV ASPECTOS ÉTICOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“Programa de prevención de conductas alimentarias de riesgo y sedentarismo en estudiantes de preparatoria de Hidalgo, México.”**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR.

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil para poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE DICHA COMUNIDAD.**

La participación de su hijo(a) consistirá en:

1) Permitir la toma del peso y estatura (15 min); 2) Responder una serie de preguntas relacionadas con sus hábitos alimentarios y actividad física (30 min). Resaltamos el hecho de que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues lo que más nos interesa es la propia experiencia de su hijo(a); 3) Participar en una serie de sesiones interactivas sobre alimentación, nutrición, ideas falsas sobre dietas y suplementos, importancia del desayuno y de la actividad física.

Los beneficios que obtendrá su hijo(a) serán: a) conceptos actuales sobre alimentación y nutrición, b) consejos sencillos y prácticos para mejorar sus hábitos alimentarios, c) la importancia de la actividad física cotidiana, d) participar en un proyecto de investigación innovador cuyo objetivo es implementar y evaluar un programa de prevención de conductas alimentarias de riesgo y sedentarismo en estudiantes de una preparatoria pública de Hidalgo, México.

El logro de nuestros propósitos depende del sentido de cooperación de su hijo(a), de que responda de manera honesta y verídica los cuestionarios. Hacemos de su conocimiento que los resultados generales serán entregados a los directivos de la escuela una vez que se haya concluido la investigación.

**CONFIDENCIALIDAD:** Le garantizamos que las valoraciones, y determinaciones efectuadas en su hijo(a) durante el proyecto, tendrán un carácter de total confidencialidad, y serán utilizadas solamente con fines de investigación.

Nombre de mi hijo(a): \_\_\_\_\_ Turno:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN:**



Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina. Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Tel: 771-71-7200 Ext. 5114 o 5116. [saucemol@hotmail.com](mailto:saucemol@hotmail.com)

Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña. Área Académica de Psicología. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Tel: 771-71-7200 Ext. 4113. [remar64@yahoo.com.mx](mailto:remar64@yahoo.com.mx)



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE**

Por este medio te invitamos a participar en el estudio de investigación titulado: Programa de prevención de conductas alimentarias de riesgo y sedentarismo en estudiantes de preparatoria de Hidalgo, México.

**RESPONSABLES:** Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina. Área Académica de Nutrición. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Tel: 771-71-7200 Ext. 5114 o 5116. [saucemol@hotmail.com](mailto:saucemol@hotmail.com).

Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña. Área Académica de Psicología. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Tel: 771-71-7200 Ext. 4113. [remar64@yahoo.com.mx](mailto:remar64@yahoo.com.mx)

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Implementar y evaluar un programa de prevención de conductas alimentarias de riesgo y sedentarismo en estudiantes, hombres y mujeres de una preparatoria pública de Hidalgo, México.

**TU PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN:** 1) Permitir la toma de tu peso y estatura (15 min); 2) Responder una serie de preguntas relacionadas con algunos puntos de tu estilo de vida, como: hábitos alimentarios y actividad física (30 min). Resaltamos el hecho de que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues lo que más nos interesa es TU propia experiencia; 3) Participar en una serie de sesiones interactivas sobre alimentación, nutrición, ideas falsas sobre dietas y suplementos, importancia del desayuno y de la actividad física.

**VENTAJAS PERSONALES PROVENIENTES DE TU PARTICIPACIÓN:** Conocer más sobre tu actual estado de salud, actualizar conocimientos sobre nutrición y alimentación, recibir consejos sencillos y prácticos para comer saludablemente, y la satisfacción personal de haber colaborado con un estudio innovador que pretende prevenir conductas alimentarias no saludables y favorecer la actividad física.

**INCONVENIENTES PERSONALES PROVENIENTES DE TU PARTICIPACIÓN:** 1) Verte en la necesidad de despojarte de algún tipo de ropa (suéter, chamarra, etc.), accesorios y calzado para la toma del peso y estatura 2) Estar disponible por 30 minutos para responder los cuestionarios con los datos requeridos por la investigación.

**ACLARACIONES**

- Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- Si decides participar en él puedes retirarte en el momento que lo desees, sin ninguna represalia.
- No recibirás pago por tu participación.
- En el transcurso del estudio podrás solicitar información sobre el proyecto y tu participación.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de responsables.
- Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

**Yo declaro haber leído y comprendido** la información anterior y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Turno

## ANEXO V. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Toma de peso y Talla



Organización de los alumnos de nutrición para dar las sesiones



Momento donde las alumnas de nutrición impartían las sesiones a los jóvenes de preparatoria.



Taller de cultura de la delgadez

o