



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

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

Estudio comparativo: Evaluación del impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en alumnas de preparatorias de Pachuca, Hidalgo.

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Nutrición

P R E S E N T A N

Beatriz Monter Contreras

Mauricio Ángeles Cruz

Bajo la Dirección de:

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



Pachuca, Hgo., Agosto 2012

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).....	1
1.2 ANOREXIA NERVOSA (AN)	1
1.2.1 <i>Características de diagnóstico</i>	2
1.3 BULIMIA NERVOSA (BN)	3
1.3.1 <i>Características de diagnóstico</i>	3
1.4 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO (TANE)	5
1.4.1 <i>Criterios de diagnóstico para TANE</i>	5
1.5 PRINCIPALES CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	6
1.6 FACTORES DE RIESGO	6
1.6.1 <i>Factores predisponentes</i>	6
1.6.2 <i>Factores precipitantes</i>	9
1.6.3 <i>Factores de mantenimiento</i>	10
1.6.4 <i>Factores de riesgo para la anorexia nervosa</i>	11
1.6.5 <i>Factores de riesgo para la bulimia nervosa</i>	12
1.7 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	12
1.8 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TCA.....	13
1.9 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TCA.....	15
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	20
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. OBJETIVOS	26
4.1 OBJETIVO GENERAL	26
4.1.1 <i>Objetivos Particulares</i>	26
5. HIPOTESIS	27
6. DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.1 TIPO DE ESTUDIO	28
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	28
6.3 MUESTRA	28
6.4 INSTRUMENTO Y MATERIALES	29
6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	30
6.5.1 <i>Sociodemográficas</i>	30
6.5.2 <i>Variables dependientes</i>	31
6.5.3 <i>Factores socioculturales</i>	33
6.5.4 <i>Variable Independiente</i>	34
6.6 PROCEDIMIENTO.....	35
6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
6.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	36

7. RESULTADOS	37
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	37
7.2 COMPARACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EVALUADOS ENTRE LAS PREPARATORIAS EN EL PRETEST ...	38
7.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).	40
7.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP)....	41
7.2.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo.....	42
7.2.4 Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P).....	43
7.2.5 Insatisfacción con la imagen corporal.....	44
7.2.6 Punto de corte del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).....	44
7.2.7 Punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo.....	46
7.3 COMPARACIÓN ENTRE LAS PREPARATORIAS EN LOS DISTINTOS TIEMPOS DE EVALUACIÓN.....	47
7.4 COMPARATIVO DEL IMC-P A LO LARGO DEL TIEMPO	49
7.5 INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL A LO LARGO DEL TIEMPO.....	51
7.6 COMPARACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DENTRO DE LAS PREPARATORIAS.....	52
7.6.1 PREPARATORIA PRIVADA	52
7.6.1.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo	52
7.6.1.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes.....	54
7.6.1.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo	56
7.6.2 PREPARATORIA PÚBLICA	58
7.6.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo.....	58
7.6.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes.....	60
7.6.2.3 Cuestionario de actitudes hacia el cuerpo	62
8. DISCUSIÓN	64
9. CONCLUSIONES	71
9.1 SUGERENCIAS	73
10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	74
ANEXOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre alumnas de una preparatoria pública y una privada en Pachuca, Hidalgo.

Material y métodos: Se trabajó con una muestra autoseleccionada (N=37) de mujeres adolescentes; 50% pertenecían a una preparatoria privada, y 50% a una pública, con una media de edad de 15.78 (DE±1.166) y 16.53 (DE±1.679) respectivamente. Se realizó un estudio cuasi-experimental longitudinal comparativo (pre-postest), con dos seguimientos a 3 y 6 meses. Se aplicó un cuestionario multidimensional para evaluar factores de riesgo, específicamente: socioculturales, conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo e imagen corporal. Se impartió un programa de prevención primaria combinando las técnicas cognitivo- conductual y psicoeducativa que consistió en cinco sesiones de dos horas cada una, en las que se trataron temas tales como: autoestima, imagen corporal y alimentación. Se pesó y midió a cada participante para obtener su Índice de Masa Corporal (IMC). **Resultados:** Los factores de riesgo que disminuyeron significativamente a lo largo de la intervención, tanto en la escuela privada como en la pública fueron: Atracón-purga, restricción; influencia de la publicidad; creencias; e interiorización. El factor tiempos de comida, considerado como un factor protector, aumentó de manera significativa solo en la institución pública. Los porcentajes de Bajo peso, Sobrepeso y Obesidad disminuyeron a lo largo de la intervención, aumentando los valores de peso normal, aunque no con significancia estadística. Al finalizar la intervención la variable insatisfacción con la imagen corporal no mostró cambios significativos. **Conclusiones:** De manera general, el análisis de los resultados obtenidos permite concluir que la intervención ayudó a disminuir varios de los factores de riesgo evaluados y logró aumentar en las participantes la probabilidad de no desarrollar un TCA.

Palabras clave: Prevención Primaria, Trastornos de la conducta alimentaria, Factores de riesgo, Mujeres

ABSTRACT

Objective: Evaluate a primary prevention program impact on risk factors associated with eating disorders, among students of a public and a private school in Pachuca, Hidalgo.

Material and Methods: We worked with a self-selected sample (N = 37) of adolescents female, 50% belonged to a private school, and 50% to public, with a mean age of 15.78 (SD \pm 1.166) and 16.53 (SD \pm 1,679) respectively. We conducted a longitudinal quasi-experimental comparison (pre-posttest), with two follow-ups at 3 and 6 months. We applied a multidimensional questionnaire to assess risk factors, specifically: sociocultural, eating behaviors, attitudes toward the body and body image. We taught a primary prevention program combining cognitive behavioral and psychoeducational techniques, which consisted of five sessions of two hours each, that covered topics such as: self-esteem, body image and alimentation Each participant was weighed and measured to get their Body Mass Index (BMI).

Results: The risk factors that decreased significantly during the intervention, in the private and in public school were: Binge-purging, restriction, advertising influence, beliefs, and internalization. The factor meal times, considered as a protective factor, increased significantly only in the public institution. The percentages of underweight, overweight and obesity decreased over the intervention, increasing the values in normal weight, although not statistically significant. After the intervention the body image variable didn't change significantly.

Conclusions: In general, the results analysis leads the conclusion that the intervention helped to reduce some of the assessed risk factors and managed to increase the likelihood of not developing an eating disorder in the participants.

Keywords: Primary Prevention, Eating disorders, Risk Factors, Women.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen hoy en día un problema de salud pública, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta [1].

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se define como TCA a las enfermedades mentales que constituyen un grupo de desórdenes caracterizados por una conducta alterada de la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos para el control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos y del funcionamiento psicosocial, caracterizándose por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, por lo cual tienen pensamientos distorsionados respecto a la comida, su cuerpo y a su peso [2].

Estos incluyen:

- Anorexia Nervosa (AN).
- Bulimia Nervosa (BN).
- Trastornos del comportamiento alimentario no especificado (TANE) [2].

1.2 Anorexia Nervosa (AN)

Etimológicamente anorexia quiere decir “falta de apetito”, pero esto no es realmente lo que se presenta en la enfermedad como tal, en las primeras fases de la AN el individuo experimenta una gran sensación de hambre, ya que lo que suele hacer es la reducción de la ingesta: niegan el hambre y la reprimen con su fuerza de voluntad [3].

La AN es una enfermedad mental grave que afecta a 0.5 a 1.0% de las mujeres, el trastorno generalmente se presenta durante la adolescencia o edad adulta joven y

se caracteriza por una intensificación en la búsqueda de la delgadez, lo que lleva a un comportamiento que contribuye al mantenimiento de un bajo peso corporal [4]. Se acompaña con la presencia de trastornos fisiológicos importantes, prácticamente todos los sistemas se encuentran alterados, los síntomas pueden ir desde bradicardia, hipotensión, deshidratación, leucopenia y posiblemente anemia, sin dejar de mencionar las alteraciones presentes en los electrolitos, en casos extremos la presencia de osteoporosis temprana y arritmias cardíacas. Todos estos factores juegan un papel importante con respecto a la mortalidad y síntomas de otras enfermedades psiquiátricas, en especial el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad [5].

1.2.1 Características de diagnóstico

El siguiente listado muestra de una manera simplificada los diversos factores que se toman en cuenta para el diagnóstico de AN:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- Distorsión en la percepción de la figura corporal, que se ve con mayor volumen del que realmente posee; lo que los lleva a una exageración de la importancia de la imagen corporal en la autoevaluación.
- En las mujeres puberales presencia de amenorrea (falta de menstruación), al menos durante tres ciclos menstruales consecutivos [6].

Para fines adecuados se realiza la siguiente subdivisión:

- Restrictiva: En la cual la persona no recurre a atracones o a purgas (ejemplo de esto sería la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas).
- Compulsiva/purgativa: En la cual la persona recurre habitualmente a atracones o purgas [6].

1.3 Bulimia Nervosa (BN)

La Bulimia Nervosa es un trastorno de la alimentación que afecta al 1-2% de mujeres, mayoritariamente adolescentes y en adultas jóvenes. Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas, con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva, como en el caso de la AN, por su imagen corporal [7].

1.3.1 Características de diagnóstico

- Presencia de atracones recurrentes, los atracones se caracterizarán por:
 - a. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirán en un periodo de tiempo similar.
 - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Realización de conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, las cuales tendrán como fin no ganar peso, (provocación de vómito, uso de diuréticos, laxantes, ayuno y ejercicio físico.)
- Las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar por lo menos dos veces por semana en un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal [6,8].

Otra característica que se presenta como resultado de los periodos de atracones es el sentimiento de “culpabilidad”, por lo que automáticamente recurren a conductas compensatorias, con las que creen que pararán los efectos producidos por el atracón, con lo que se sienten limpias y con la conciencia tranquila, o puede significar una forma de autocastigo [9].

En conjunto todas estas situaciones forman una cadena muy difícil de romper, el individuo empieza con restricciones alimentarias, formando una terrible tensión, hasta que es tan fuerte que solo el atracón le puede aliviar, encontrándose al grado de la pérdida de control, se come grandes cantidades de comida en un

espacio de corto tiempo; inmediatamente, la culpabilidad de sus actos le atormenta y así comienza de nuevo el ciclo [9].

De igual manera se realiza una subdivisión:

- Purgativo: El individuo se provoca regularmente el vómito, utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: El individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas (Tabla 1) [6].

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre distintos tipos de anorexia y bulimia nervosa

	Anorexia nervosa restrictiva	Anorexia nervosa Compulsivo-purgativa	Bulimia nervosa Tipo purgativa	Bulimia nervosa Tipo no purgativa
Peso corporal	15% o más por debajo de lo normal	15% o más por encima o por debajo de lo normal	10% o más por encima o por debajo del normal	10% o más por encima o por debajo del normal
Control de peso por:				
Dietas restrictivas	+++	+	+	+
Conductas purgativas	---	+	++	---
Conductas inapropiadas	---	---	---	++
Sobreingesta	No	Sí	Sí	Sí
Alimentos temidos	Si	Si, son los más incluidos en los episodios de sobre ingesta	Si, son los más incluidos en los episodios de sobre ingesta	Si, son los más incluidos en los episodios de sobre ingesta
Aspecto físico	Muy demacradas	Variablemente demacradas o aspecto normal (mayor dificultad de diagnóstico)	Variablemente demacradas o aspecto normal	Variablemente demacradas o aspecto normal

Fuente: Mataix y Linares 2008 [10]

1.4 Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado (TANE)

Según la Asociación Psiquiátrica Americana, los TANE son formas incompletas que no cumplen todos los criterios clínicos para poder ser diagnosticadas como TCA (AN o BN) pero que pueden ser igualmente graves [6].

1.4.1 Criterios de diagnóstico para TANE

- Se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de AN pero el individuo mantiene una menstruación regular.
- Se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de AN pero el individuo mantiene un peso dentro de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios de BN, pero los episodios de sobreingesta ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana y su duración es inferior a tres meses. Una persona con peso normal lleva a cabo conductas de control del peso inadecuadas tras comer pequeñas cantidades de comida: por ejemplo, provocarse el vómito tras comer dos galletas.
- La persona mastica y escupe grandes cantidades de comida pero no la traga.
- Trastornos por atracción: Episodios recurrentes de sobreingesta en ausencia de las inadecuadas conductas compensatorias de la BN [6].

Se consideran estos casos como síndromes parciales, atípicos o subumbrales, dado que se trata de cuadros bien establecidos clínicamente en los que se encuentra una conducta alimentaria alterada, pero sin presentar alguno de los criterios fundamentales de los otros trastornos. Otra posibilidad es que tan solo se trate de síndromes transitorios o que anteceden en tiempo al establecimiento definitivo de un cuadro completo de AN o BN [11].

1.5 Principales causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Hay muchos factores, tanto genéticos como personales, familiares y socioculturales, que resultan determinantes en la aparición de los TCA. Se ha podido establecer una primera clasificación, diferenciando entre los factores que con más frecuencia predisponen a contraer alguno de ellos, los que pueden precipitarlos y aquellos que los mantienen y cronifican [8].

1.6 Factores de Riesgo

Son aquellos condicionantes (estímulos, conductas y características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome, un conjunto de síntomas (cualitativos y cuantitativos agrupados) como son los criterios diagnósticos 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 [12].

1.6.1 Factores predisponentes

En este primer grupo se describen aquellos factores que pueden ser específicos de cada persona, en su familia, o su entorno socio- cultural.

a) Factores personales

Baja Autoestima: El hecho de tener una baja autoestima puede repercutir de forma muy seria en el rendimiento tanto social como escolar. En el tema que nos ocupa, facilita que haya una preocupación excesiva por la imagen corporal y una distorsión de la misma [8]. Si el aspecto físico no es el que se supone que se debería tener por más que se intente o desee, la imagen

corporal que se quiere alcanzar y la que realmente se tiene empiezan a entrar en conflicto, y la gente se encuentra vulnerable a las dudas sobre sí misma, por lo que la autoestima resulta afectada, en consecuencia su percepción sobre sí mismo, y sus pensamientos empiezan a sobre o subestimar lo que las demás personas piensan de ellos (no merezco que me quieran, ¿a quién le voy a gustar?) [3].

Imagen corporal: Se entiende como imagen corporal a la representación mental que se tiene del propio cuerpo (realista o no), que se construye mediante la observación de uno mismo, las relaciones de otros y de la interacción entre actitudes, emociones, fantasías, recuerdos y experiencias. En los TCA se han identificado al menos dos disfunciones de la imagen corporal: una perceptual, que implica la distorsión del tamaño del cuerpo, y otra cognitiva, que implica la evaluación del cuerpo en términos de insatisfacción [13].

Nivel muy alto de exigencia: El perfeccionismo, conducta que se relaciona con personas que buscan metas muy elevadas, tienen muy buenos resultados académicos, todo cuanto no sea triunfar es un fracaso, una característica de este tipo de personalidad es que algo que les hace sentir muy bien es siempre ser los primeros en todo, necesitan la aprobación y la aceptación social. Cuanto más elevadas sean las metas más difícil es alcanzarlas y de ahí la permanente sensación de insatisfacción generalizada que se presenta en los TCA, por lo cual sólo se satisface en el autocontrol en cuanto su peso y los alimentos [14].

Autoimposición de dietas: Una elevada preocupación por la comida y la presencia de ayuno continuo suele traer como resultado la autoimposición de dietas, una tendencia a coleccionar recetas, aumentar el consumo del café, té y especias, masticar chicle, presencia de atracones, depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas de concentración, apatía, trastornos en el sueño etc. En la mayoría de las dietas restrictivas o hipocalóricas que suelen seguir las personas con un posible desarrollo de un TCA son de

dudoso valor para la salud, en las cuales, los consejos principales son evitar las grasas y disminuir al mínimo la ingesta calórica [8].

b) Factores familiares.

Vida familiar: En este aspecto se tiene la presencia de familiares de primer grado que manifiestan o han cursado con algún TCA, trastornos afectivos, abuso de alcohol en algún miembro o de alguna otra sustancia adictiva, que la madre haya presentado obesidad, así como el estatus socioeconómico medio/alto [15]. Una conducta hiperprotectora de los padres influye negativamente en el desarrollo autónomo de los hijos, de tal forma que cuando llegue el momento de decidir y actuar, no estarán acostumbradas, dado que siempre lo han tenido todo resuelto [8].

c) Factores socioculturales.

Actividades / profesiones de riesgo: Ejemplo de esto son aquellas que implican una exhibición pública del cuerpo, como lo son el ser gimnasta, modelo, artistas, deportistas, los cuales tienden a seguir regímenes con dietas hipocalóricas, actividad física excesiva, todo esto para poder mostrar y mantener una imagen adecuada que requiere el tipo de actividad que desempeñan [14].

Modelo social e influencia de los *mass media*: Los medios de comunicación influyen en la imagen corporal y el deseo de cambiar de peso, esto se produce por el constante bombardeo de imágenes de modelos anormalmente delgados que supuestamente representan el estado físico ideal [16]. Las conductas, actitudes y valores son aspectos que dominan en la sociedad donde se vive, aunque sin duda estos también los hay propios de la edad, como lo son los de los adolescentes (determinados vestidos, peinados, cierta forma de hablar, la forma de vestirse hasta la preferencia de determinados actores y actrices que estén de moda), el principal agente sociocultural es el actual modelo social en el que la juventud y la delgadez juegan un papel primordial, gracias a la publicidad y

la moda, junto a las denominadas actividades o profesiones de riesgo, el cual se acrecienta más entre la población juvenil, todo esto como resultado de la publicidad [8].

1.6.2 Factores precipitantes

Hacen referencia a aquellas circunstancias que pueden causar que se desencadene la enfermedad, la principal forma de relacionarlo es que el individuo ha experimentado un intenso sufrimiento emocional y no encuentra la manera de hacerle frente de una forma saludable [8].

a) Experiencias estresantes: Los TCA incluyen aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobre estimado en el aspecto físico. Esto lleva a tener una baja opinión de su propia apariencia, preocupándose excesivamente por la opinión de los demás y creer que uno es insuficiente, y que uno no puede ser amado por su aspecto físico [17]. Se empieza a formar un sentimiento de rechazo hacia su imagen y en consecuencia se aumenta la posibilidad de contraer un TCA [12].

b) Ejercicio físico excesivo: La actividad física se recomienda para la reducción y el mantenimiento de peso porque: modestamente, contribuye a la disminución de peso en los adultos con sobrepeso y obesidad; puede reducir la grasa abdominal, aumenta la competencia cardiorespiratoria, y ayuda en el mantenimiento del peso perdido [18]. Sin embargo, también nos podemos encontrar con una dependencia hacia la actividad física. Morgan la caracterizó en: Insistencia inexcusable en practicar ejercicio físico cada día. Síntomas de “abstinencia”, como irritabilidad, ansiedad o depresión ante la imposibilidad de hacer ejercicio. Continuidad de la actividad física pese a no estar recomendada por motivos médicos o sociales. En consecuencia, la actividad física en exceso, asociada además al deseo de adelgazar, puede ser la desencadenante de un TCA [8].

c) Adolescencia: Con el desarrollo puberal se produce, junto al desarrollo físico y sexual, un alejamiento de la dependencia familiar y en contrapartida se aumentan las relaciones extra-familiares, se forman nuevos grupos, nuevos ideales y cambios rápidos en los deseos de futuro. Los adolescentes ya no se identifican con la familia y sí con el grupo, necesitando su aprobación. Se dejan llevar de los gustos, deseos y maneras de actuar y vestir de los amigos, incluyendo por supuesto una influencia notable en la manera de comportarse. Los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes, y la imagen física es un elemento clave de comparación, que en un adolescente con baja autoestima, puede detonar la decisión de hacer dieta, puerta de entrada a los TCA [19].

1.6.3 Factores de mantenimiento

Se definen como aquellos causantes de que la enfermedad perdure y que son consecuencia de los mismos trastornos, es decir efectos fisiológicos y emocionales, que pueden seguir ejerciendo un papel de mantenimiento del trastorno. Entre algunos ejemplos encontramos [8,14]:

a) Trastornos psiquiátricos y malnutrición: La malnutrición juega un papel importante en la mayoría de los casos de TCA, provocando una alteración del hambre, el proceso de la digestión y conduciendo a comportamientos obsesivos y compulsivos, poniendo en riesgo la salud de los individuos. La imposición de una dieta no solo se mantiene por la situación fóbica de ganar peso, sino también por el esfuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse lo que le permite autoevaluarse, desarrollando en el individuo un sistema de creencias distorsionadas de su imagen [14].

b) Modelo social y cultural: Una vez que el individuo ha alcanzado la delgadez, puede recibir una valoración muy positiva por parte del entorno. Este halago es el resultado del ideal forjado del cuerpo perfecto, pero este tipo de valoraciones ya no son suficientes ya que el individuo seguirá

buscando tener una figura más delgada que el de una modelo, por ejemplo [8,14].

c) Factores Psicosociales y familiares: La familia en los trastornos alimentarios, influye con comentarios críticos sobre la apariencia física; en particular algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, mientras que el afecto materno funge como un factor protector. Se ha encontrado que las personas suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo [20].

d) Índice de Masa Corporal: El índice de masa corporal constituye uno de los componentes, entre los métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional, más utilizados por su simplicidad de obtención y análisis [21]. Se le ha asociado a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, pues el peso corporal es un buen predictor de riesgo, entendiendo que cuando se presenta un IMC mayor, éste se traduce en un alejamiento de la figura “ideal” promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación, que han estigmatizado a la obesidad e incluso al sobrepeso, y no por razones de salud sino por consideraciones psicoestéticas [22].

1.6.4 Factores de riesgo para la anorexia nervosa

Es necesaria la presencia de varios factores para que se produzca el trastorno.

- Problemas alimentarios presentados en la infancia.
- Autoestima baja.
- Predominio de conductas neuróticas.
- Sobreprotección materna.
- Presencia de algún pariente del sexo femenino que sufra de AN o BN [5].

1.6.5 Factores de riesgo para la bulimia nervosa

No existe, al igual que en la AN, una causa única que pueda considerarse como determinante en el desarrollo o aparición de la BN. Aun así, podemos hablar de una serie de factores de riesgo:

- Mujer de aproximadamente 20 años pertenecientes a sociedades desarrolladas, con algún trastorno de personalidad.
- Presencia de obesidad previa y realización de dietas crónicas.
- Perteneciente a familias en las que se sobrevalora la figura y el peso y mantenimiento de estos valores.
- Muy baja autoestima e insatisfacción con la imagen corporal.
- Frecuente consumo de alcohol, anfetaminas y otras drogas.
- Cleptomanía frecuente (roban comida o dinero para comprarla) [10].

1.7 Aspectos epidemiológicos

El incremento de casos de la alteración de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en adolescentes, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere [23].

A nivel internacional se ha encontrado que la incidencia de AN es de 8 casos por 100,000 habitantes por año, mientras que la BN es de 12 casos [24]. Algunos estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas [25].

La mayor parte de los estudios epidemiológico de los TCA en México, se han llevado a cabo en población estudiantil, mediante la aplicación de cuestionarios de tamizaje. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México de septiembre de 2001 a mayo del 2002 entre la población de 18 a 65 años de edad, se encontró una prevalencia nula de AN y de BN alguna vez en la vida de 0.6% para hombres y 1.8% para mujeres, dejando fuera a los adolescentes donde son más frecuentes los TCA [26].

Con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas entre 1995 y 2001, se realizó un estudio en dos muestras comunitarias, la media de edad fue de 19 años. Los resultados revelaron que en la muestra de 1995 de BN y TANES fue de 0.14% y 0.35%, respectivamente, y en el 2001 de 0.24% y 0.91%, en ninguna de las dos muestras se encontraron casos de AN [12].

1.8 Programas de Prevención Primaria de los TCA

En el ámbito de la prevención existen tres tipos, los cuales son:

La prevención primaria, encaminada a reducir en la medida que sea posible la prevalencia de la enfermedad, incidiendo en aquellos aspectos que faciliten el desarrollo de la misma.

La prevención secundaria basada en la detección precoz y derivación adecuada para facilitar el inicio de un tratamiento eficaz.

La prevención terciaria la cual trata de eliminar o reducir posibles complicaciones en el trascurso de la enfermedad [27]. Esta última en años recientes ya no es considerada como prevención, sino más bien parte del tratamiento, puesto que involucra sujetos propiamente enfermos.

El objeto de la prevención, es “evitar el sufrimiento, ya que la desorganización de la vida personal, el padecimiento emocional y el impacto en ocasiones irreversible que sufren las familias y las comunidades obliga como sociedad a dedicar recursos para prevenirlos” [28]., mucho tiene que ver el hecho de que por más

tratamientos que aparezcan nunca lograrán reducir la incidencia de un trastorno, y es así como los programas de prevención primaria se consideran como el método más económico para eludir tratamientos potencialmente costosos [28].

La prevención primaria en relación a la conducta alimentaria tiene como fin, atenuar la prevalencia de los trastornos alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo, esto puede lograrse identificando los factores de riesgo que actúan en el desarrollo suponiendo que éstos pueden eliminarse o anularse en el individuo.

En general lo que se busca es involucrar al individuo mediante un fortalecimiento con el fin de protegerlo del impacto de las influencias nocivas [29].

En los últimos años dentro de la prevención primaria se consideran tres categorías:

- a) Prevención Universal:** Se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.
- b) Prevención Selectiva:** Se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno o una enfermedad es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales.
- c) Prevención Indicada:** Personas identificadas como de alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para una patología, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para la enfermedad en ese momento [29].

Existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad [24], eliminando los factores que la producen o creando instrumentos defensivos en el ser humano para su protección [30].

1.9 Características generales de un programa de prevención de TCA

Nivel de riesgo de las 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). Se ha reportado que éste tipo de prevención (universal) produce menores efectos cuando se compara con las estrategias selectivas, razón por la cual la efectividad de los programas es mayor en población de riesgo. [31].

Sexo de las participantes: Indudablemente las mujeres presentan mayor riesgo que los hombres, por tal motivo, se espera que los programas tengan mayor impacto en ellas [32].

Edad de los participantes: Los mayores efectos de los programas preventivos se encuentran en los aplicados a población mayor de 15 años, esto se considera ya que la intervención puede ser más eficaz en adolescentes porque están en el periodo de mayor riesgo de padecer TCA y, por lo tanto, están más motivados en captar la intervención [32].

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 cual, 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. Sin embargo, hay otros tipos de programas que se dirigen a factores de riesgo no específicos como los centrados en promover habilidades para afrontar el estrés, resolución de problemas y en habilidades para la vida [32].

Los programas de tipo interactivo que involucran a más sentidos (Figura 1), resultan más efectivos debido a que facilitan el aprendizaje de los materiales

utilizados, los conceptos y las habilidades, pudiendo implementar dinámicas que contribuyan al cambio de actitudes y comportamientos [10].

Contenido de los programas: Un elemento importante es el contenido de las sesiones de los programas preventivos, Stice 2004 [32] 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.

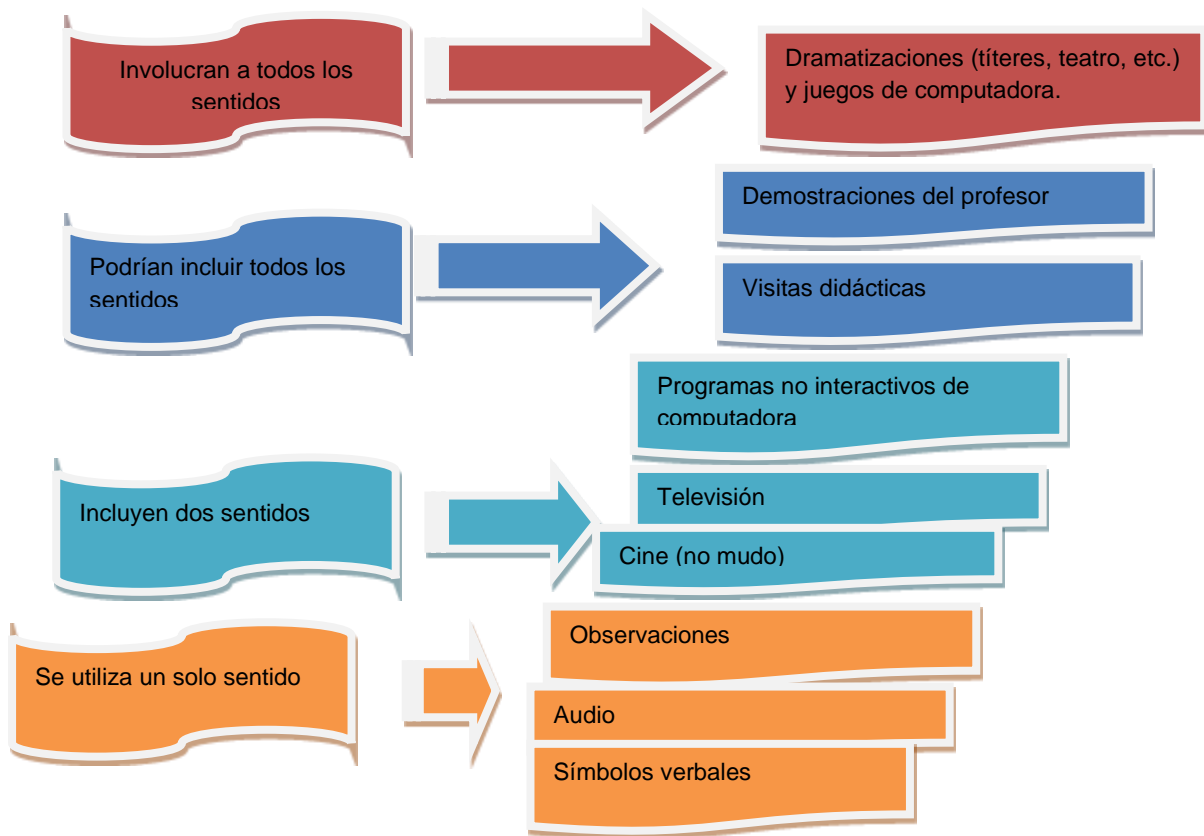


Figura 1. Grado creciente de efectividad de los medios a emplear en función a la cantidad de sentidos que involucran.

Fuente: Mataix y Linares 2008 [10]

Número de sesiones: Intervenciones breves de una sola sesión resultan insuficientes para producir cambios actitudinales y conductuales, por lo que programas multi-sesiones producen mejores efectos dado que los participantes tienen la oportunidad de reflexionar acerca del material de las intervenciones entre una sesión y otra, facilitando la interiorización de la información. Además, los periodos entre sesiones, ofrecen a los participantes la oportunidad de aplicar nuevas habilidades para luego retomar al grupo y comentar, detectar y corregir los posibles fallos [32].

Otra característica de las intervenciones primarias, es buscar la participación voluntaria de los sujetos para poder tener un mejor impacto en ellos, teniendo como base su deseo de cambiar mediante la motivación, para esto debe tenerse de manera muy firme cual es el motivo para el cambio. El primer paso en el desarrollo de programas de prevención primaria implica identificar los factores de riesgo, una vez establecidos, éstos se utilizan para poder identificar a la población en riesgo que pudiera desarrollar problemas alimentarios relacionados con su peso y figura corporal, llevando un seguimiento durante cierto tiempo para observar si se lograron cambios en estas actitudes [7].

Se han publicado estudios sobre la evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria, algunos programas se muestran en la Tabla 2. En general, se han centrado en primer lugar, en impartir información sobre los TCA y los afectos adversos de las dietas y otras conductas para controlar el peso; y en segundo lugar, en desarrollar habilidades a fin de resistir las presiones sociales para seguir dietas. Todos los estudios mostraron un incremento de los conocimientos con posterioridad al programa. Otras investigaciones mostraron que una intervención cognitivo-conductual disminuye los factores de riesgo, por lo que previene un cuadro completo de TCA, y así evita sus consecuencias clínicas y psicológicas [33].

Tabla 2. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA

Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
Rosen, 1989	Disminuir los intentos para adelgazar	Desarrollo físico en la adolescencia. Modificación del peso. Toma de decisiones guiadas.	Disertaciones, debates, deberes para el hogar. No. de sesiones:8	100 niños y niñas asignados al azar a grupos de intervención y de control.	Mayores conocimientos. No hubo reducción en la frecuencia de la alimentación anormal.
Moriarty <i>et al.</i> , 1990	Aumentar los conocimientos y cambiar las actitudes hacia las presiones socioculturales relacionadas con los trastornos alimentarios.	Plan educativo sobre las dietas, los trastornos alimentarios y las influencias socioculturales.	Grupo de debate. Juego de roles y deberes para el hogar. No. de sesiones: 5.	315 alumnos de primaria y secundaria (91% en la intervención y 95% en el control).	Mayores conocimientos sobre las dietas y los trastornos alimentarios. Ningún cambio en las conductas y actitudes alimentarias
Paxtón, 1993	Reducir las conductas para bajar de peso en forma moderada y excesiva, la alimentación nociva y la imagen corporal negativa.	Ideas culturales sobre la belleza, factores determinantes de la talla. Métodos saludables y perniciosos para controlar el peso. Alimentación Emocional	Información por escrito presentada por el coordinador. Debates. No. de sesiones: 5.	125 niños en el grupo de intervención 34 en el de control. Edad promedio: 14.1 años.	Mayor insatisfacción con el cuerpo en todos los sujetos en el seguimiento a un año. Ningún cambio en las actitudes o conductas alimentarias.
Killen <i>et al.</i> , 1993		Alimentación y regulación del peso saludable, promoción de las prácticas de control de peso sanas y resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez.	15 horas de trabajo	931 mujeres, con la edad promedio de 12.4 años.	Cambio en el IMC en el grupo de alto riesgo.
Smolak <i>et al.</i> , 1998		Pirámide alimentaria, control de peso y ejercicio saludable, diversidad de figuras corporales y	No. De sesiones 10	120 niñas y 102 niños de 10 años de edad.	Se obtuvieron cambios en los conocimientos sobre los efectos de las dietas y las actitudes hacia la

		evaluación crítica del ideal de delgadez y medios.			gente con sobrepeso.
Heinze <i>et al.</i> , 2000		El video contiene temas como imagen corporal y sus determinantes, teoría del punto de equilibrio, influencias socioculturales e la idealización de la delgadez, efectos de las dietas extremas, hábitos de alimentación y ejercicio saludable.	Proyección de un video de 24 minutos.	103 mujeres de entre 12 y 15 años de edad.	Se encontraron cambios en los conocimientos y en las actitudes de las participantes.
McVey <i>et al.</i> , 2004		La influencia de los medios en la imagen corporal; las formas para disminuir la importancia de la apariencia física en la autoevaluación.	No. de sesiones: 5.	258 niñas de 11.8 años de edad promedio.	No se produjeron cambios en las actitudes ni en las conductas de las participantes.
Ortega, 2008*	Disminuir la insatisfacción de la imagen corporal y el peso y aumentar la conducta alimentaria normal.	Orientación alimentaria, autoestima, influencia de la publicidad y los medios de comunicación.	No. de sesiones: 9. Una sesión por semana.	28 mujeres púberes de 12 a 14 años.	Se observó una tendencia a disminuir los factores de riesgo.
De La Vega, 2011**	Disminuir conductas alimentarias de riesgo.	Pensamientos relacionados con la imagen corporal, autoestima y creencias. Alimentación y nutrimentos.	No. de sesiones: 15	30 mujeres de entre 17 y 26 años de edad.	La intervención ayudó a disminuir conductas alimentarias de riesgo a corto plazo.

Fuente: Adaptado Stewart 2000 [33]. * Ortega 2008[34]. ** De La Vega 2011[35].

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La información que posee la población general sobre TCA es insuficiente e inadecuada, ya que existe una incorrecta transmisión principalmente por parte de los medios de comunicación. En relación a la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales se pueden calificar como señales iniciales, y más tarde convertirse en síndromes completos, han mostrado un incremento del año 1997 al 2003, registrado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México 2006, con una variación del (3.4%) a la evaluación realizada en el 2003 (9.6%). En las mujeres, los datos señalaron que la preocupación por engordar aumentó de 15.3% en 1997 a 29.8% en 2003, al igual que el uso de métodos purgativos (1.9% 1997 a 8.0 % en 2003), la práctica de atracones de 3.3 % en 1997 a 5.9% en 2003; mientras que el uso de métodos restrictivos se mantuvo en 14.7 % [36].

En cuanto a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), se destacó que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. El 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado conductas de riesgo; dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso [37].

Los resultados arrojados por esta misma encuesta en el Estado de Hidalgo, mostraron que el 15.8% de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer, la práctica del vómito autoinducido se registró en 0.9%, las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2% de los adolescentes. Además, el 2.6% de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la encuesta, han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso [37].

En el primer estudio realizado en el Estado de Hidalgo, con una muestra probabilística (N= 2 194) de púberes de 11 a 15 años, estudiantes de secundaria. Se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal fue de 57% en mujeres y

61.6% hombres; se registró 28% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 14% en hombres. El 25% de las mujeres y el 16% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida. El 5.2% de las mujeres y el 6% de los hombres registraron conductas de tipo restrictivo para controlar su peso corporal [38].

En un estudio realizado a estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud con una muestra de 347 alumnos, y en el que además de CAR se evaluaron otros factores riesgo asociados a los TCA, se reportó que 77.2% de las mujeres mostraron insatisfacción con su imagen corporal, mientras que los hombres 80.7%. Un 11% de las mujeres y 1.7% de los hombres, sienten malestar con su imagen corporal; 2.5% de mujeres y 0.8% de hombres se sienten influidos por la publicidad de productos para adelgazar y moldear la figura [39].

En otra investigación que se llevó a cabo en el Estado de Hidalgo, en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatoria y licenciatura en una escuela privada, con una muestra de 845 sujetos, mostró que la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en las mujeres fue de 8.4% y en los hombres de 2.9%. En las mujeres de preparatoria fue de 9.0% y de 7.9% en las de licenciatura, en los hombres de preparatoria fue de 1.6% y de 4.2% en los de licenciatura. En el cuestionario de interiorización del ideal estético de delgadez, del total de mujeres de preparatoria con CAR elevadas, el 84.2% obtuvo puntuaciones altas, mientras que de los hombres con riesgo 33.3% [40].

El trabajo más reciente efectuado en Pachuca, sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA, llevado a cabo en una preparatoria pública en una muestra probabilística de 1020 estudiantes, reportó los siguientes porcentajes: 4,1% de la muestra general registró riesgo de CAR (4.68% mujeres y 3% hombres); 76.2% mostró estar insatisfecho con su imagen corporal, (47.8% insatisfecho por querer estar más delgados). El 83.7% de las mujeres están insatisfechas con su imagen corporal contra 62.4% de hombres [41].

En esta misma muestra, 13% ha interiorizado una figura delgada (14.6% mujeres y 9.8% hombres) [43].

De acuerdo a lo presentado anteriormente es muy claro apreciar que los factores de riesgo, están presentes en estudiantes hidalguenses de distintos niveles de escolaridad y tipos de escuela, y que ellos se encuentran de manera preponderante en las mujeres. Por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de un programa de prevención primaria sobre algunos de estos factores, y hacer una comparación entre alumnas de una preparatoria pública y una privada.

3. JUSTIFICACIÓN

Como ya se mencionó el objetivo principal de la prevención primaria de TCA, es atenuar su prevalencia, en individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo, identificando primero los factores de riesgo precipitantes o de mantenimiento que actúan en la aparición de estas patologías, pudiendo así, eliminarlos o anularlos en el individuo [32]. Para ello es importante realizar programas de prevención, principalmente en las escuelas ya que es ahí donde se congrega la mayor parte de las adolescentes, lo que dará un mayor impacto en el resultado [44].

Dentro de los programas de prevención primaria de TCA utilizados se encuentran los basados en la teoría de la disonancia cognoscitiva, propuesta por Leon Festinger en 1957. Esta teoría señala de manera general que las personas tienden a cambiar sus ideas, creencias, emociones y actitudes (cogniciones), o en su defecto a justificar su conducta cuando perciben la incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas. La inclusión de esta importante teoría en el campo de la prevención de TCA estuvo a cargo de Stice *et al* 2000 [45], cuya propuesta consiste básicamente en que las mujeres en quienes el deseo es una silueta corporal delgada, al adoptar voluntariamente una posición contraria, enfrentan un conflicto entre su ideal corporal interiorizado (creencia) y los argumentos que ellas generan para contrarrestar la idea de lucir una figura delgada (cognición). La reducción de este conflicto se traduce en un cambio saludable en sus creencias sobre el ideal corporal, lo que llevaría a mejorar las actitudes hacia su silueta.

Un estudio piloto en prevención primaria realizado en la ciudad de México, dirigido a mujeres adolescentes de primer grado de secundaria, tuvo como objetivo evaluar dos estrategias de intervención, una basada en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad y la otra una estrategia psicoeducativa. La intervención abordó temas en relación a la imagen corporal, actitudes, creencias, conductas alimentarias y autoestima; este programa tuvo una duración de ocho sesiones de una hora semanal cada una. En la estrategia de formación de audiencias críticas

hacia la publicidad, el resultado central fue positivo en todas las variables evaluadas [46].

En otro estudio con mujeres adolescentes estudiantes de secundarias privadas y públicas de la Ciudad de México, cuya finalidad fue comparar la eficacia potencial a tres meses de dos programas preventivos, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognitiva, frente a un programa psicoeducativo. El objetivo fue reducir o eliminar factores de riesgo de TCA, específicamente: conducta compulsiva, dieta crónica y restrictiva e insatisfacción con la imagen corporal. Tanto la intervención psicoeducativa como la de disonancia, incluyeron ocho sesiones de una hora semanal cada una, los temas que se abordaron fueron: figura ideal, presión social hacia la delgadez, alimentación y nutrición. Según los resultados obtenidos, ambos programas fueron efectivos para reducir los factores de riesgo trabajados [47].

En la ciudad de Pachuca solo existe un antecedente de un programa de prevención primaria implementado en una escuela secundaria. Este se llevó a cabo en una muestra conformada por mujeres púberes de 12 a 14 años de edad. Los factores de riesgo con los cuales se trabajó fueron preocupación por el peso y la comida, dieta restringida, tiempos de comida y factores socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal). Los hallazgos permitieron observar una tendencia general a disminuir los factores de riesgo, aunque no en todos ellos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas [34].

Continuando con la revisión de la literatura, se encontraron estudios comparativos con un grupo control y uno experimental, y otros con la aplicación de diversas técnicas; psicoeducativas, educación crítica sobre los medios masivos de comunicación, disonancia cognitiva y mejoramiento de la autoestima [33]. Pero ninguno de ellos muestra el cotejo entre dos instituciones, una pública y una privada.

Por tal motivo la principal razón por la que este trabajo se realizó fue para evaluar el impacto de un programa de prevención primaria en alumnas de preparatoria de diferente tipo de institución pública y privada. Cabe resaltar que además de ser el primer programa de esta naturaleza en mujeres estudiantes de preparatoria en Pachuca, Hidalgo, es también el primer estudio comparativo entre dos niveles socioeconómicos. Los hallazgos provenientes del presente trabajo aportaron información que permite además de enriquecer el aspecto teórico, la oportunidad de realizar una mejor planeación de los programas de prevención y manejo de los mismos, con el fin de evitar un incremento de factores de riesgo y en consecuencia, la aparición de TCA.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar el impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a TCA, entre alumnas de una preparatoria pública y una privada en Pachuca, Hidalgo.

4.1.1 Objetivos Particulares

- Determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria.
- Valorar la significancia estadística pre-post, a los 3 y a los 6 meses en los cambios, reducción o eliminación de los factores de riesgo asociados a TCA dentro de las cuales están:

Conductas alimentarias

- Dieta restringida
- Atracón/ Purga
- Conducta alimentaria normal
- Tiempos de comida
- Medidas compensatorias

Factores socioculturales

- Malestar con la imagen corporal
- Influencia de la publicidad
- Interiorización
- Creencias
- Insatisfacción con la imagen corporal

5. HIPOTESIS

- Al finalizar la intervención (pre-posttest) se espera una disminución en las conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal, y de la influencia de factores socioculturales, así como un aumento en las conductas alimentarias saludables.
- Los resultados post-intervención de los factores de riesgo (conductas alimentarias, insatisfacción corporal, y factores socioculturales) mostrarán cambios estadísticamente significativos en las dos evaluaciones de seguimiento (3 y 6 meses).
- Se espera un mayor impacto de la intervención en la muestra de la preparatoria donde se haya identificado una mayor prevalencia de factores de riesgo asociados a TCA.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo cuasi-experimental longitudinal comparativo, con pretest, posttest, con dos seguimientos a 3 y 6 meses, mediante el cual fue evaluada una intervención interactiva y psicoeducativa.

6.2 Población de estudio

Alumnas inscritas en una preparatoria pública y en una privada.

6.3 Muestra

Se trabajó con dos muestras independientes autoseleccionadas de mujeres estudiantes de preparatoria pública y privada, cuyo tamaño $N=37$, $n=19$ (52%) y $n=18$ (48%), respectivamente.

Criterios de inclusión

- Alumnas inscritas al programa educativo.
- Alumnas que respondan a la convocatoria.
- Alumnas que presenten firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- Alumnas que presenten tratamiento para trastornos de la conducta alimentaria.
- Alumnas que se encuentren cursando el sexto semestre.
- Alumnas embarazadas.

Criterios de eliminación

- Alumnas que durante la investigación se retiren.
- Enfermedades que afecten directa e indirectamente el desempeño de la alumna.
- Alumnas que presentan trastorno de la conducta alimentaria (cuadro agudo).

6.4 Instrumento y Materiales

Consiste en un cuestionario multidimensional autoaplicable que evalúa lo siguiente:

Cuestionario de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes, versión para Mujeres (FRATAP-M).

Integrado por 23 reactivos que se agrupan en cuatro factores, dentro de los cuales se evalúan: influencia de la publicidad con un valor de $\alpha = 0.87$; malestar con la imagen corporal alcanzando un $\alpha = 0.72$, tiempos de comida $\alpha = 0.79$, y finalmente dieta restringida, mismo que alcanzó un $\alpha = 0.71$. Las respuestas de este cuestionario, están valoradas en 4 categorías: Nunca (1), Pocas veces (2), Muchas veces (3) y Siempre (4) [48].

Cuestionario de Actitudes hacia el cuerpo.

Compuesto por dos factores, Interiorización ($\alpha = 0.90$) y Creencia ($\alpha = 0.88$), y tiene una confiabilidad ($\alpha = 0.93$) 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 corporal, la aceptación por otras personas, conseguir pareja o encontrar ropa adecuada. Las respuestas están valoradas en cuatro categorías : Nunca (1), A veces (2), Con frecuencia más de dos veces en una semana (3), Con mucha frecuencia más de dos veces en una semana(4). Tiene un punto de corte

de 37 en el que puntuaciones menores no hay interiorización y puntuaciones igual o mayores a 37 se interpretan como interiorización [49].

Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

Está compuesto por tres factores, Atracón-purga ($\alpha = 0.74$), Medidas compensatorias ($\alpha = 0.72$), Restricción ($\alpha = 0.76$), el cual tiene una confiabilidad ($\alpha = 0.83$) y fue elaborado con base a los criterios diagnósticos 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), A veces (1), Con frecuencia (2), Con mucha frecuencia (3). Tiene un punto de corte de 10 en el que puntuaciones de 10 significan no riesgo y puntuaciones de 11 o mayores se interpretan en riesgo [50].

El instrumento completo y la carga factorial se encuentra detallado en Anexo 1 y Anexo 2.

6.5 Definición de variables

6.5.1 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” [51].

Definición operacional: Pregunta directa en el cuestionario

- **Edad**

Definición conceptual: La edad de un individuo se determina con el número de años y/o 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” [52].

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

- **Clase social**

Definición conceptual: Grupo de personas que poseen un lugar históricamente determinado en el seno de la sociedad y que se distinguen por su modo de vida [53].

Definición operacional: Para fines de este trabajo, se incluirán en el cuestionario las siguientes opciones de respuesta para estratificar dicha variable:

1) Alta, 2) Media alta, 3) Media, 4) Media baja, 5) Baja y 6) Pobre

6.5.2 Variables dependientes

- **Índice de masa corporal**

Definición conceptual: “El índice de masa corporal, también conocido como índice de Quetelet (Lambert Adolphe Jacques Quételet), es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. Razón que se establece al dividir el peso corporal de un individuo expresado en kilogramos entre la estura expresada en metros, elevada al cuadrado” [54].

Definición operacional: Se obtuvo peso y talla de las adolescentes. Y se evaluó mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$$

Los sujetos se clasificaron de acuerdo a los valores encontrados para la población adolescente a partir de los puntos de corte señalados por el National Center of Health Statistics (Tabla 3) [55].

Tabla 3. Puntos de corte del Índice de Masa Corporal

IMC Percentilar Para Mujeres					
Edad	<P ₅ Desnutrición	P ₅ Bajo peso	P ₁₀ -P ₈₅ Normal	P ₈₅ -P ₉₅ Sobrepeso	>P ₉₅ 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
20	< 17.8	17.8-18.6	18.7-26.6	26.7-31.8	>31.8

Fuente: National Center For Health Statistics[55]

- **Conductas alimentarias de riesgo.**

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” [56].

Definición operacional: Tanto las conductas alimentarias como los factores socioculturales serán evaluados a través de tres cuestionarios: FRATAP [48], Cuestionario de Actitudes hacia el cuerpo [49] y Cuestionario Breve para medir conductas alimentarias de riesgo [50], validados y confiabilizados. Las respuestas serán valoradas en una escala de cuatro categorías:

Nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3) y siempre (4).

Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas a excepción de la variable tiempos de comida, ya que en ésta a mayor puntuación, es menor problema.

- **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 [39].

- **Tiempos de comida**

Definición conceptual: Realización de la ingestión de alimentos a lo largo del día en sus diferentes tiempos, es decir, desayuno, comida y cena [38].

- **Medidas compensatorias**

Definición conceptual: Consiste en el uso de diuréticos, laxantes, enemas o pastillas con el propósito de perder peso [36].

- **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 [6].

6.5.3 Factores socioculturales

Definición conceptual: Impacto a través de los medios de comunicación que promueven un modelo estético corporal delgado como ideal, que favorecen los cambios en la conducta alimentaria de acuerdo a valores estéticos, con la finalidad de que el cuerpo refleje una extremada delgadez [58].

Dentro de estos factores se medirán:

- **Influencia de la publicidad**

Definición conceptual: Mensajes verbales e imágenes acerca del peso la figura y el cuerpo, emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación [59].

- **Malestar con la imagen corporal**

Definición conceptual: Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación y de los pares, que promueve estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos [60].

- **Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal**

Definición conceptual: Es una de las dos dimensiones de la imagen corporal considerada factor de riesgo para el desarrollo de TCA, y se define como la discrepancia que existe entre el modelo estético corporal (delgadez para la mujeres y musculatura en los hombres) asumido y la imagen corporal propia percibida y se convierte en una obsesión de insatisfacción corporal [12].

Definición operacional: “Esta variable se medirá por medio de una escala de nueve figuras desde una muy delgada hasta una obsesa. Diferencia entre figura actual y figura ideal, diferencias positivas o negativas se interpretan como insatisfacción, cuanto más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción [61].

6.5.4 Variable Independiente

- **Programa de Prevención Primaria**

Definición Conceptual: Conjunto de estrategias o medidas dirigidas a la población en general, que intenta evitar el desarrollo de síntomas en sujetos no sintomáticos, incidiendo en los factores que condicionan su aparición y mantenimiento [62].

Definición Operacional: El impacto del programa de prevención primaria basado en la estrategia cognitivo-conductual y psicoeducativa, se evaluó por medio de la relación del pretest y postest y seguimiento, cuyas variables e indicadores se obtuvieron por medio de todos los instrumentos que se aplicaron.

6.6 Procedimiento

- Se presentó a la institución correspondiente el proyecto de investigación para su conocimiento y aceptación.
- Se propuso un plan de trabajo a realizar dentro de sus instalaciones, se fijó horarios y el lugar donde se llevó a cabo la intervención.
- Se publicó una convocatoria para invitar a participar en el taller denominado: “Imagen corporal y alimentación”.
- Se solicitó a la institución organizar una reunión con los padres de las jóvenes que participaron, con el propósito de explicar la forma de trabajo, el objetivo, la importancia del programa, para finalizar con la firma de un consentimiento informado para autorizar la participación de sus hijas en caso de ser menores de edad. Las alumnas mayores de edad, firmaron su propio consentimiento.
- Se tomó peso y talla de cada participante.
- A continuación se realizó la intervención en 5 sesiones con una duración de dos horas, las cuales contaron con la participación de psicólogas que impartieron temas como imagen corporal, influencia de la publicidad, costos de la delgadez.
- Para la evaluación del programa se hicieron dos aplicaciones del cuestionario antes y después de la intervención con el propósito de confirmar el impacto de la misma (pretest, postest).
- Una vez obtenidos los datos necesarios se procedía su captura y a los análisis estadísticos pertinentes.
- Se efectuó una sesión de reforzamiento a los tres meses de la intervención.
- A los seis meses se realizó una tercera evaluación y se obtuvo el peso y talla de las participantes.
- Obtenidos los datos se procedió a su captura y a los análisis estadísticos pertinentes, para evaluar el impacto del programa de prevención.

- Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades de la escuela, y si los padres lo solicitan, se llevará a cabo una exposición de los mismos.

El contenido del programa se encuentra descrito de manera detallada en el (Anexo 4.)

6.7 Análisis estadístico

La captura de datos y el análisis correspondiente se hicieron en el programa estadístico SPSS-PC 19 para Windows, se realizaron los análisis descriptivos de las variables (porcentajes, medias y desviaciones estándar).

ANOVA de un factor, para confirmar la homogeneidad de las varianzas entre los grupos [63].

t-student, la cual evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias [63].

Ch², para comparar la diferencia entre las frecuencias observadas, en la distribución de las variables, y determinar si esta era significativa [63].

Friedman, es una prueba de medidas repetidas que permite ver diferencias intragrupo a lo largo del tiempo, además de recomendarse para muestras pequeñas [64].

6.8 Aspectos éticos

De acuerdo a lo establecido por la Ley General de Salud en el título segundo, capítulo 1 artículo 17, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; para realizar este estudio se contó con el consentimiento informado firmado por los padres de las jóvenes participantes menores de 18 años (Anexo 5), y las alumnas que fueron mayores de edad se encargaron de firmar dicho consentimiento (Anexo 6) [65].

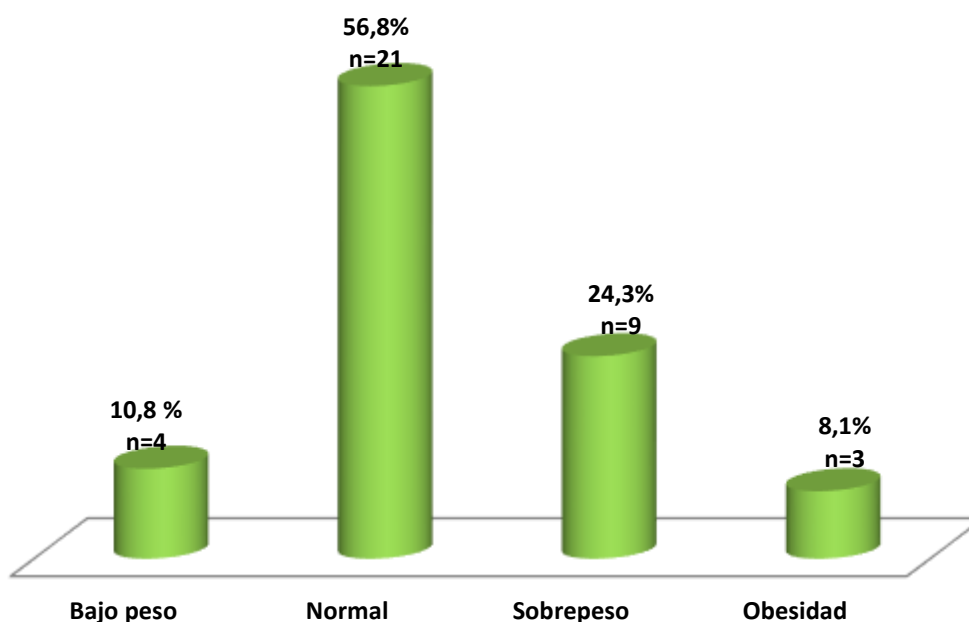
7. RESULTADOS

7.1 Descripción de la muestra

Para la presente investigación, la muestra total autoseleccionada quedó formada por N=37 mujeres adolescentes, cuya media de edad fue de 16.16 años (DE±1,482), de las cuales n=18 pertenecen a una preparatoria privada, y n=19 a una pública con una media de edad de 15.78 (DE±1.166) y 16.53 (DE±1.679), respectivamente. Para la tercera evaluación, un sujeto de la preparatoria pública abandonó el estudio. Por lo que la muestra total quedó conformada por n=18 sujetos en cada preparatoria.

De acuerdo a las categorías del Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) presentadas en el Gráfico 1, se encontró en la muestra total que el 56.8% está dentro de la normalidad (n=21), mientras que el 24.3% (n=9) presenta sobrepeso, el 8.1% (n=3) obesidad y el 10.8% (n=4) bajo peso.

Gráfico 1. Distribución porcentual de IMC-P



7.2 COMPARACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EVALUADOS ENTRE LAS PREPARATORIAS EN EL PRETEST

Con la finalidad de confirmar la homogeneidad entre las varianzas, se aplicó la prueba ANOVA de un factor (prueba de Levene). Los resultados arrojaron que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones, al inicio de la intervención.

Tabla 4. Prueba de homogeneidad de varianzas

Factores		
	Estadístico de Levene	Sig.*
IMC	.024	.878
Insatisfacción con la imagen corporal	.109	.744
Atracón purga	.420	.521
Medidas compensatorias	.006	.939
Restricción	.622	.435
Punto de corte del CBCAR	1.33	.256
Influencia de la publicidad	2.93	.095
Malestar por la imagen corporal	7.94	.008
Dieta restringida	2.64	.113
Tiempos de comida	1.45	.237
Creencias	.777	.384
Interiorización	1.83	.184
Punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo	.070	.793

Grados de libertad (gl)=1 *Significancia $p < 0.05$

Tabla 5. ANOVA de un factor

Factores		
	F*	Sig.**
IMC	.056	.814
Insatisfacción con la imagen corporal	.085	.772
Atracón purga	.648	.426
Medidas compensatorias	.001	.970
Restricción	.351	.557
Punto de corte del CBCAR	.067	.797
Influencia de la publicidad	4.04	.052
Malestar por la imagen corporal	3.58	.067
Dieta restringida	.672	.418
Tiempos de comida	.129	.722
Creencias	.296	.590
Interiorización	.000	1.00
Punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo	.204	.655

Grados de libertad (gl)=1 *F: Valor del estadístico F de la prueba de Levene

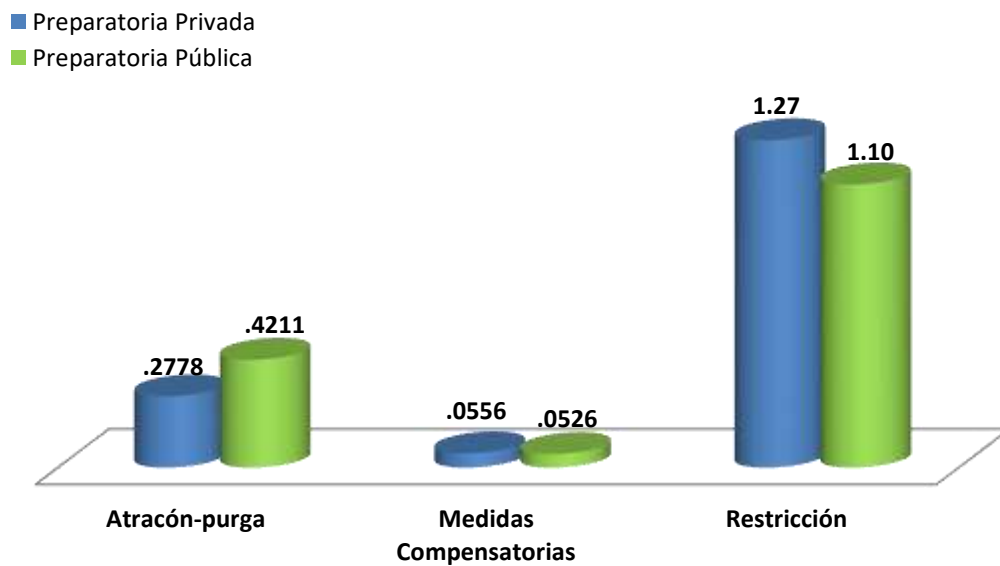
**Significancia p<0.05

Para evaluar las siguientes variables, se aplicó la prueba t-student.

7.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

En ambas preparatorias en el pretest las medias se comportaron de manera semejante en los factores Medidas compensatorias y Restricción, en Atracón-purga se aprecia una diferencia, sin embargo, no es estadísticamente significativa (Gráfico 2).

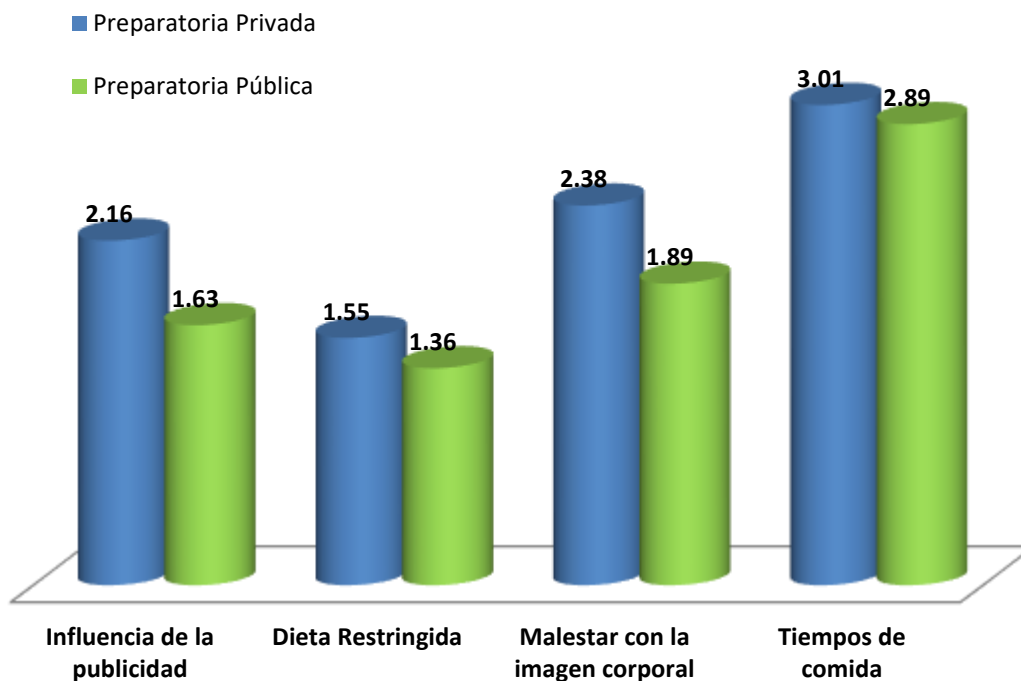
Gráfico 2. Distribución de medias del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)



7.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP)

En el Gráfico 3 se puede apreciar que de los 4 factores que evalúa este instrumento, solamente uno de ellos “malestar con la imagen corporal” reportó diferencia estadísticamente significativa ($t= 1.892$, $gl= 35$, $p=.008$), siendo mayor esta tendencia en los sujetos de la preparatoria privada.

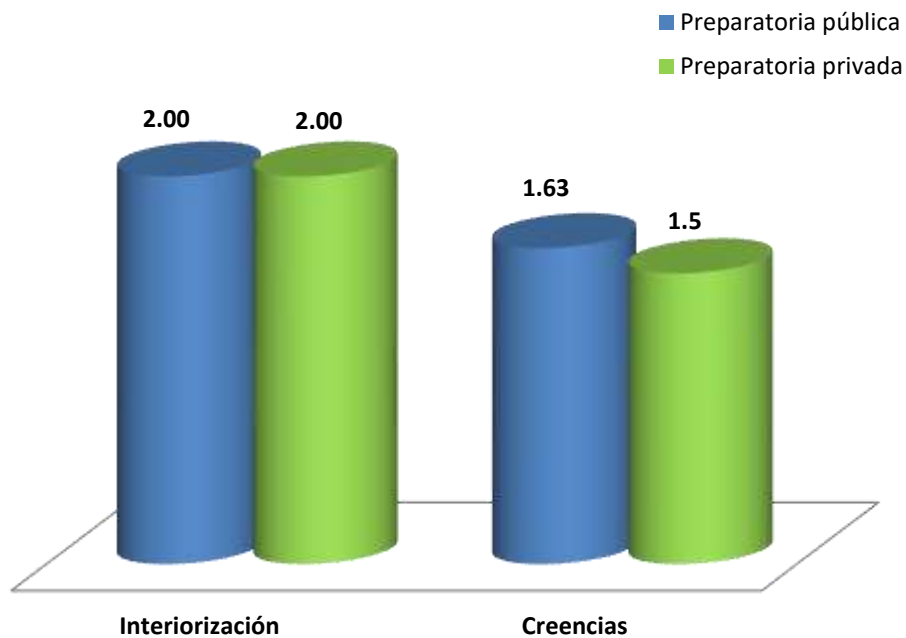
Gráfico 3. Distribución de medias del cuestionario Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP)



7.2.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo

Con respecto al comportamiento de estos factores, se observó que las medias son iguales en interiorización en ambas preparatorias, por otra parte creencias es ligeramente mayor en la preparatoria pública; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos factores (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de medias del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo

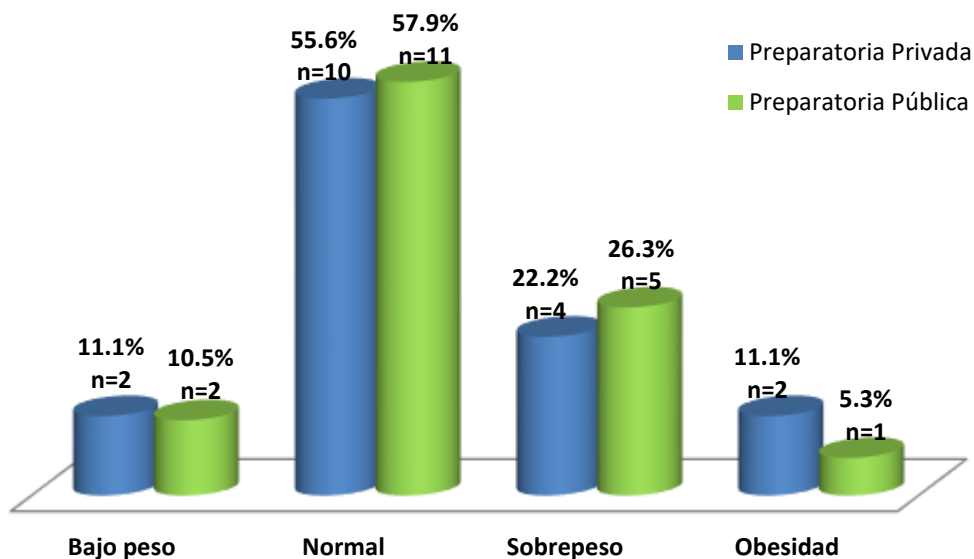


Las variables que a continuación se describen fueron analizadas con la prueba Chi².

7.2.4 Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P)

En el Gráfico 5 que muestra las categorías del IMC-P, se encontró que ambas preparatorias se comportan de manera similar. A pesar de que es notoria la diferencia en la categoría obesidad entre las instituciones, esta no fue estadísticamente significativa.

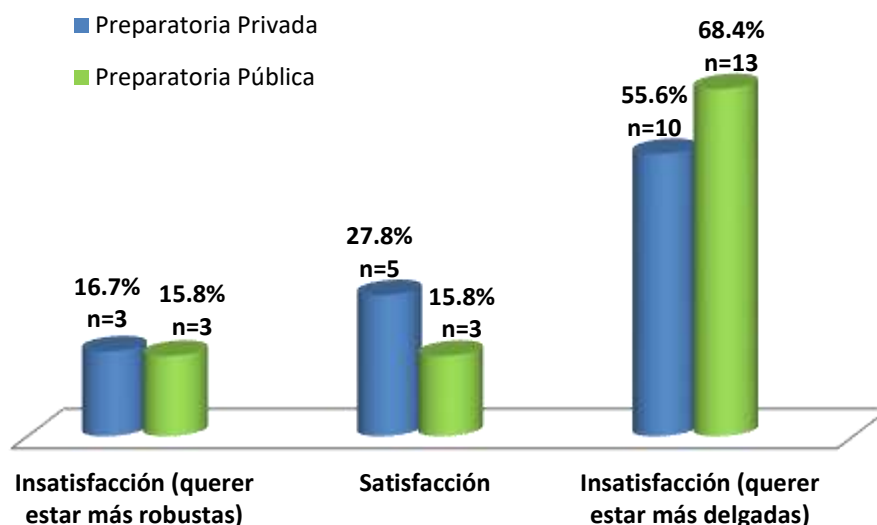
Gráfico 5. Distribución porcentual de IMC-P por tipo de escuela



7.2.5 Insatisfacción con la imagen corporal

En esta variable se encontró que el 27.8% de la preparatoria privada manifestó satisfacción con su imagen corporal, el 16.7% insatisfacción por querer estar más robustas y 55.6% por querer estar más delgadas; mientras que en la pública el 15.8% están satisfechas, un 15.8% quieren estar más robustas y por último 68.4% quieren estar más delgadas. No se encontró diferencia estadísticamente significativa al evaluarla con χ^2 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal por tipo de escuela

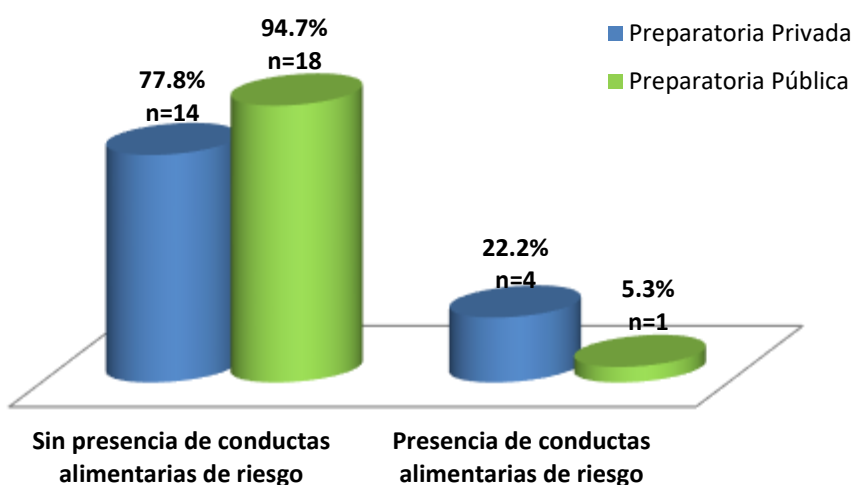


7.2.6 Punto de corte del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

Este cuestionario tiene un punto de corte en el que puntuaciones menores de 10 significan “no riesgo”, puntuaciones de 11 o mayores se interpretan “con riesgo”. Después de clasificar a las participantes de acuerdo a este valor, los resultados mostraron que 22.2% de las alumnas de la preparatoria privada tienen riesgo, contra un 5.3% de la preparatoria pública, sin embargo, de acuerdo a la χ^2 esta

diferencia no fue estadísticamente significativa, lo cual se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 7. Distribución porcentual por tipo de escuela: Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo



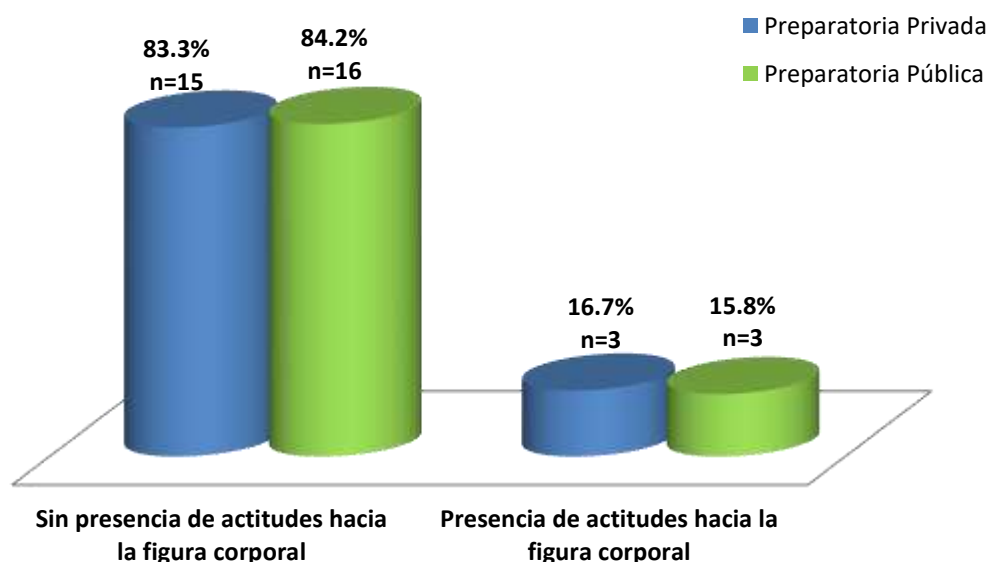
Al realizar la evaluación del punto de corte del CBCAR a lo largo del tiempo, se apreció un cambio significativo a través de la prueba de Friedman ($\chi^2= 12.00$, $gl= 3$ y $p= 0.007$), ya que al finalizar la intervención el 100% manifestó estar sin presencia de conductas alimentarias de riesgo en la institución privada. Este fenómeno no ocurrió en la preparatoria pública, en donde el porcentaje inicial de estudiantes con riesgo fue de 5.3%, el cual a pesar de la intervención se mantuvo sin cambio significativo a lo largo del tiempo.

7.2.7 Punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo

El Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo, tiene un punto de corte de 37, donde puntuaciones menores significan “Sin presencia de actitudes hacia la figura corporal, y valores de 37 o mayores indican “Presencia de actitudes hacia la figura corporal”.

Para la preparatoria privada el 16.7% corresponde a los sujetos que presentan actitudes hacia la figura corporal, mientras que en la preparatoria pública la presencia de actitudes es de 15.8%, como se puede observar ambas preparatorias se comparten de manera similar, por lo tanto, no hay diferencias estadísticamente significativas utilizando la prueba χ^2 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución porcentual por tipo de escuela: Actitudes hacia el Cuerpo



Al finalizar la intervención no se presentaron cambios significativos en el punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo.

7.3 COMPARACIÓN ENTRE LAS PREPARATORIAS EN LOS DISTINTOS TIEMPOS DE EVALUACIÓN

En la Tabla 6 que describe el comportamiento de los factores a lo largo de la intervención entre las instituciones, se observa primeramente que en el posttest no hubo diferencias significativas entre las escuelas en ninguno de los factores evaluados. En el seguimiento a 3 meses se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores: Influencia de la publicidad, reportando la media más alta la institución privada, mientras que en la pública fue Medidas compensatorias, y Creencias. Finalmente a los seis meses hubo diferencia significativa en el Medidas compensatorias alcanzando la media más alta la preparatoria privada.

Tabla 6. Comparación de medias entre la preparatoria pública y privada

Factores	Post Intervención				
	Pública	Privada	F*	gl**	Sig.** *
	Media				
Atracón purga	.21	.16	.49	35	.48
Medidas compensatorias	.21	.05	3.31	35	.07
Restricción	.84	.88	.98	35	.32
Influencia de la publicidad	1.36	1.72	1.06	35	.31
Malestar por la imagen corporal	1.52	1.77	.001	35	.97
Dieta restringida	1.15	1.27	3.12	35	.08
Tiempos de comida	3.31	3.11	.01	35	.89
Creencias	1.36	1.22	2.17	35	.14
Interiorización	1.42	1.55	.02	35	.87
Seguimiento a 3 meses					
Atracón purga	.77	.83	.32	34	.57
Medidas compensatorias	.33	.05	8.64	34	.006
Restricción	1.22	1.22	1.49	34	.22
Influencia de la publicidad	1.22	1.44	5.7	34	.02
Malestar por la imagen corporal	1.66	2.00	.22	34	.64
Dieta restringida	1.16	1.22	.68	34	.41
Tiempos de comida	3.66	3.11	.71	34	.40
Creencias	1.27	1.00	69.06	34	.00
Interiorización	1.50	1.44	.82	34	.36
Seguimiento 6 meses					
Atracón purga	.11	.05	1.44	34	.23
Medidas compensatorias	.05	.16	4.9	34	.03
Restricción	.33	.72	.52	34	.47
Influencia de la publicidad	1.16	1.27	2.55	34	.11
Malestar por la imagen corporal	1.44	1.55	.61	34	.43
Dieta restringida	1.11	1.22	3.29	34	.07
Tiempos de comida	3.50	3.00	.76	34	.38
Creencias	1.11	1.22	3.29	34	.07
Interiorización	1.27	1.55	.50	34	.48

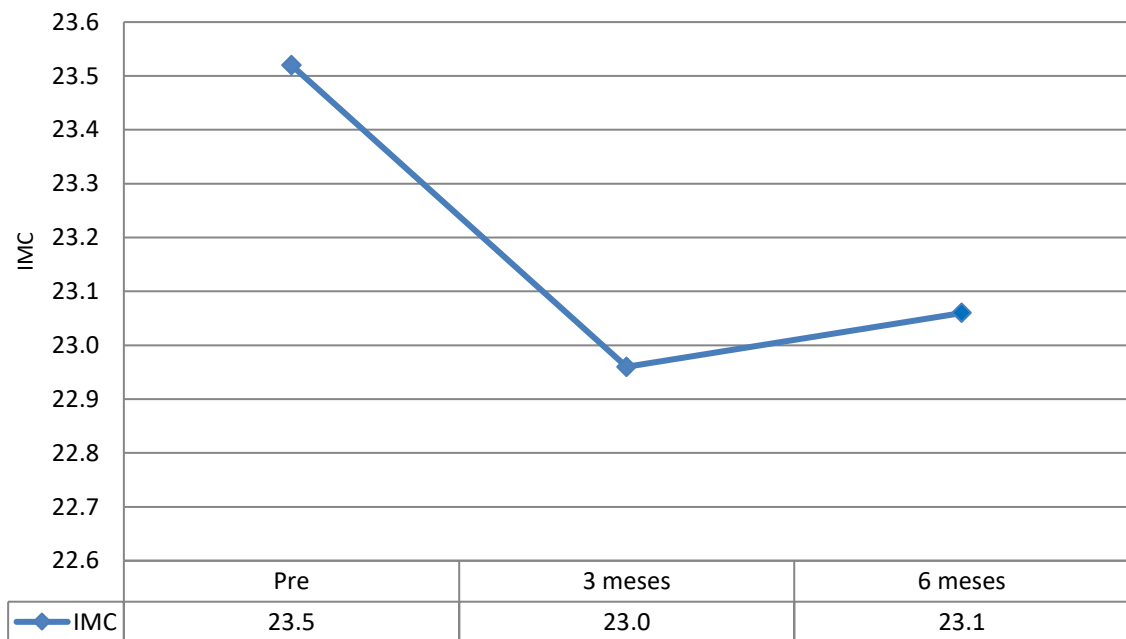
*F: Valor del estadístico F de la prueba de Levene ** gl: Grados de libertad *** Significancia p<0.05

7.4 Comparativo del IMC-P a lo largo del tiempo

Esta variable se analizó primeramente con la prueba de Friedman y al no presentar diferencia significativa intra sujetos, se decidió trabajar con la muestra total realizando el análisis de medidas repetidas para pruebas paramétricas, resultando una prueba más fina para esta variable por ser escalar.

El Gráfico 9 muestra el comportamiento del IMC en los diferentes tiempos evaluados; aunque hubo variación del pretest a los 6 meses, esta no fue estadísticamente significativa. El IMC siempre se mantuvo en el parámetro de normalidad.

Gráfico 9. Distribución de medias del Índice de Masa Corporal a lo largo de la intervención



En la Tabla 7 se observan los porcentajes del IMC-P, así como el número de sujetos que cayeron en cada categoría en el pretest y los seguimientos. En la categoría de bajo peso, al inicio de la intervención, había 4 sujetos y para los 6 meses no se registró ninguno; en la siguiente categoría, 21 sujetos tenían un IMC-P normal en el pretest y para el final de la intervención 28 se situaron en esta misma. De igual manera en las categorías de sobrepeso y obesidad los valores disminuyeron a lo largo del tiempo, aunque no de manera significativa.

Tabla 7. Distribución porcentual del IMC-P a lo largo de la intervención

Categoría	Pre		3 meses		6 meses	
	n	%	n	%	n	%
Bajo peso	4	10.8	1	2.7	0	0
Normal	21	56.8	26	70.3	28	75.7
Sobrepeso	9	24.3	8	21.6	6	16.7
Obesidad	3	8.1	1	2.7	2	5.4

7.5 Insatisfacción con la imagen corporal a lo largo del tiempo

Para evaluar la diferencia entre las escuelas se empleó la prueba de Chi², donde se observó que en la preparatoria pública hay un mayor porcentaje de insatisfechas (por querer estar más delgadas) en todos los tiempos evaluados.

En el seguimiento a 3 meses se presentó una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo esta se debió a que en la institución pública ninguna participante se encontró satisfecha con su figura corporal, aumentando la insatisfacción en el sentido de querer estar más delgadas (Tabla 8). También se realizó la prueba estadística de Friedman donde no se identificó diferencia estadísticamente significativa dentro de cada institución (Pública Chi² =1.64 gl=3, p=.648 y Privada Chi²=5.76 gl=3, p=.124) a lo largo de la intervención.

Tabla 8. Distribución porcentual de Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal entre tipo de escuela

Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal	Post Intervención		Chi ²	gl*	Sig.**
	Pública	Privada			
	Porcentajes				
Insatisfacción (Querer estar más robusta)	21.1	22.2			
Satisfacción	21.1	27.8	2.84	2	.867
Insatisfacción (Querer estar más delgada)	57.9	50			
Seguimiento a 3 meses					
Insatisfacción (Querer estar más robusta)	22.2	33.3			
Satisfacción	0	33.3	9.60	2	.008
Insatisfacción (Querer estar más delgada)	77.8	33.3			
Seguimiento 6 meses					
Insatisfacción (Querer estar más robusta)	16.7	38.9			
Satisfacción	27.8	27.8	2.60	2	.273
Insatisfacción (Querer estar más delgada)	55.6	33.3			

*gl: Grados de libertad **Significancia p<0.05

7.6 COMPARACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DENTRO DE LAS PREPARATORIAS

Para la evaluación intragrupo se aplicó la prueba de Friedman.

7.6.1 PREPARATORIA PRIVADA

7.6.1.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (Gráfico 10)

- **Atracón-purga**

Como puede apreciarse en el Gráfico 10, la media de este factor disminuyó al postest, sin embargo hubo un aumento considerable a los tres meses, a pesar de este incremento, en la siguiente evaluación la media se reportó por debajo del valor inicial, presentándose diferencias estadísticamente significativas.

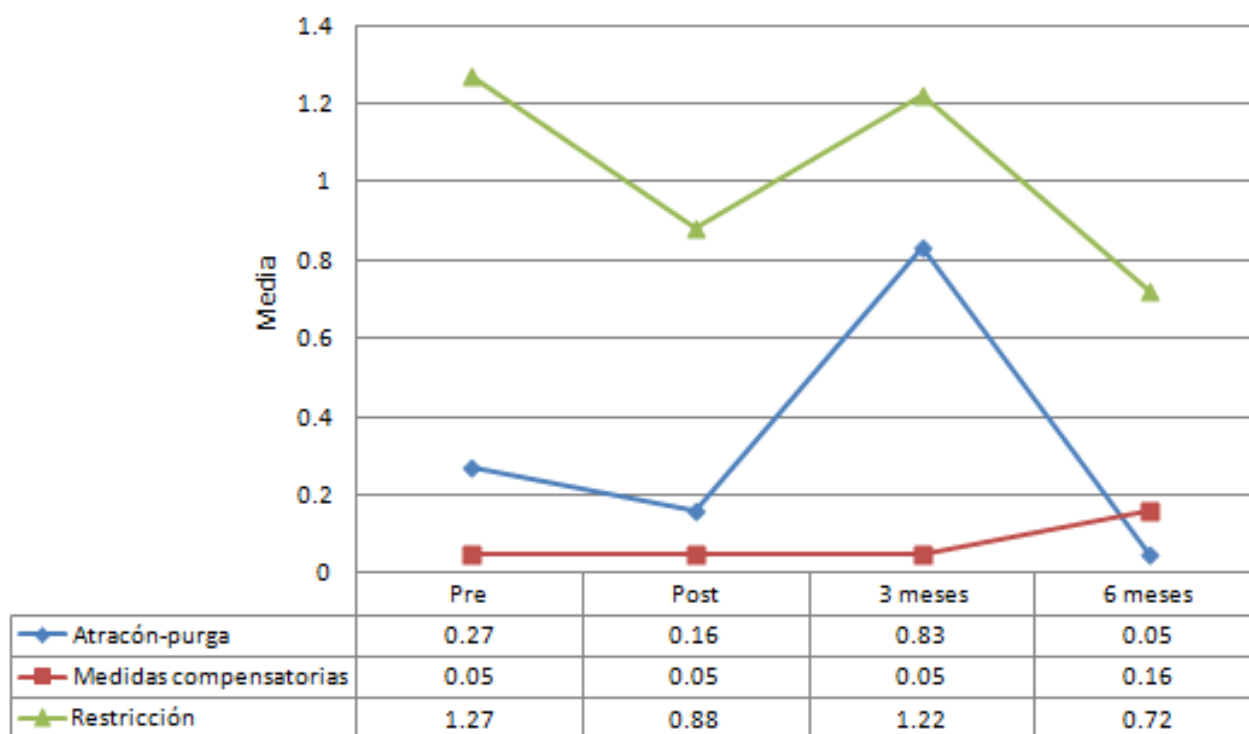
- **Medidas Compensatorias**

En esta variable la media se mantuvo constante los tres primeros tiempos, aumentando ligeramente los 6 meses, no encontrándose diferencia significativa.

- **Restricción**

Este factor disminuyó notablemente del pretest al postest, aumentando a los 3 meses pero no por encima del valor inicial; finalmente a los 6 meses disminuyó por debajo del punto inicial lo cual representó una diferencia estadísticamente significativa.

Gráfico 10. Distribución de medias del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) a lo largo de la intervención



—◆— $\chi^2 = 15.84, gl=3, p=.001$

—■— $\chi^2 = 2.25, gl=3, p=.522$

—▲— $\chi^2 = .026, gl=3, p=.026$

7.6.1.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (Gráfico 11)

- **Influencia de la publicidad**

Esta variable después de la intervención presentó una disminución en cada tiempo de evaluación, por lo cual se obtuvo una diferencia significativa.

- **Malestar con la imagen corporal**

Los datos obtenidos muestran que este factor disminuyó en el posttest, incrementándose a los tres meses pero no por arriba del valor inicial, el cambio más notable se presentó del pretest al seguimiento de 6 meses, en el cual la media disminuyó considerablemente, lo que permite observar que hubo una diferencia estadísticamente significativa.

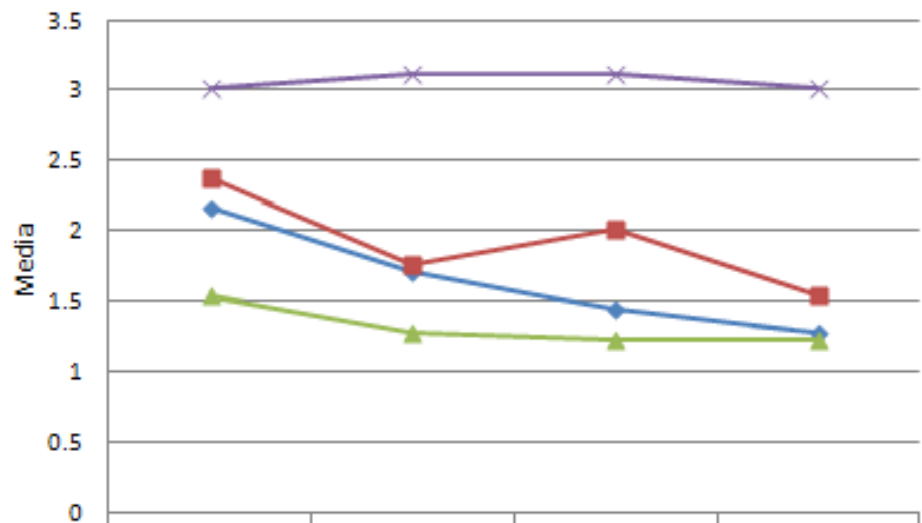
- **Dieta restringida**

En esta variable se halló una diferencia estadísticamente marginal, la media disminuyó después de la intervención en los dos primeros tiempos evaluados, a los 6 meses se mantuvo el mismo valor que a los tres meses.

- **Tiempos de comida**

Esta variable al ser un factor protector, entre mayor sea el puntaje existe menor riesgo, como podemos observar en el Gráfico 11, aumentó como se esperaba en las dos primeras mediciones, sin embargo, a los 6 meses la media fue igual que el valor inicial, no reportándose diferencia significativa.

Gráfico 11. Distribución de medias del cuestionario Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (FRATAP) a lo largo de la intervención



◆ Influencia de la publicidad	2.16	1.72	1.44	1.27
■ Malestar por la imagen corporal	2.38	1.77	2.01	1.55
▲ Dieta restringida	1.55	1.27	1.22	1.22
✕ Tiempos de comida	3.01	3.11	3.11	3.01

◆ $\chi^2 = 18.18$, $gl=3$, $p=.000$ ■ $\chi^2 = 19.64$, $gl=3$, $p=.000$ ▲ $\chi^2 = 7.72$, $gl=3$, $p=.052$ ✕ $\chi^2 = .37$, $gl=3$, $p=.945$

7.6.1.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo (Gráfico 12)

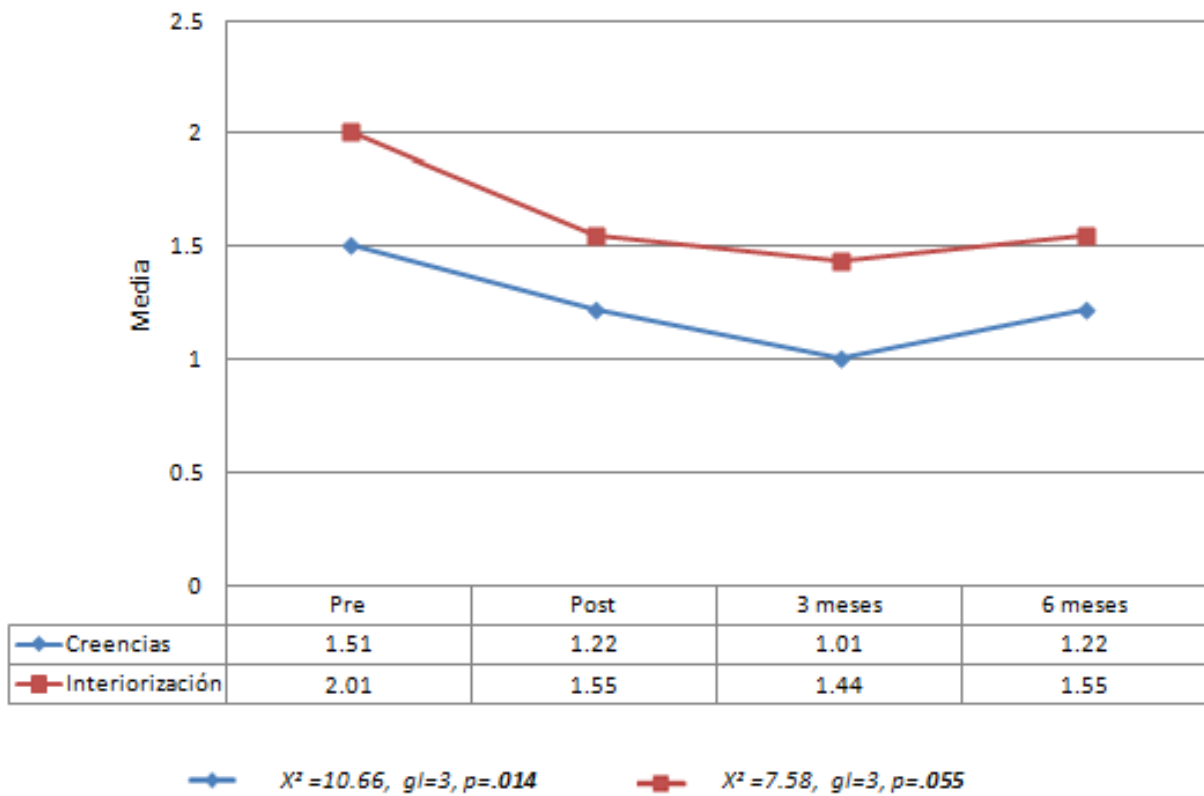
- **Creencias**

Como se aprecia en el Gráfico 12, este factor disminuyó en el postest y seguimiento a 3 meses, mientras que a los 6 meses aumentó respecto a la segunda evaluación, pero no por encima del valor inicial, la diferencia fue estadísticamente significativa.

- **Interiorización**

Con respecto a esta variable la media disminuyó en los dos primeros seguimientos después de la intervención, aunque a los 6 meses incrementó en relación a la tercera evaluación, pero nunca regresando al valor inicial, presentándose una diferencia significativa marginal.

Gráfico 12. Distribución de medias del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo a lo largo de la intervención



7.6.2 PREPARATORIA PÚBLICA

7.6.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (Gráfico 13)

- **Atracón-Purga**

En este factor el valor de la media disminuyó al postest, y a los 3 meses aumentó considerablemente por arriba del punto de inicio, sin embargo, en el último tiempo evaluado, la media se reportó muy por debajo del pretest, lo que representa una diferencia significativa.

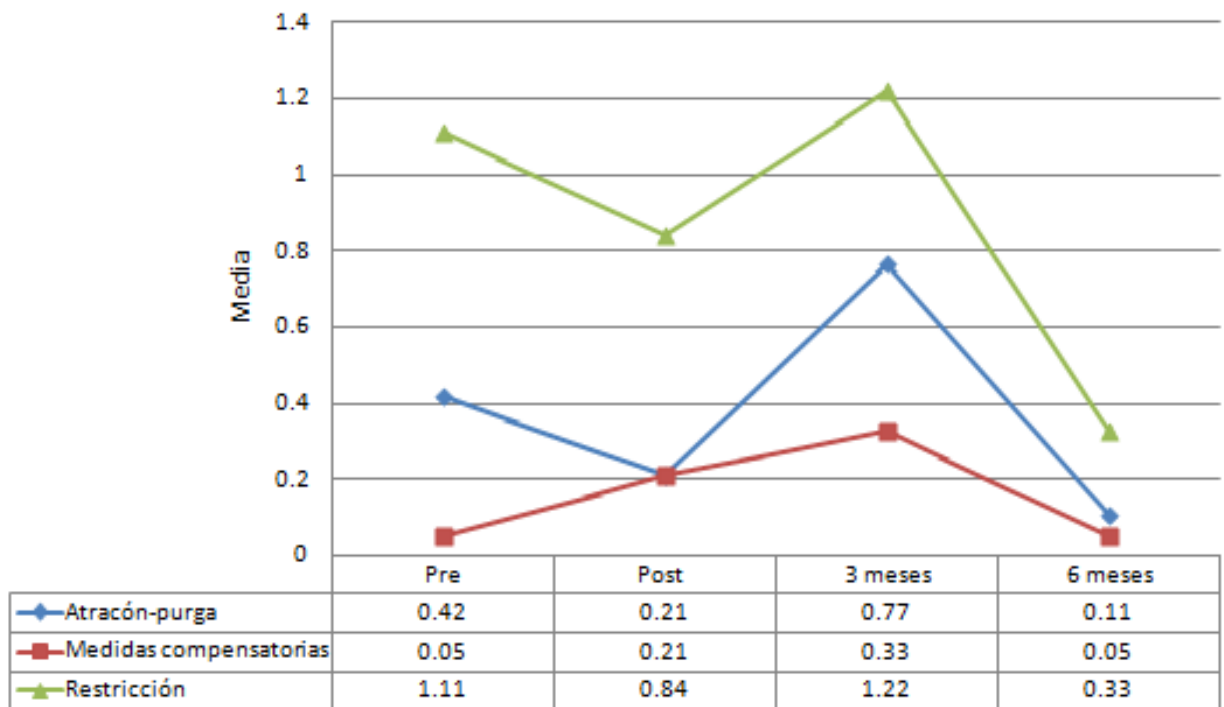
- **Medidas compensatoria**

Como se puede observar en el Gráfico 13, este factor aumentó gradualmente en los dos primeros seguimientos, finalmente a los 6 meses la media fue semejante que al inicio de la intervención, no presentándose diferencias significativas.

- **Restricción**

Los datos obtenidos muestran que se halló diferencia estadísticamente significativa, aunque este factor aumentó por arriba del punto de inicio a los 3 meses, en la última evaluación disminuyó muy por debajo del pretest, presentándose una diferencia estadísticamente significativa.

Gráfico 13. Distribución de medias del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) a lo largo de la intervención



—◆— $\chi^2 = 9.00, gl=3, p=.029$ —■— $\chi^2 = 2.38, gl=3, p=.497$ —▲— $\chi^2 = 13.85, gl=3, p=.003$

7.6.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (Gráfico 14)

- **Influencia de la publicidad**

Con respecto a esta variable, el valor de la media disminuyó progresivamente a lo largo de la intervención, como lo muestra el Gráfico 14 hubo diferencia significativa.

- **Malestar con la imagen corporal**

Como se aprecia en el Gráfico 14 el factor disminuyó después de la intervención, aunque hubo un incremento de la media a los 3 meses, este no fue por arriba del punto de inicio, no se presentó diferencia estadísticamente significativa.

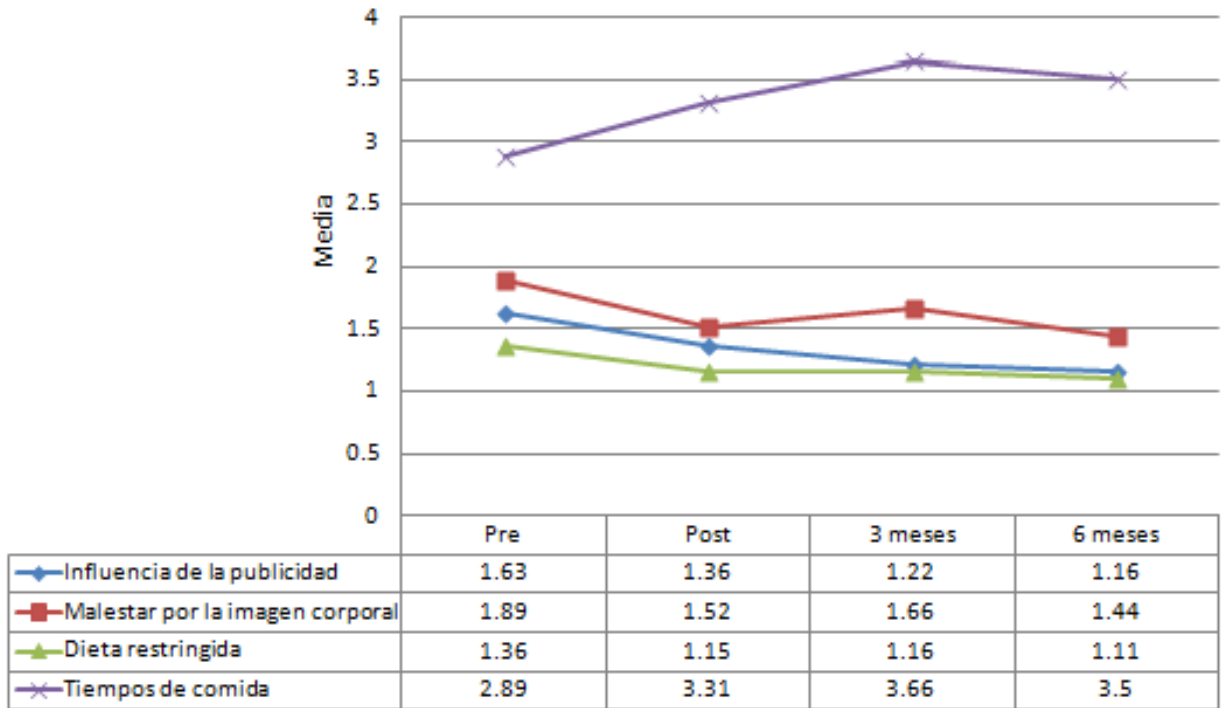
- **Dieta restringida**

El Gráfico 14 muestra que esta variable disminuyó gradualmente a lo largo del tiempo, a pesar de esto no hubo diferencia estadísticamente significativa.

- **Tiempos de comida**

Este factor obtuvo los resultados esperados ya que aumentó considerablemente después de la intervención, como ya se mencionó anteriormente entre mayor sea el puntaje existe menor riesgo en las adolescentes. Hubo diferencia estadísticamente significativa.

Gráfico 14. Distribución de medias del cuestionario Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes (FRATAP) a lo largo de la intervención



◆ $\chi^2 = 10.33, gl=3, p=.016$
 ■ $\chi^2 = 6.58, gl=3, p=.086$
 ▲ $\chi^2 = 3.27, gl=3, p=.351$
 ✕ $\chi^2 = 11.46, gl=3, p=.009$

7.6.2.3 Cuestionario de actitudes hacia el cuerpo (Gráfico 15)

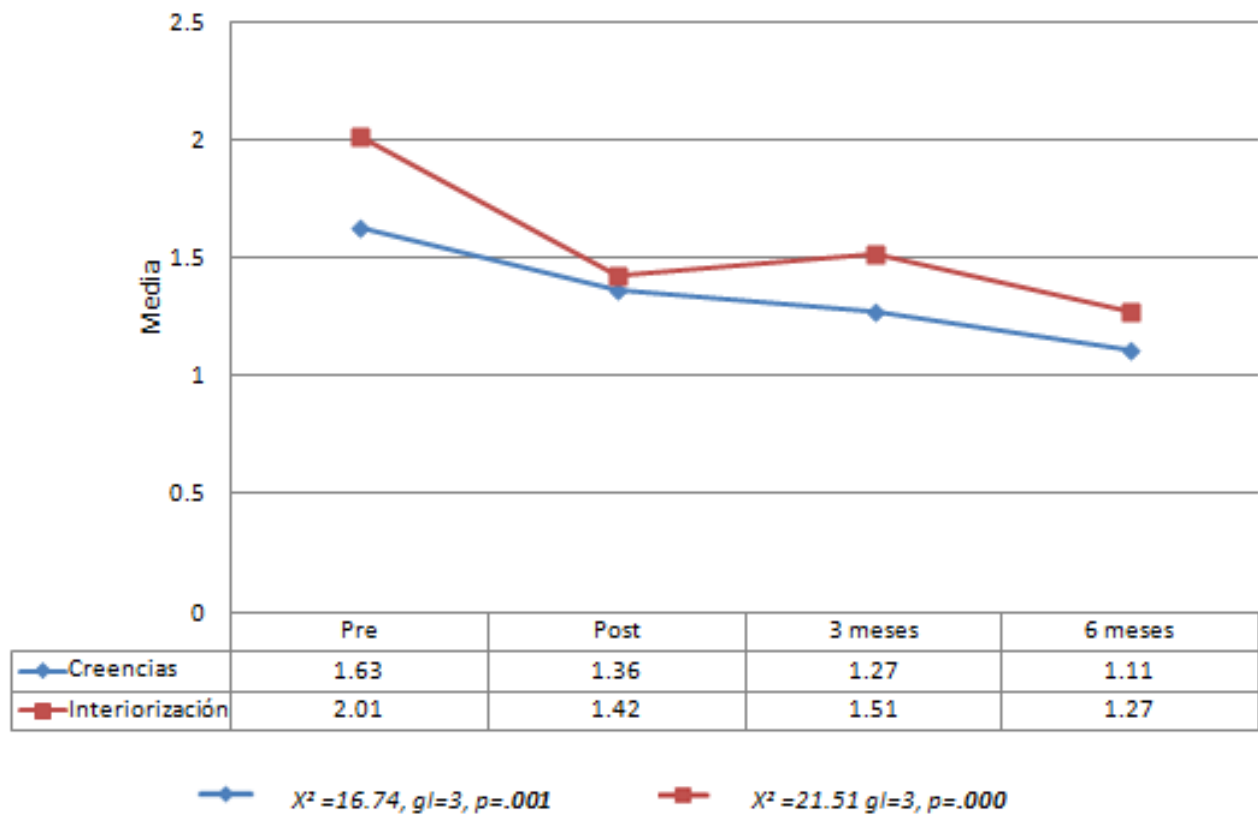
- **Creencias**

Los análisis realizados en esta variable, permiten observar que hubo diferencia estadísticamente significativa, ya que el valor de la media disminuyó después de la intervención, en los tiempos evaluados.

- **Interiorización**

El Gráfico 15 muestra que la media disminuyó al finalizar el taller, en todas las mediciones, aunque hubo un incremento a los 3 meses respecto al posttest, se presentó una diferencia significativa.

Gráfico 15. Distribución de medias del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo



8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo, fue comprobar si una intervención de tipo psicoeducativa y cognitivo-conductual disminuía los factores de riesgo asociados a TCA, entre dos tipos de escuelas, una de carácter público y otro privado, en alumnas adolescentes de 14 a 21 años de edad. De acuerdo a lo propuesto por Benedito *et al*, este es el grupo de riesgo más vulnerable a los TCA, ya que sobrevaloran sus dimensiones corporales, están insatisfechas con su imagen corporal, desean perder peso y por tanto se someten a dietas restrictivas [42].

Este tipo de comparación no se encontró reportado en la literatura, por lo que la discusión se realizó sobre puntos semejantes con otros estudios.

Una vez analizado el IMC-P en el pretest, 56.8% se situó en peso normal, dato ligeramente inferior a lo reportado por la ENSANUT (2006) a nivel estatal en adolescentes (57.6%). En cuanto a los porcentajes correspondientes a obesidad y sobrepeso en la muestra general, fueron de 8.1% y 24.3% respectivamente [37]; estos valores son un poco mayores a los encontrados en esta misma encuesta, 7.2% para obesidad y 22.6% para sobrepeso en adolescentes mujeres, confirmándose la tendencia a incrementarse estas dos categorías.

Dentro de los primeros estudios realizados en México en el ámbito de prevención de TCA, se encuentra el De la Vega en el 2011, quien probó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional en 30 mujeres entre 17 y 26 años. Ella trabajó con un diseño de pretest-postest con dos seguimientos (3 y 6 meses) [35]. El indicador antropométrico con el que llegaron las participantes a dicha investigación fue el IMC-P en: Bajo peso (6.7%), Peso normal (46.7%), Sobrepeso (36.7%) y Obesidad (10%). Los datos que arrojó el pretest en el estudio antes mencionado, comparados con la presente investigación, muestra que los porcentajes fueron ligeramente altos en la categoría de Bajo peso (10.8%) y Peso normal (56.8%). Mientras que en Sobrepeso (24.3%) y Obesidad (8.1%), fueron inferiores.

Al finalizar el programa, De la Vega reportó que las participantes con bajo peso cambiaron a peso normal, algunas de las que se encontraban en sobrepeso también cambiaron a peso normal, y las que estaban en rango de obesidad, aunque se mantuvieron en este, lograron bajar de peso [35]. Estos resultados coinciden con el presente estudio, en el que a los 6 meses ninguna de las adolescentes se situó en la categoría de bajo peso, incrementándose el peso normal (75.7%), respecto a la primera medición (56.8%). Los datos arrojados por De la Vega [35], son similares a lo reportado por el presente estudio, lo que sugiere que una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional, contribuye a ubicar a las adolescentes en un peso normal.

La Insatisfacción con la imagen corporal, ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente y por comparación social, y concluye que su cuerpo discrepa de este [66]. Hoy en día la insatisfacción se muestra de manera generalizada en nuestra sociedad, la mayoría de las mujeres desean cambiar su cuerpo, tratando así de simular a aquellas modelos de “excelente cuerpo” que tienen el estatus de “bellas” [67].

La presente investigación reportó que no hubo una disminución significativa de la variable insatisfacción por la imagen corporal en la institución privada. Sin embargo, en la preparatoria pública, se presentó diferencia significativa en la evaluación a tres meses, esto debido a que las adolescentes se mostraron más insatisfechas (por querer estar más delgadas). En contraste con lo descrito por Stice *et al*, que al evaluar un programa de prevención de TCA (con pretest-postest y seguimiento a un mes), basado en disonancia cognitiva, efectuado en mujeres de 18 a 22 años, sus resultados mostraron una disminución significativa de esta variable tanto en postest como en el seguimiento [45]. En otra investigación realizada por Stice *et al*, cuya finalidad fue comparar la eficacia de dos programas preventivos (pretest-postest y seguimientos a un mes), uno basado en Disonancia cognitiva, frente a un programa de Control de peso saludable, en mujeres de 17 a 29 años de edad. Los hallazgos arrojaron que hubo una disminución significativa en insatisfacción por la imagen corporal en ambas intervenciones [68].

A diferencia de lo reportado por *Stice et al* [68], en este trabajo la variable insatisfacción con la imagen corporal (querer estar más delgadas), aumentó en la institución pública a los tres meses. Esto probablemente se debe a que las adolescentes, durante la intervención mencionaron cruzar un período de estrés, ansiedad y una serie de sentimientos negativos; ya que se encontraban en exámenes finales y próximas a terminar el ciclo escolar. Muy probablemente esto provocó que su atención se centrara en esa situación, modificando su alimentación, y así mismo la percepción de su imagen corporal. Mientras que en la preparatoria privada, no se presentó dicho evento, ya que las alumnas refirieron mantenerse en un estrés constante, debido a que la carga de trabajo se mantenía casi al mismo nivel durante todo el curso, junto con las actividades especiales (deportivas, artes, idiomas), que normalmente son consideradas extracurriculares.

Una vez analizado el IMC-P y la insatisfacción por la imagen corporal, los resultados de este trabajo confirman, que aunque la muestra se ubique dentro de un IMC-P normal, la mayor parte de las mujeres optan por una imagen ideal más delgada, mostrando mayor apego a los cánones de delgadez actuales; todo esto guarda una estrecha relación con la insatisfacción con la imagen corporal. Por lo que se debe tener cuidado que estos valores no sigan aumentando en esta población, ya que implicaría un incremento en la prevalencia de CAR, y a mediano plazo la aparición de TCA [69].

Con respecto a los factores del CBCAR, el primero es Atracón-Purga, que se refiere a los episodios de ingesta voraz de comida, pérdida de control sobre lo que comen, la realización de vómito autoinducido después de comer o hacer ayunos para tratar de bajar de peso [6]; se encontró que a pesar de que es notoria la diferencia entre las instituciones en el pretest, esta no fue significativa. Dentro de las preparatorias, el mayor impacto de la intervención fue a los 6 meses, estos resultados son similares a los obtenidos por *Loria et al*, quien indica que de un periodo de 4 a 6 meses, se observó una tendencia favorable en la disminución de atracones, en adolescentes de 16 a 24 años de edad, diagnosticados con AN, BN y TANES después valorar un Programa de Educación Nutricional [70]. Cabe hacer

mención, que aunque en esta investigación no se trabajó sujetos con estas patologías, sí con adolescentes en riesgo.

El segundo factor denominado Medidas Compensatorias, en el que se cuestiona sobre la utilización de pastillas, diuréticos o laxantes para tratar de bajar de peso. Los resultados arrojaron que en la institución privada este factor aumentó a los 6 meses. Mientras que en la pública aumentó, progresivamente en todos los tiempos, disminuyendo a los 6 meses de manera significativa. En contraste, Stice *et al*, reportaron que en un estudio con adolescentes de 14 a 19 años que presentaban síntomas bulímicos, redujeron la frecuencia de conductas compensatorias y el riesgo de una futura aparición de estos. Lo mismo ocurrió entre los participantes asintomáticos después de una intervención basada en disonancia cognitiva; a los 6 meses y un año de seguimiento [71]. Mismo que concuerda con el estudio antes mencionado de Loria *et al*, quienes al realizar la evaluación de las conductas compensatorias por diagnóstico AN, BN y TANES, se observó una disminución significativa a los 6 meses [70].

Es importante mencionar que entre las preparatorias, si se presentó una diferencia estadísticamente significativa, ya que a los 3 meses este factor fue mayor en la institución pública con respecto a la privada. Mientras que a los 6 meses ocurrió de forma inversa, la institución privada presentó con mayor frecuencia esta conducta. Esto probablemente por el periodo en el que se encontraban las adolescentes en la evaluación, ya que en cada institución el calendario de actividades es completamente diferente.

A diferencia de lo reportado por Loria *et al* [70] y Stice *et al* [71] los valores de Medidas Compensatorias en el presente trabajo aumentaron a lo largo del tiempo. Esto posiblemente se debe a una desinhibición alimentaria en las adolescentes expuestas a inducciones de ánimo negativo, estrés, ansiedad y tareas cognitivas demandantes de atención. Todo esto provocado por el periodo de exámenes y fin de semestre, en el que se encontraban las alumnas de la institución pública en la evaluación a tres meses. Esta desinhibición alimentaria las llevó a utilizar dichas medidas para tratar de controlar su peso.

Es probable también que el éxito de los estudios antes mencionados, se debe a que se trabajó con adolescentes que padecían algún TCA. En comparación con esta investigación, en donde solo mostraron factores de riesgo. Esto confirma lo que la literatura ha señalado acerca de los programas de prevención, que los efectos máximos, se producen en las personas que están en mayor riesgo para el problema [45]

Finalmente el factor Restricción dentro de las preparatorias (privada y pública) concerniente a la práctica de dietas restrictivas y en hacer ejercicio para tratar de bajar de peso, disminuyó de manera estadísticamente significativa, esto sugiere la efectividad de las sesiones de nutrición que se trabajaron con técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductual, que contenían temas tales como: ¿Por qué es importante desayunar? y ¿Por qué el dejar de comer engorda? [38]. Este reporte es similar a lo encontrado por Baranowski y Hetherington, quienes trabajaron con preadolescentes (n=16), temas como: autoestima, restricción dietética y patología alimentaria. Los efectos del programa de prevención de TCA, el cual se centró en el consumo de frutas y verduras; se midió antes, de inmediato y a los 6 meses [72]. Los resultados arrojaron que la restricción dietética disminuyó tras la intervención; lo que concuerda con la presente investigación. Sin embargo, ambos hallazgos contradicen a Dixey *et al*, quien afirmó que los mensajes de alimentación saludable pueden aumentar la restricción y los TCA [73].

Así mismo, en la variable Dieta restringida, se observó una diferencia significativa marginal en la preparatoria privada a los 6 meses. Mientras que en la preparatoria pública no se observó dicha diferencia en ningún seguimiento. Esto concuerda con lo reportado por León, quien también midió esta variable, con 2 grupos experimentales, empleando dos técnicas: 1) Entrenamiento en habilidades sociales (n=43) y 2) Técnicas de información psicoeducativas (n=37), con una media de edad de (12.81 y DE= .56), no encontrando diferencia estadísticamente significativa en el seguimiento a mediano y largo plazo [74].

Vivimos en la era de la comunicación, en la que los medios hacen cómplice a la audiencia con información de todo tipo, manipulando la percepción que se tiene de la realidad, deformando la manera de percibir y medir la belleza [69]. Por ello se evaluó la variable Influencia de la publicidad. Dicho factor mostró diferencia estadísticamente significativa, en el seguimiento a 3 meses entre las escuelas, obteniendo la media más alta la preparatoria privada. Y disminuyendo significativamente en los tres tiempos evaluados (postest, 3 meses y 6 meses) dentro de cada una de las instituciones. Estos resultados difieren con la investigación de Rodríguez de Elías, quien evaluó una estrategia psicoeducativa, en 19 adolescentes estudiantes, no encontrando diferencia significativa en los tiempos evaluados (postest y 3 meses) [46].

Esto probablemente sea porque Rodríguez de Elías [46], utilizó solo una estrategia psicoeducativa, en comparación con este estudio que se empleó la técnica psicoeducativa y cognitivo-conductual, lo cual hace que el programa sea más efectivo.

Para Malestar con la imagen corporal, en el área de prevención de TCA, varios de los programas estandarizados y evaluados más efectivos se han centrado en el fortalecimiento de la autoestima considerándola como protector de la salud. Diversos estudios avalan la eficacia de estos programas en adolescentes y remarcan la aceptación e interés de los participantes en las actividades propuestas [33-35,75]. Lo antes mencionado concuerda con lo reportado por esta investigación en la cual disminuyeron las medias en la escuela privada, de manera significativa. Por otro lado, en la institución pública, aunque se presentó un decremento en las medias, no fue significativo. Esto es congruente con lo reportado con Escoto, quien trabajó con alumnas de una escuela pública a nivel bachillerato, presentando disminución en las medias del pretest al postest, lo cual indicó cambios positivos en las actitudes hacia el propio cuerpo [76].

Se entiende por tiempos de comida a la frecuencia con la que los sujetos acostumbran desayunar, comer, cenar y/o realizar sus tres comidas a lo largo del

día [38]. Este factor es protector, ya que si las adolescentes, realizan al menos 3 comidas al día, con horarios estables y tienen hábitos alimentarios saludables; tienen menos posibilidades de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria y problemas en su estado nutricional. Loria *et al*, consideró como patrón de normalidad a la realización de 4 comidas al día; y reportó que el 70% hacían menos de dichas comidas. Tras la educación nutricional este porcentaje redujo hasta 19%, esta diferencia fue altamente significativa [70]. En este trabajo los tiempos de comida mostraron un comportamiento interesante. Ya que en la preparatoria privada en el posttest aumentó, manteniendo este valor al seguimiento a 3 meses, pero a los 6 meses bajo justo al valor inicial, sin presentar diferencia significativa. Por otro lado, en la escuela pública, los 3 tiempos evaluados aumentaron de manera estadísticamente significativa, lo que significó que hubo mayor impacto en dicha institución.

Los resultados sugieren que las adolescentes incrementaron la cantidad de comidas realizadas por día, lo cual indica una mejora de su patrón alimentario y les otorga una herramienta fundamental para alcanzar una dieta saludable y equilibrada.

Al evaluar Interiorización y Creencias se presentaron diferencias estadísticamente significativas, disminuyendo del posttest a los 6 meses de seguimiento, dentro de cada preparatoria. Estos resultados confirman lo descrito por Stice *et al*, quien trabajó con adolescentes (n=148), aplicando una estrategia basada en disonancia cognitiva, y reportó disminución significativa a 1, 3 y 6 meses de seguimiento [77]. Estos hallazgos sugieren que los efectos positivos perduraron en el tiempo. 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 las mujeres [78].

9. CONCLUSIONES

Desde hace algunos años, se han producido importantes avances en la investigación de los TCA. Estos estudios han permitido obtener información de su naturaleza “multifactorial”, así como aspectos tales como la vulnerabilidad individual y el peso que las influencias socioculturales ejercen sobre ellos, aspectos de suma importancia para el desarrollo de estrategias de prevención en este ámbito.

Respecto al IMC-P, en el transcurso de la intervención se modificaron los porcentajes. En 3 categorías que son: (bajo peso, sobrepeso y obesidad), disminuyeron, y para peso normal aumentó.

Es importante resaltar el factor Insatisfacción con la imagen corporal. Los resultados mostraron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las instituciones. Sin embargo, al comparar los porcentajes es notable que estos son más altos en la preparatoria pública, es decir, que la mayoría de los sujetos están insatisfechos (por querer ser más delgadas). Probablemente esta diferencia se deba a que las adolescentes de la institución privada tienen mayor poder adquisitivo, lo cual permite que puedan utilizar ropa de moda y accesorios que les dan seguridad ante el ideal de delgadez. En contraste con la preparatoria pública que no cuenta con dicho poder, y la única forma de alcanzar el ideal estético es mediante la manipulación de los alimentos, por tal motivo en esta institución el factor Tiempos de comida aumentó a lo largo de la intervención.

Con base a los resultados antes expuestos puede concluirse que la mayoría de los factores se comportaron de manera similar en todos los tiempos evaluados; a los 3 meses aumentaron en relación con el postest, y a los 6 meses disminuyeron por debajo del valor inicial. En donde al parecer se observó el mayor impacto de la intervención. El aumento de los factores a 3 meses se atribuyó al momento en el cual se realizó la evaluación, ya que las adolescentes referían que se encontraban en exámenes finales y próximas a salir a vacaciones; lo que les causaba una serie de sentimientos negativos (preocupación por reprobar alguna materia o el

semestre), ansiedad y estrés, lo que probablemente provocó que modificaran ciertas conductas y su alimentación, aumentando o disminuyendo su ingesta. Este fenómeno se presentó con mayor frecuencia en la preparatoria pública.

El análisis de los resultados obtenidos permite afirmar que se produjeron cambios positivos en las variables (con excepción de Medidas compensatorias), al igual que Scime y Cook-Cottone [79], la primer hipótesis se confirmó parcialmente, al plantear que se esperaba una disminución en las conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la imagen corporal y de la influencia de factores socioculturales, y un aumento en las conductas alimentarias saludables.

De igual forma la segunda hipótesis se cumplió parcialmente, debido a que no se mostraron cambios estadísticamente significativos en todos los factores (Medidas compensatorias y Dieta restringida) a lo largo de la evaluación. Por último los datos permitieron confirmar parcialmente la tercera hipótesis, ya que las instituciones se comportaron de manera muy similar.

La limitación principal de esta investigación fue, el no poder generalizar los resultados debido a que no se trabajó con una muestra representativa de estudiantes de preparatorias públicas y privadas de Pachuca, Hidalgo.

Finalmente es indispensable destacar que la principal aportación de este estudio, fue ser la primera investigación realizada en el estado de Hidalgo entre alumnas de una preparatoria pública y una privada, utilizando una estrategia cognitivo-conductual. Por lo que abre las puertas para continuar explorando este campo de la prevención de factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

9.1 Sugerencias

Con base en los hallazgos arrojados por este estudio, se consideran los siguientes aspectos para favorecer los resultados de trabajos posteriores:

- Tanto los reforzamientos como las evaluaciones deben ser a largo plazo, (1 y 2 años) como lo propuesto por Stice [45].
- Implementar sesiones de manejo de estrés y ansiedad, ya que al no considerarlos como parte de las sesiones limitan el impacto del taller).
- Incluir a padres y docentes informándoles respecto a los primeros signos de los TCA como parte del taller de prevención.
- Mejorar el contenido de las sesiones, como por ejemplo hacer énfasis en la forma de mantener un peso saludable. (Esto por la falta de tiempo y la demanda en la participación en las sesiones de nutrición) y/o ampliar una sesión más.
- Ampliar la convocatoria del taller a redes sociales, para dar mayor difusión y con esto obtener mayor participación de las adolescentes.
- Invitar a las adolescentes que formaron parte del taller a actuar como promotoras del mismo.

10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Moreno MA y Ortiz GR. 2009. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol.* **27**(2):181-190.
2. Asociación Psiquiátrica Americana APA. 2002. *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSM IV-TR.* 4a. ed. Editorial Mansson, S.A. Barcelona. pp:553-64
3. Kolodny NJ. 2000. La verdad sobre la anorexia nerviosa. En: *Cuando la comida es tu enemiga.* 1a. ed. Ediciones Granica, S.A., Barcelona. pp: 30-49.
4. Simon J, Schmidt U y Pilling S. 2005. The health service use and cost of eating disorders. *Psychol Med.* **35**:1543-51.
5. Gordon RA. 2000. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. En: *Eating disorders: Anatomy of a Social Epidemic.* 2nd ed. Blackwell, Oxford, England. pp: 14-28.
6. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Dirección: <http://www.dsm5.org/>. Actualización: 06/10/2010; Acceso: 19/04/2011.
7. Gargallo M, Fernández F y Raich RM. 2003. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. *IJCHP.* **3**(2):335-49.
8. López JM y Sallés N. 2005. Trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En: *Prevención del a anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario.* 1a. ed. Editorial Nau Llibres, Valencia. pp: 31.
9. Calvo R. 2002. Anorexia y bulimia. 2a. ed. Planeta. Barcelona, España. pp: 297-312.
10. Mataix J y Linares A. 2008. Trastornos del comportamiento alimentario. En: *Tratado de nutrición y alimentación.* Mataix J, Serra L, Sánchez F, Salas J, Martínez JA, Rodríguez G, Lopez M, Astiasarán I, Perez F y Maldonado J (eds). 1a. ed. Oceano, España. pp: 1886-94.

11. Suarez MA. 2005. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: *Actualización en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barriguete M y Maldonado DM (eds). 1a. ed. Intersistemas Editores, México. pp:7-19.
12. Mancilla DJ, Gómez-Peresmitré G, Álvarez RG, Franco PK, Vázquez AR, López AX y Acosta GM. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos en hispanoamerica*. Mancilla DJ y Gómez-Peresmitré G (eds). 1a. ed. Editorial Manual Moderno, México. pp:123-71.
13. Facchini M. 2006. La imagen corporal en la adolescencia ¿Es un tema de varones?. *Arch.argent.pediatr.* **104**(2):177-84.
14. Toro J. 2000. Cuerpos saludables: cultura, cultivo y sanción. En: *Trastornos de la conducta alimentaria: del tratamiento a la prevención*. Lameiras M y Faid JM (eds). 1a. ed. Universidad de Vigo, España. pp: 13-26.
15. Ductor MJ. 2005. Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología.* **23**(1):83-100.
16. Cortes HD, Díaz A, Mejía C y Mesa JG. 2003. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo estudiantes universitarias de primer y segundo año. *CES Medicina.* **17**(1):33-45.
17. Espina A, Asunción M, Ochoa I, Aleman A y Juaniz M. 2002. Body shape and eating disorders in a sample of students in the basque country: A pilot study. *Psychology in Spain.* **6**(1):3-11.
18. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP, Monereo S, Moreiro J, Moreno B, Ricart W y Cordido F. 2004. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adulta. *Med Clin (Barc).* **122**(3):104-10.
19. Carrillo MV. 2005. Trastornos de la Conducta Alimentaria. ISSN 1699-7611. **2**:120-41.
20. Nuño-Gutiérrez BL, Celis-de la Rosa A y Unikel-Santoncini. 2009. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en

- adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin.* **61**(4):286-93.
21. Monterrey P y Porrata C. 2001. Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev Cubana Aliment Nutr.* **15**(1):62-7.
22. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estevés J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M y Martínez-Hernández JA. 1999. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Méx.* **41**(6):479-886
23. Méndez JP, Vázquez VV y García GE. 2008. Trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex.* **65**:579-91.
24. 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.
25. Zagalaz ML, Romero S y Contreras OR. 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: 1681-5653.
26. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L y Aguilar-Gaxiola S. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en México. *Salud Mental.* **26**:1-16.
27. Soldado M. 2006. Prevención primaria en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria.* **4**:336- 47.
28. Muñoz RF, Mrazek PJ y Haggerty RJ. 1996. Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist.* **51**:1116-22.
29. Jané-Llopis E. 2004. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* **89**:67-77.
30. Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Dirección:
<http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUB>

LICACIONES%5CPROMO_SALUD%5CESTIL_SALU/PROGRAMA_DITCA
.PDF. Acceso: 02/10/2011.

31. Taylor CB. 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.
32. Stice E y Shaw H. 2004. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. **130**(2): 206-27.
33. Stewart A. 2000. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: *La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Un enfoque multidisciplinar*. Vandereycken W y Noordenbos G. (Compiladores). 1a. ed. Granica, España. pp: 131-71.
34. Ortega E. 2008. Evaluación del impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria publica de Pachuca Hidalgo. Tesis Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
35. De La Vega RI. 2011. Evaluación de una intervención cognoscitivo-conductual en mujeres con conductas alimentarias de alto riesgo. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
36. Unikel-Santoncini C, Bojorquez CL, Villatoro VJ, Fleiz BC y Medina MM. 2006. Conductas Alimentarias de Riesgo en Población Estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *RIC*. **58**:15-27.
37. Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levi T, Rojas R, Villalpando-Hernandez S, Hernandez-Avila M y Sepúlveda-Amor J. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
38. Saucedo-Molina TJ, Escamilla TT, Portillo NI, Peña IA y Calderón R Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *RIC*. **60**:231-40.

39. Saucedo-Molina TJ, Peña-Irecta A, Fernández-Cortés TL, García-Rosales A y Jiménez-Balderrama RE. 2010. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del instituto de ciencias de la salud. *Rev Med UV*. **10**(2):16-23.
40. 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):11-9.
41. Torres KT. 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, México.
42. Benedito MC, Perpiñá C, Botella C, Baños RM. 2003. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Published in An Pediatr*. **58**:268-72.
43. Cruz NM. 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, México.
44. Jáuregui I, León P, Bolaños P, Romero J, Sánchez del Villar G, Morales MT, González MT, Andrés L, Justo I y Vargas N. 2010. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Med*. **3**:263-72.
45. Stice E, Mazotti I, Weibel D y Agras S W. 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): 206-217.
46. Rodríguez de Elías R y Gomez-Peresmitre G. 2007. Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación, un estudio piloto. *Psicología y salud*. **17**:269-76.

47. Pineda G, Gómez-Peresmitre G y Méndez S. 2010. Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. *Psicología y salud*. **20**(1): 103-9.
48. Saucedo-Molina TJ y 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 nutr*. **37**:60-9.
49. Unikel-Santoncini C, Juárez F y Gómez-Peresmitre G. 2006. Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Female Students and Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. **14** (6):430-5.
50. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela L y Carreño-García S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*. **46**(6):509-15.
51. Fernández J. 2010. El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que deberían ser clarificados. *Psicothema*. **22**(2):256-62.
52. 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.
53. Lucena CN. 2003. Diccionario Enciclopédico: El pequeño Larousse Ilustrado, SEP. Lucena CN (ed). Ediciones Larousse, México D.F. pp: 252.
54. Orientación alimentaria: Glosario de términos. En: Cuadernos de Nutrición, México; 2001 ene-feb; **24** (1).
55. National Center For Health Statistics. CDS Growth Charts: United States. Dirección: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html. Actualización: 02/06/2011; Acceso: 24/05/2011.
56. Gómez-Peresmitre G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol*. **14**:31-40.

57. Saucedo-Molina TJ. 2003. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
58. Toro J, Salamero M y Martínez E. 1994. Assesement of sociacultural influences on the statics body shape moldel in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand.* **89**(3): 147-51.
59. Ritter M. 1998. Mothers, daughters, cultura and criticism: An examination of eating problems in adolescents girls. *Dissertation Abstracts International: the Science and Engineering.* **58**(9-B): 5138.
60. Littleton LH y Ollendick T. 2003. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review clinical and Family Psychology.* **6**:51-66.
61. Gómez-Peresmitré G, Saucedo-Molina TJ y Unikel-Santoncini C. 2001. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología en el campo de la salud. En: *Psicología Social; investigación y Aplicaciones en México.* Calleja N y Gómez-Peresmitré G (eds.). 1a. ed. Fondo de Cultura Económica, México. pp267-315.
62. Rodriguez C, Fernandez B, Lalaguna B, González R y Gonzáles-Pinto A. 2001. Los trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Global.* **1**(4): 28-34.
63. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C y Vega-Franco L. 2003. Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Rev Mex Pediatr.* **70**(2): 91-9.
64. El Rincón de Paco. Estadística inferencial. Dirección: <http://www.rincondelpaco.com.mx/Apuntes/Inferencial.pdf>. Actualización: 23/01/2012. Acceso: 22/06/2012.
65. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, 1984.
En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Fecha de consulta: 21 Abril 2011.

66. Acosta M y Gómez-Peresmitré G. 2003. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *RIPCS*. 3:9-21.
67. Alvarez G, Nieto ML, Arévalo R y Ocampo MT. 2007. Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastornos alimentarios en mujeres adultas. *Psicología y salud*. **17**(2):234-40.
68. Stice E, Chase A, Stormer S y Appel A. 2001. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disorders*. **29**(3):247-62.
69. Chávez IM. 2011. Tendencias 2007-2010 de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo. Tesis Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
70. Loria V, Gómez C, Lourenço T, Pérez A, Castillo R, Villarino M, Bermejo L y Zurita L. 2009. Evaluación de la utilidad de un programa de educación nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp*. **24**(5):558-67.
71. Stice E, Shaw H, Burton E y Wade E. 2006. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. **74**(2): 263–75.
72. Baranowski MJ y Hetherington MM. 2001. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Int J Eat Disorders*. **29**(2):119-24.
73. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J y Warking P. Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide. (Promoción de una alimentación saludable entre la juventud europea. Guía básica de educación nutricional para la población escolar). Traducida y adaptada por CIDE. Madrid. 2000.
74. León RC. 2010. Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

75. Góngora VC. 2010. Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicología, cultura y sociedad*. *Psicodebate*. 279-96.
76. Escoto Ponce de León MC, Camacho EJ, Rodríguez G y Mejía J. 2010. Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 1:112-18.
77. Stice E, Trost A, y Chase A. 2002. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. Publicación en línea Wiley Interscience. DOI: 10.1002/eat.10109.
78. Bermúdez-Bautista SM, Franco-Paredes K, Álvarez-Rayón G, Vázquez-Arévalo R, López-Aguilar X, Téllez-Girón M, Amaya-Hernández A y Mancilla-Díaz JM. 2009. Rol de la insatisfacción en influencia de grupo de padres sobre la influencia de la publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Revista Mexicana en Psicología*. 1:9-18.
79. Scime M y Cook-Cottone C. 2008. Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*. 41(2):134-42

ANEXOS

Anexo 1

No. Folio _____

P:

T:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relaciona con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 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 toda la información que nos des es **CONFIDENCIAL**

GRACIAS

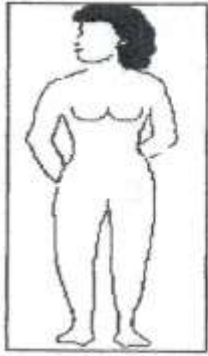
Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina.

Núm. De Matricula	Grado escolar
1. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	
2. ¿Colonia y municipio en donde vives?	
3. Peso actual: _____ Kilos	
4. Altura/ Talla _____ Centímetros	
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 estudios de tu madre?	
8. ¿Con quién vives? () Padres () Sola () pareja () amigos () otros familiares otro _____	
9. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?	
10. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?	
11. ¿A qué clase social consideras que perteneces?: () Alta () Media – alta () Media () Media- Baja () Baja () Pobre	
12. Aproximadamente ¿de cuánto es el ingreso familiar mensual?	

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 Mas de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs. o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				
9	He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				
10	He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál (es)				

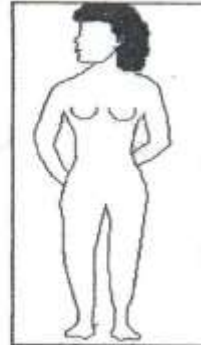
11. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



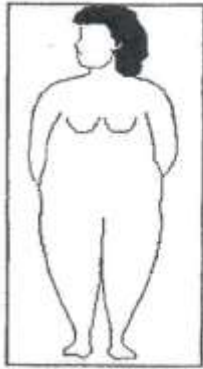
(A)



(B)



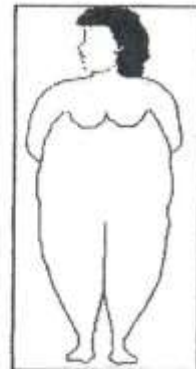
(C)



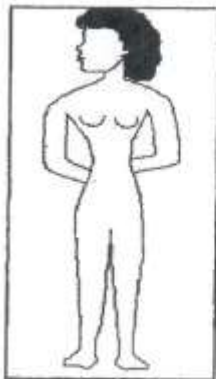
(D)



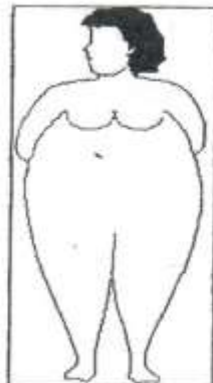
(E)



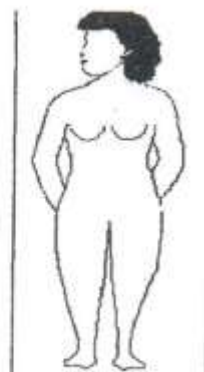
(F)



(G)



(H)



(I)

En la siguiente sección, marca con una **(X)** aquella opción, sólo una respuesta por pregunta, aquella que más refleje lo que piensas o sientes actualmente. No hay respuestas “buenas” o “malas

	Nunca	Pocas veces	Mucha veces	Siempre
1. Envidio el cuerpo de gimnastas, nadadoras, bailarinas, y otras deportistas.				
2. Acostumbro comer.				
3. Para controlar tu peso te saltas comidas.				
4. Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en la revistas.				
5. Cuido que mi dieta sea nutritiva.				
6. Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.				
7. Tomas agua para quitarte el hambre.				
8. Acostumbro realizar mis tres comidas (desayuno, comida y cena).				
9. Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.				
10. Procuero comer verduras.				
11. Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.				
12. Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Belinda o Jacqueline Bracamontes.				
13. Acostumbro cenar o merendar.				
14. Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.				
15. Como lo que es bueno para mi salud.				
16. Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.				
17. Te molesta que te digan que estas llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.				
18. Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas de cómo volverse delgada.				
19. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.				
20. Me llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar.				
21. Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.				
22. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios.				
23. Acostumbro desayunar.				
24. Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.				
25. Procuero estar al día sobre lo que debe de ser una dieta adecuada.				
26. Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura.				
27. Como con moderación.				
28. Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.				
29. Cuidas lo que comes para no subir de peso				

En los últimos 3 meses marco **(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 Mas de 2 veces en una semana
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 conseguir ropa.				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa.				
15	Cuando estoy delgada me siento en control.				

16. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge marcando con una (X) aquella que más te gustaría tener.



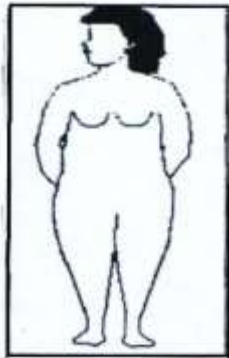
(A)



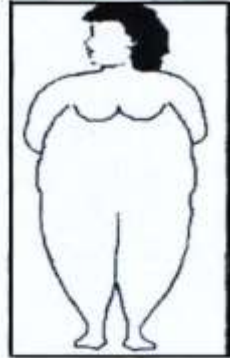
(B)



(C)



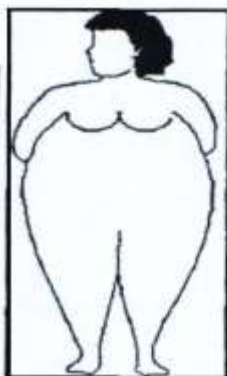
(D)



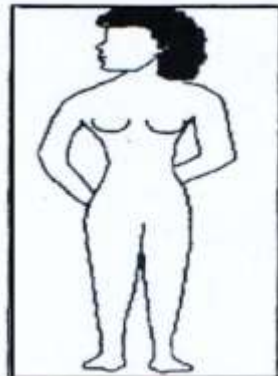
(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

Anexo 2

Análisis factorial del Cuestionario Breve para medir Conductas alimentarias de Riesgo

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

Análisis factorial del FRATAP-M

Factor 1. Influencia de la Publicidad		Carga factorial
19	Me llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar.	0.793
13	Me llaman la atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.787
23	Me interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.	0.692
5	Me llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.	0.676
25	Me llaman la atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura del cuerpo.	0.675
3	Me llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.648
Factor 2. Malestar con la Imagen corporal		
1	Envidio el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas	0.734
8	Me gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.737
11	Me gustaría tener el cuerpo de Anahí, Belinda o Jacqueline Bracamontes	0.749
27	Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.	0.404
16	Te molesta que te digan que estas llenita o gordita o cosas parecidas aunque sea un comentario de broma.	0.685
Factor 3. Dieta restringida		
6	Tomas agua para quitarte el hambre.	0.656
15	Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.	0.654
28	Cuidas lo que comes para no subir de peso.	0.647
20	Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.558
2	Para controlar tu peso te saltas comidas.	0.533
10	Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.	0.449
Factor 4. Tiempos de comida		
7	Acostumbras realizar tus tres comidas	0.805
22	Acostumbras cenar o merendar	0.733
12	Acostumbras desayunar	0.734

Análisis factorial del Cuestionario de actitudes hacia el cuerpo

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

Anexo 3

SESIÓN 2

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
Actividad 1: Compromiso voluntario Discutir tarea	<ul style="list-style-type: none">• Discutir tarea.	25 min
Actividad 2: Imagen corporal y Situaciones que fomentan la delgadez	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a cada sujeto sobre sus preferencias corporales.• Aprender a emitir respuestas verbales ante la presión de estar delgada.	60 min
Actividad 3: Resistir ideal de delgadez	<ul style="list-style-type: none">• Palabras o situaciones que se pueden evitar decir , hacer o aprender para luchar con este ideal.	35 min
Tarea	Reto conductual (realizar algo que no te has atrevido por miedo al qué dirán o por vergüenza)	
Material: Diapositivas, rotafolio, revistas, papel bond, cartulinas, plumones, pegamento, tijeras.		

SESIÓN 3

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
Actividad 1: compromiso voluntario Discutir tarea	<ul style="list-style-type: none">• Discutir tarea	20 min
Actividad 2: Influencia de la publicidad.	<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre los anuncios publicitarios.• Efectos que provocan en las personas	35 min
Actividad 3: Como reaccionamos ante la crítica.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar qué efectos provoca en mí la presión por la delgadez• Brindar elementos para identificar un estilo de respuesta para enfrentar críticas.	35 min
Actividad 4: Características físicas de un chico ideal y de una chica ideal.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar características físicas del chico y chica ideal.	30 min.
Tarea	Ser activista en contra de la delgadez	
Material: Revistas, diapositivas, rotafolio, plumones.		

SESIÓN 4

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
Actividad 1: compromiso voluntario Discutir tarea	<ul style="list-style-type: none">• Discutir tarea	10 min.
Actividad 2: Dietas: Mitos y Realidades	Discutir y explorar sobre <ul style="list-style-type: none">• Tipos de dietas• Conocer las ideas erróneas acerca de las dietas.• Dietas restrictivas.• Consecuencias de una dieta errónea (atracción).	40 min.
Actividad 3: ¿Qué es una dieta correcta? Características de una alimentación sana	<ul style="list-style-type: none">• Conocer una dieta correcta.• Identificar las características de una alimentación sana.• Trabajar con modelos de alimentos.• ¿Por qué es importante desayunar?	40 min.
Actividad 4: Terminología Nutricional	<ul style="list-style-type: none">• Conocer la idea que tienen acerca de definiciones como nutrición, nutrimento, alimentación, dieta.	30 min.
Tarea	-Ejemplo de menú para un día. - Reforzar el ser activistas contra la presión por la delgadez	

SESIÓN 5

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
Actividad 1: Compromiso voluntario Discutir tarea	<ul style="list-style-type: none">• Discutir tarea	15 min
Actividad 2: Colación saludable	<ul style="list-style-type: none">• Revisar menús elaborados por ellas.• Pedir a las participantes muestren su colación para analizar su composición.• Discutir sobre una colación saludable	30 min
Actividad 3: ¿Cómo hacer un menú balanceado?	<ul style="list-style-type: none">• Explicarles por medio de modelos de alimentos las necesidades nutrimentales para su edad• Elaboración de menús con modelos de alimentos.• Presentación de menú real.	40 min.
Actividad 4: ¿En toda la semana de la salud aprendí?	<ul style="list-style-type: none">• Las participantes contarán los nuevos conocimientos y experiencias adquiridos en esta semana.	15 min.
Actividad 5: Carta a una amiga -Aplicación de pos-test.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar nuevamente la carta, pero ahora con lo aprendido en el taller.• Recolectar la información para evaluar la eficacia del programa.	20 min.

Material: Rotafolio, modelos de alimentos, platillos reales.

SESIÓN 6

REFORZAMIENTO

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	DURACIÓN
Actividad 1: Aplicación del cuestionario	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación.	30 min
Actividad 2: Durante el programa aprendí	<ul style="list-style-type: none">• Recordar y reafirmar los conocimientos adquiridos en la sesión anterior.• Reforzamiento de los temas. <p>Actividad grupal.</p>	45 min
Actividad 3: El blog.	<ul style="list-style-type: none">• Se tratarán los temas que las participantes hayan solicitado a través del blog y/o correo electrónico.• Aclaración de dudas. <p>Actividad grupal.</p>	45 min

Material: Computadora, plumones.

Anexo 4



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



**“EVALUACION DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCION PRIMARIA
SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ALUMNAS DE UNA PREPARATORIA,
PACHUCA HIDALGO.”**

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

A lo largo del instrumento notara (su hija) 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 su propia experiencia.

Los beneficios que obtendrá su hija serán el aprender a alimentarse correctamente, verdades sobre alimentación, algunos conocimientos básicos de nutrición y mejorar la aceptación de su imagen corporal.

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

Nombre de la alumna: _____ Turno: _____

Nombre y firma del padre o tutor

Facilitadores: Mauricio Ángeles Cruz y Beatriz Monter Contreras

Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Anexo 5



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



**“EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN PRIMARIA SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ALUMNAS DE UNA
PREPARATORIA, PACHUCA HIDALGO.”**

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

Los beneficios que obtendrás serán el aprender a alimentarse correctamente, verdades sobre alimentación, algunos conocimientos básicos de nutrición y mejorar la aceptación de su imagen corporal.

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 toda la información que nos des es **CONFIDENCIAL.**

Nombre de la alumna: _____ Turno: _____

Facilitadores: Mauricio Ángeles Cruz y Beatriz Monter Contreras

Responsable de la investigación: Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina.