UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Intervención universal en conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para adolescentes de secundaria y sus madres de familia”

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

LIC. PSIC. ROSA VARGAS ALMENDRA

Directores de Tesis

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ

San Agustín Tlaxiaca Hgo. Septiembre de 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Medicina
Department of Medicine

20/agosto/2021
AAM/MCBS/76/2021
Asunto: Asignación de Jurado de Examen

Rosa Vargas Almendra
Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención universal en conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para adolescentes de secundaria y sus madres de familia" con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE	Dra. María Leticia Bautista Díaz
PRIMER VOCAL	Dr. Rubén García Cruz
SECRETARIO	Dra. Jeannett Alejandra Izquierdo Vega
SUPLENTE	Dr. David Jiménez Rodríguez
SUPLENTE	Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

M.C. ESP. ADRIAN MOYA ESCALERA
DIRECTOR

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DIRECCIÓN

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO
COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo,
México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308,2361,4346,4310
medicina@uaeh.edu.mx

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico brindado durante el desarrollo de los estudios de posgrado (beca de manutención número 1005908).

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo, específicamente a la Dra. Lydia López Pontigo y al Dr. Manuel Sánchez Gutiérrez por haberme brindado la oportunidad de formar parte de un posgrado de gran calidad, cómo lo es la maestría en ciencias biomédicas y de la salud.

A la Maestra Trinidad Lorena Fernández Cortés por su apoyo en la estandarización de antropometría con técnica Isak.

Al Mtro. Oscar Morales y a los directores de las secundarias A y B por brindarme un espacio para poder llevar a cabo la etapa 1 de este proyecto.

A la Dra. Lety, por confiar en mí y guiarme en el desarrollo de este proyecto, por dedicar su tiempo y su esfuerzo en revisar, corregir y sugerir cambios, en cada una de las partes de este trabajo; por su calidez e interés y la forma en la que se desempeña académicamente; cualidades que la convierten en una persona admirable y por quien tengo un enorme respeto.

A la Dra. Angélica y al Dr. Rubén; por su apoyo, ya que sus sugerencias hicieron de este un mejor proyecto y sin ellos no sería fácil haber llegado hasta aquí. A la Dra. Norma Angélica Ortega Andrade y al Dr. David Jímenez García, por sus valiosas aportaciones.

A los participantes de mi investigación, con quienes estoy enormemente agradecida; ya que todo el esfuerzo y dedicación fue para poder brindarles una atención de calidad y poder impactar en su salud física y psicológica.

Y a mi familia por su apoyo incondicional, por permitirme crecer como persona y seguir mis sueños.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL v
ÍNDICE DE TABLAS ix
ABREVIATURAS x
RESUMEN xi
ABSTRACT xii

I. INTRODUCCIÓN 3

II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL 5

2.1 Capítulo. Generalidades de la adolescencia 5
2.1.1 Adolescencia 5
2.1.1.1 Definición 5
2.1.1.2 Cambios biológicos 5
2.1.1.3 Cambios sociales 6
2.1.1.4 Cambios psicológicos 6
2.1.1.5 Adolescencia y salud mental 7

2.2 Capítulo. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) 9
2.2.1 Definición de CAR 9
2.2.2 Tipos de CAR 9
2.2.3 Datos epidemiológicos de las CAR 10
2.2.3.1 Estadísticas internacionales 10
2.2.3.2 Estadísticas nacionales 11
2.2.3.3 Estadísticas estatales 12
2.2.4 Factores asociados a las CAR 13
2.2.4.1 Biológicos 13
2.2.4.2 Sociales 13
2.2.4.3 Psicológicos 14
2.2.5 Consecuencias de las CAR 14
2.2.5.1 Biológicas 15
2.2.5.1.1 Datos epidemiológicos del exceso de peso 15
2.2.5.1.1.1 Estadísticas internacionales 15
2.2.5.1.1.2 Estadísticas nacionales 15
2.2.5.2 Sociales 16
2.2.5.3 Psicológicas 16
2.2.6 Modelos explicativos de TCA 17

2.3 Capítulo. Insatisfacción corporal 18

2.3.1 Definición 18
2.3.2 Factores asociados a la Insatisfacción corporal 18
2.3.2.1 Factores biológicos 18
2.3.2.2 Factores sociales 19
2.3.2.3 Factores psicológicos 19
2.3.3 Insatisfacción corporal y CAR 19

2.4 Capítulo. Apego 20
2.4.1 Definición 20
2.4.2 Clasificación 20
2.4.2.1 Apego seguro 20
2.4.2.2 Apego inseguro 20
2.4.2.3 Apego ansioso 21
2.4.2.4 Apego evitativo 21
2.4.2.5 Apego desorganizado 21
2.4.3 Factores asociados al apego 21
2.4.4 Apego y CAR 22

2.5 Capítulo. Prevención para CAR 23
2.5.1 Prevención primaria 23
2.5.2 Prevención secundaria 23
2.5.3 Prevención terciaria 23
2.5.4 Tratamiento para CAR 24

III. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA 27

3.1 Intervenciones de tipo preventivo para CAR 27
3.1.1 Intervenciones de tipo preventivo para CAR, TCA y obesidad 28

3.2 Planteamiento del problema 31

IV. JUSTIFICACIÓN 32

V. ETAPA 1. DETECCIÓN DE NECESIDADES EN LA POBLACIÓN BLANCO 34

5.1 Objetivo General de la Etapa 1 34
5.1.1 Objetivos específicos 34

5.2 Hipótesis 34
5.2.1 Conceptuales 34
5.2.2 Estadísticas 35

5.3 Método Etapa 1 35
5.3.1 Diseño y tipo de estudio 35
5.3.2 Aspectos éticos 35

5.3.3 Selección de la población 35
5.3.4 Tamaño de la muestra y muestreo 36
5.3.5 Definición de variables 36
5.3.6 Análisis estadístico 39

5.4 Resultados Etapa 1 39
5.4.1 Análisis descriptivos 39
5.4.2 Análisis de asociación entre variables 42

VI. ETAPA 2. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN 46

6.1 Objetivos específicos 46

6.2 Método Etapa 2 46
6.2.1 Selección de la población 46
6.2.2 Definición de variables 46
6.2.3 Procedimiento 48
6.2.4 Análisis estadístico 48

6.3 Resultados Etapa 2 48

VII. ETAPA 3. ESTUDIO PILOTO: APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LÍNEA 52

7.1 Objetivo general de la Etapa 3 52
7.1.1 Objetivos específicos 52

7.2 Hipótesis 52
7.2.1 Conceptual 52
7.2.2 Estadísticas 52

7.3 Método de la Etapa 3 53
7.3.1 Diseño y tipo de estudio 53
7.3.2 Selección de la muestra 53
7.3.3 Definición de variables 53
7.3.4 Análisis estadístico 53

7.4 Resultados de la Etapa 3 54

VIII. DISCUSIÓN GENERAL 57

IX. CONCLUSIONES GENERALES 63

X. RECOMENDACIONES 64

XI. REFERENCIAS 65

XII. ANEXOS 78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición conceptual y operacional y unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 1. 37
Tabla 2. Distribución de estilo de apego. 40
Tabla 3. Distribución de índice de masa corporal para hombres y mujeres 40
Tabla 4. Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con el por sexo para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y apego. 41
Tabla 5. Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con la escuela para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y apego. 42
Tabla 6. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para hombres 42
Tabla 7. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para mujeres 43
Tabla 8. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para la secundaria A 43
Tabla 9. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para la secundaria B 44
Tabla 10. Correlaciones Rho de Spearman de las dimensiones Conductas Alimentarias de Riesgo e insatisfacción corporal respecto al IMC para hombres y mujeres 44
Tabla 11. Correlaciones Rho de Spearman de las dimensiones Conductas Alimentarias de Riesgo e insatisfacción corporal respecto al IMC para la secundaria A y B 45
Tabla 12. Definición conceptual y operacional y unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 2 47
Tabla 13. Puntuación por indicadores para cada una de las sesiones, en la primera versión del manual de intervención 49
Tabla 14. Validez de contenido para la primera versión del manual de intervención 50
Tabla 15. Puntuación por indicadores que otorgaron los jueces para cada una de las sesiones del programa en la versión final. 51
Tabla 16. Validez de contenido para el programa de prevención 51
Tabla 17. Índice de masa corporal y categoría de peso 54
Tabla 18. Datos de las participantes del estudio respecto a las puntuaciones totales de dos cuestionarios 54
Tabla 19. Puntuaciones del pretest-postest y del cambio clínico objetivo posterior a la intervención en línea de las cuatro participantes del estudio 56

ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nerviosa
BD	Body Dissatisfaction
BN	Bulimia Nerviosa
CAR	Conductas Alimentarias de Riesgo
DEB	Disordered Eating Behaviors
IC	Insatisfacción Corporal
IMC	Índice de Masa Muscular
OMS	Organización Mundial de la Salud
TAIA	Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCC	Tratamiento Cognitivo-Conductual
TPA	Trastorno Por Atracón
CCO	Cambio Clínico Objetivo

RESUMEN

La adolescencia es una etapa vulnerable a nivel físico, social y psicológico, en este último, la interacción entre las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y la insatisfacción corporal (IC), en adolescentes y madres de familia podría impactar negativamente su salud integral, por ello son necesarias intervenciones oportunas. El objetivo general de la presente tesis fue evaluar la efectividad de un programa de prevención universal en línea para CAR e IC en estudiantes de secundaria y sus madres de familia a través de un estudio piloto. La investigación se realizó en tres Etapas: I) Identificación de necesidades en la población blanco; II) Construcción y validación de un programa de intervención; III) Prueba piloto de la intervención en línea. Esta tercera etapa se realizó con un diseño experimental donde participaron dos alumnas de secundaria y sus respectivas madres, quienes contestaron el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y Cuestionario de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26; ambos por sus siglas en inglés) en las fases pretest y postest. En la Etapa 1 se encontró: con base al Punto de Corte (PC) = 20 del EAT-26 que, 10(9.3%) de los participantes presentaban riesgo de TCA; y en cuanto al PC = 110 para el BSQ, 16(14.7%) estudiantes, tenían insatisfacción clínicamente relevante; En la Etapa II: la intervención en línea quedó conformada por seis sesiones, misma que obtuvo un alto índice de validez de contenido (0.97); En la Etapa III: durante el pretest ambas estudiantes puntuaron por debajo de los PC del EAT-26 y BSQ, pero una de las madres de familia rebasó el del EAT-26 y ambas madres rebasaron el BSQ. El hallazgo cardinal fue que la madre de familia con ambas psicopatologías presentó un cambio clínico objetivo (reducción positiva) en las dos variables, asimismo lo presentaron las estudiantes en algunas CAR (dieta o control oral). Se concluye que, la intervención en línea tuvo un efecto positivo sobre las CAR en ambas adolescentes y en CAR e IC en una madre de familia. No obstante, futuros estudios deberán replicar la intervención para corroborar o refutar los hallazgos de esta investigación.

Palabras clave: conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal, salud mental, intervención en línea

ABSTRACT **(corregir en function de las observaciones)**

Adolescence is a vulnerable stage at a physical, social and psychological level, in the latter, the interaction between risky eating behaviors (REB) and body dissatisfaction (BD), in adolescents and mothers of families could negatively impact their integral health, therefore, timely interventions are necessary. The general objective of this thesis was to evaluate the effectiveness of a universal online prevention program for REB and BD in secondary school students and their mothers through a pilot study. The research was carried out in three stages: I) Identification of needs in the target population; II) Construction and validation of an intervention program; III) Pilot test of the online intervention. This third stage was carried out with an experimental design where two high school students and their respective mothers participated, who answered the Body Image Questionnaire (BSQ) and the Eating Attitudes Questionnaire-26 (EAT-26) in the pretest and posttest phases. In Stage 1 it was found: based on the Cut-off Point (CP) = 20 of the EAT-26 that 10 (9.3%) of the participants had a risk of eating disorders; and regarding the CP = 110 for the BSQ, 16 (14.7%) students had clinically relevant dissatisfaction; In Stage II: the online intervention consisted of six sessions, which obtained a high content validity ratio (0.97); In Stage III: during the pretest, both students scored below the CP of the EAT-26 and BSQ, but one of the mothers exceeded the EAT-26 and both mothers exceeded the BSQ. The cardinal finding was that the mother of the family with both psychopathologies presented an objective clinical change (positive reduction) in the two variables, as well as the students in some CAR (diet or oral control). It is concluded that the online intervention had a positive effect on REB in both adolescents and on REB and BD in a mother. However, future studies should replicate the intervention to corroborate or refute the findings of this research.

Key words: risk eating behaviors, body dissatisfaction, mental health, online intervention

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como el periodo de desarrollo del ser humano posterior a la niñez y se ubica entre los 10 y 19 años, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y por una gran variedad de cambios biológicos, sociales y psicológicos, mismos que se pueden convertir en factores estresantes, afectando la salud física y psicológica de esta población (1,2).

Esta etapa se caracteriza por una serie de cambios, físicos, sociales y psicológicos, pero la dimensión psicosocial juega un papel aun más relevante, debido a la búsqueda de identidad o de aceptación social, lo que puede ocasionar que los adolescentes realicen cambios significativos en su comportamiento alimentario, ya sea con disminución o exceso de ingesta para controlar el peso corporal, es así que, pueden surgir las conductas alimentarias de riesgo (CAR), estas son un conjunto de acciones que si se realizan de forma frecuente, en algunos casos se pueden presentar problemas de salud como la desnutrición, bajo peso, sobrepeso u obesidad (3); y en casos extremos a la aparición de TCA (4–6). Específicamente en México, se reportó que 24.7% de los adolescentes se encontraban afectados por uno o más problemas de salud mental, entre ellos, los TCA (7).

Existen diversos factores que aumentan la probabilidad de que se desencadene alguna psicopatología alimentaria (8). Como se mencionó, en la dimensión biológica un factor de riesgo importante es la edad, ya que, los adolescentes principalmente, no cuentan con la madurez necesaria para afrontar demandas de esta etapa (8,9). Otro de los factores de riesgo que pueden propiciar a la aparición de las CAR es la IC (5), la cual supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (10).

Sin embargo, persiste la dificultad para detectar y tratar los casos, lo cual puede afectar la salud física y mental del adolescente, limitando las oportunidades de llevar una vida satisfactoria (11). A pesar de haber suficientes estudios con relación las CAR y a la IC, estos se han llevado a cabo en adolescentes mujeres de nivel medio superior y superior (12–16) siendo escasos y no concluyentes los realizados en adolescentes de etapa media, por la ubicación geográfica de la institución educativa y comparando por sexo en el mismo estudio. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue fue evaluar la efectividad de un programa de

prevención primaria para CAR e IC en estudiantes de secundaria y sus madres a través de un estudio piloto.

La presente tesis se desarrolla a través de 12 apartados, I, Introducción; II. Marco teoríco y referencial, que incluye los capítulos adolescenica, CAR, IC, apego y prevención para CAR; III. Antecedentes del problema, en éste apartado se mencionan algunas de las intervenciones dedicadas a la prevención de CAR, así como las áreas de oportunidad que se podrían retomar en otros estudios, entre ellas, el trabajo con los principales cuidadores. IV. Justificación para poder llevar a cabo este proyecto, donde tambíen se menciona que éste fue dividido en tres etapas para poder alcanzar el objetivo general; V. Etapa 1. Detección de necesidades en la población blanco, se evaluó la asociación entre CAR, IC, apego e IMC, así mismo se identificó a los adolescentes con presencia de CAR e IC y se evaluó si habían diferencias estadísticamnete significativas por sexo y escuela de procedencia (de esta fase se publicó un articulo); VI. Etapa 2. Diseño y validación del programa de intervención en línea; VII. Etapa 3. Estudio piloto: aplicación del programa de intervención en línea a adolescentes de secundaria y sus madres; VIII. discusión general de las tres fases ya mencionadas; IX Conclusiones generales; X. Recomendaciones; XI. Referencias y XII. Anexos.

II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

2.1 Capítulo. Generalidades de la adolescencia

2.1.1 Adolescencia

2.1.1.1 Definición

La adolescencia se define como el periodo de desarrollo del ser humano posterior a la niñez y se ubica entre los diez y los 19 años de edad, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y por una gran variedad de cambios biológicos, sociales y psicológicos, mismos que se pueden convertir en factores estresantes, afectando la salud física y psicológica de esta población (1,2). A continuación, se describen brevemente dichos cambios.

2.1.1.2 Cambios biológicos

Los principales cambios biológicos que se producen durante la adolescencia tienen que ver con la maduración física y sexual, la cual comienza alrededor de los diez años, misma que se reconoce como pubertad (2).

La pubertad está marcada por dos etapas:

1) La activación de las glándulas suprarrenales y 2) La maduración de los órganos sexuales

La primera etapa ocurre entre los seis y ocho años; durante esta etapa las glándulas suprarrenales secretan andrógenos y dehidroepiandrosterona (DHEA), lo que implica crecimiento del vello axilar, púbico y facial, así como en un crecimiento corporal más acelerado, y mayor secreción de grasa en la piel (2,17).En la segunda etapa los ovarios de las niñas aumentan su producción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, así como el crecimiento del vello púbico y axilar. En los hombres, los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal (2,17).

2.1.1.3 Cambios sociales

Durante ésta etapa se ven afectadas las relaciones con los padres, ya que los compañeros se vuelven prioridad, así el esfuerzo que anteriormente utilizaban para conseguir la aprobación de sus padres, a su vez durante esta etapa del desarrollo lo hace para agradar a sus pares, la influencia de los pares provoca que el adolescente se comience a cuestionar antiguos valores y creencias, dándole mayor importancia a las amistades (18,19).

De esta manera, el hecho de pasar más tiempo con sus amigos, se convierte el contexto de socialización más importante para ellos formando un vínculo que les permite sentirse más seguros y regular el estrés en determinadas situaciones; sin embargo, la influencia que tienen los pares puede tener dos vías, ya que, una puede ser positiva ejerciendo un modelo para logros académicos y personales, y la otra, puede ser negativa, promoviendo ciertas conductas y actitudes perjudiciales para sus salud física y psicológica, entre ellas, se encuentran el uso de drogas o la realización de comportamientos de riesgo (18).

2.1.1.4 Cambios psicológicos

Los adolescentes se diferencian de los niños no sólo por su apariencia, sino también por su forma de pensar y hablar, aunque su pensamiento aún es inmaduro en esta etapa, aproximadamente a los 12 años, comienzan a adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales más complejos, sin embargo, es hasta los 25 años, cuando se alcanza por completo el desarrollo prefrontal, lo cual implica una mayor capacidad para planear, razonar, y controlar impulsos; esto puede explicar porque los adolescentes tienen dificultad para controlar impulsos y llevar acabo conductas de riesgo (20).

Una de las características principales de esta etapa es la búsqueda de identidad que conlleva el establecimiento de metas, creencias y valores con los que la persona se identifica, ésta búsqueda de identidad forma parte de un proceso saludable y vital y que se va construyendo a medida que los jóvenes adoptan valores, eligen una ocupación y desarrollan una identidad sexual satisfactoria, verse a sí mismo como un ser sexuado y aceptar los cambios sexuales, reconocer la propia orientación sexual, y establecer vínculos son aspectos que acompañan la adquisición de la identidad sexual (2,21).

Desde el punto de vista emocional y afectivo, los adolescentes conviven en diferentes contextos que les permiten vincularse con los demás, el resultado de estas relaciones puede traer consigo cambios de humor, enamoramiento, deseo, atracción y amistad. Sin embargo, al ser una etapa que conlleva cambios físicos puede haber dificultades para adquirir su identidad sexual, ser susceptible a sufrir algún tipo de abuso, así como tener dificultades para expresar, comprender, compartir y regular sus emociones, por tanto pueden surgir sentimientos de soledad, frustración, inseguridad, y como consecuencia experimentar problemas para comunicarse y mayor probabilidad de generar conductas violentas (22–24).

2.1.1.5 Adolescencia y salud mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años de las cuales 16 % presenta alguna enfermedad mental; como ya se mencionó, en esta etapa existe una serie de cambios que aunados a diversos factores de riesgo, tales como el abuso de sustancias, sufrir algún tipo de abuso físico o sexual, la condición económica, entre otros, aumentan la probabilidad de que los adolescentes sufran algún tipo de padecimiento mental (25,26). Sin embargo, persiste la dificultad para detectar y tratar los casos, lo cual afecta la salud física y mental del adolescente, limitando las oportunidades de llevar una vida satisfactoria(11).

En Estados Unidos se estimó que en el año 2017, 49.5% de los adolescentes tenía algún trastorno mental y que, de esa población, 22.2% presentaba deterioro grave (27). Mientras que, en México, se reportó que 24.7% de los adolescentes se encontraban afectados por uno o más problemas de salud mental, entre estos los trastornos del aprendizaje, de ansiedad, por déficit de atención, depresión, ansiedad, uso de sustancias, intentos de suicidio y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre otros (7).

De los trastornos mentales señalados anteriormente, la depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial, y que interfiere con la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades importantes en su vida; se estima que 3.2 millones de jóvenes de 12 a 17 años (13.3%), tuvo al menos un episodio depresivo mayor, siendo las mujeres las que presentaron mayor prevalencia (20%) en comparación con los hombres (6.8%), esto de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Salud Mental (28,29).

De igual forma, los trastornos de ansiedad interfieren en la vida de las personas impidiéndoles llevar a cabo sus actividades diarias de manera satisfactoria, y se estima que su prevalencia en adolescentes es de 31.9% siendo las mujeres las que tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad en comparación con los hombres(30).

Asimismo, el trastorno por déficit de atención es uno de los diagnósticos más comunes y puede continuar durante la adolescencia y hasta la edad adulta, este trastorno ocupa el sexto lugar de las enfermedades entre los adolescentes, se caracteriza por presentar dificultades para prestar atención y mantenerse enfocado, principalmente, así como impulsividad e hiperactividad (31,32).

Por su parte, el pensamiento suicida y el suicidio como tal en la pubertad es otro problema de salud grave, ya que, es una de las principales causas de muerte en esta población, se estima que a nivel mundial 62 000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones, por lo que, es importante conocer las señales de advertencia para poder prevenirlo (25,33).

De igual forma, la adolescencia es una etapa vulnerable, ya que, la influencia de los pares y de la publicidad en general pueden conducir a la realización de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y en casos extremos al desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), aunque principalmente afecta a las mujeres, la cifra de hombres va cada vez más en aumento (9).

En todo el mundo, se estima que entre 10 y 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental, sin embargo, muchos casos no son diagnosticados, ni tratados adecuadamente u oportunamente. Los signos de mala salud mental pueden pasarse por alto por falta de conocimiento o conciencia entre los profesionales de la salud, o por el estigma que les impide buscar ayuda (26,35).

Por lo cual, resulta oportuno promover el bienestar psicológico en los adolescentes para desarrollar o mantener hábitos saludables, como la higiene del sueño, hacer ejercicio regularmente, entre otros hábitos, asimismo la adolescencia es una etapa propicia para desarrollar habilidades sociales, de resolución de problemas, de autorregulación emocional, y por supuesto, para promover un comportamiento alimentario sano y evitar alteraciones más complejas como las CAR o los TCA (25).

2.2 Capítulo. Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

2.2.1 Definición de CAR

Conducta es la manera o forma de comportase una persona, en tanto que, las conductas alimentarias son los hábitos relacionados con la ingestión de alimentos, adquiridos mediante actos repetidos que terminan constituyendo una manera de ser y de vivir del individuo; para que esto suceda, se requiere que sean placenteros, y acordes a las normas socioculturales establecidas por un grupo y coherentes con el estilo de vida del individuo o del grupo (36).

No obstante, la conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades(37). Existen vínculos fisiológicos, psicológicos, y socioculturales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel sociocultural, la comida, se constituye por diferentes tipos de alimentos, horarios y costumbres; a nivel psicológico, las actitudes que se tienen respecto los alimentos con sus propiedades de color, sabor y textura, entre otros (36,37).

Debe entenderse como actitudes alimentarias de riesgo o anómalas a las creencias, pensamientos y sentimientos respecto a los alimentos y la forma de alimentarse, como la sensación de falta de control al comer, preocupación excesiva por la comida o por subir de peso al consumir ciertos alimentos (38).

Sin embargo, cuando la conducta alimentaria se trastorna, ya sea con disminución o exceso de ingesta por razones psicológicas, surgen las conductas alimentarias de riesgo (CAR), estas son un conjunto de acciones que si se realizan de forma frecuente preceden a la aparición de los TCA, por ello, en algunos estudios se reportan como sintomatología de TCA (4–6).

2.2.2 Tipos de CAR

Las CAR, incluyen atracones o episodios de ingesta excesiva, dietas restrictivas, ayunos prolongados, vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, saltear comidas, reemplazar alimentos; y aunque el ejercicio físico realizado en exceso no es una conducta alimentaria, representa una conducta de riesgo; mientras que en las actitudes

alimentarias de riesgo se ubica a la preocupación excesiva por ganar peso o por tener grasa, desear estar más delgado(a), entre otras, todas estas, realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal (8,10,39).

Como se refirió con anterioridad, en el comportamiento alimentario (conductas y cogniciones) de los adolescentes es común que sea inadecuado, debido a que es una etapa que conlleva una serie de cambios en donde los adolescentes están sumergidos en la búsqueda de identidad o de aceptación social, lo que puede ocasionar que haya cambios significativos en su alimentación eliminando comidas regulares o ingiriendo una gran proporción de alimentos, lo que conlleva a que en algunos casos exista problemas de salud como la desnutrición y el bajo peso, o la sobrealimentación lo que en muchos casos genera sobrepeso y obesidad (3).

2.2.3 Datos epidemiológicos de las CAR

La incidencia de CAR, suele ser mayor durante la adolescencia debido a la competitividad, la exigencia académica, la relación con los pares, por lo que, se considera un periodo crítico que llega a provocar sentimientos de inseguridad, y que al no saber cómo afrontarlo puede desencadenar comportamientos alimentarios inadecuados ocasionando aumento o disminución considerable del IMC, poniendo en riesgo la salud (6,34). La prevalencia de CAR se puede clasificar en tres apartados, estadísticas internacionales, nacionales y estatales.

2.2.3.1 Estadísticas internacionales

En un estudio realizado en Reino Unido para determinar la prevalencia de CAR en adolescentes, se reportó que 4.7% de los hombres y 11.4% de las mujeres les preocupaba el peso, 40% de las adolescentes y el 12% de los varones informaron haber realizado dieta; 7.5% de mujeres y 3.5% de hombres reportaron haberse involucrado en atracones, 2.4% de las niñas y 0.8% de los niños informaron participar en conductas de purga, y 7.6% de las mujeres y 1.6% de los hombres informaron realizar dietas frecuentes (34).

De igual forma, en un estudio llevado a cabo en adolescentes australianos que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de CAR, se encontró que en lo referente a dietas restrictivas 4.7% de los adolescentes llevaban a cabo esta conducta, en comparación con el uso de laxantes 2.1% y vómitos autoinducidos 3.3% (40).

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en Chile, 43% de las adolescentes señalaron haber realizado alguna vez una dieta restrictiva sin supervisión médica, observándose que las jóvenes con IMC en la categoría de sobrepeso u obesidad tuvieron un inicio más precoz de sus dietas, además se apreció que aquellas adolescentes quienes practicaban dietas sin indicación médica mostraron una frecuencia significativamente mayor de uso de laxantes y/o diuréticos 9.9% y vómitos 8% (una o más veces a la semana) en comparación con las adolescentes quienes no llevaban a cabo dietas; Se observó que 47% de las adolescentes de la muestra mantuvieron dietas que superan los 42 días al año, mientras 29.6% mostró una restricción de alimentos considerada de riesgo moderado o alto; 12,3% suprimió un grupo esencial de alimentos además de los hidratos de carbono. Finalmente, un 31% de las adolescentes incorporó el ayuno como una práctica regular y sistemática (41).

Por otra parte, de acuerdo con un estudio realizado en Colombia, 7.1% de las adolescentes refirieron vomitar como medida para reducir el peso, 2.5% refirieron el consumo de agua y laxantes, 5.6% reportaron uso de pastillas para adelgazar, 75.6% indicaron realizar ejercicio y 72.1% practicaron la dieta restrictiva (42).

2.2.3.2 Estadísticas nacionales

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de CAR en adolescentes fue 1.3%; en el sexo femenino 1.9% y en el masculino 0.8%; en las mujeres fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes y la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar 19.7%; y en los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso 12.7% (43).

Específicamente, en Ciudad de México se reportó que la prevalencia de CAR en población adolescente fue de 3.8% en hombres; y 9.6% en mujeres, respecto a los indicadores de riesgo se observó que la preocupación por ganar peso y el uso de métodos de purga y restrictivos eran los más frecuentes (44).

Así mismo, en un estudio llevado a cabo en Jalisco, la prevalencia de CAR, fue 7.2% y en cuanto al sexo fue significativamente menor para hombres (2.8%) en comparación con las mujeres (10.3%), respecto a la frecuencia de estas conductas, se reportó que era más de dos veces por semana, específicamente, 5.6% de los hombres reportaron practicar atracones, 0.9% utilizar el vómito como medio para bajar de peso, 1.7% realizar ayunos, 1.3% hacer

dietas, 0.9% utilizar pastillas y 0.6% utilizar laxantes; en comparación con las mujeres quienes reportaron 6%, 0.6%, 3.9% 7.2%, 0.7% y 0.7%, respectivamente (45).

Del mismo modo, en Colima, se reportó que 10% de las adolescentes ha hecho dieta por lo menos dos veces en una semana durante tres meses y 8% se ha dado atracones de comida; 1.6 % de la muestra refirió el uso de por lo menos un método purgativo y 13.5 % de algún método restrictivo (46).

De acuerdo con un estudio realizado en 2010 para estimar la prevalencia de CAR en 17 localidades urbanas de la República Mexicana, se identificó la prevalencia total de acuerdo a la frecuencia, de una vez por semana fue de 14.2%, mientras que la frecuencia de dos o más veces por semana fue de 6.8%. No obstante, cuanto se realizaron los análisis a nivel estatal, el Estado de México alcanzó la prevalencia más alta de CAR (12.1%), seguido de Chihuahua con 11.3%, Durango y Tamaulipas con 9.2% y la más baja se observó en Aguascalientes (2.1%) (3,4).

Por otra parte, en Nuevo León se llevó a cabo un estudio para determinar la prevalencia de CAR en adolescentes y los resultados mostraron que la prevalencia de presentar al menos un comportamiento de riesgo fue 38.2% en comparación con la media nacional 39.4%, la preocupación por el pesó se presentó en 26.2% de los jóvenes, el 16% manifestó haber realizado dietas para adelgazar, 8.1% tomaron pastillas o bebidas para bajar de peso y finalmente 1.9 expresó haber inducido el vómito (47).

Mientras que, respecto al ejercicio, en Nuevo León se reportó que, entre los adolescentes 10.2% había realizado ejercicio más de cinco veces por semana, en otro estudio 9.1% lo realizaban, en ambos casos con el propósito de controlar el peso corporal. 8.1% tomaron pastillas o bebidas para bajar de peso y finalmente el 1.9 expresó haber inducido el vómito (47).

2.2.3.3 Estadísticas estatales

A nivel estatal, de acuerdo con un estudio realizado en 2010 en jóvenes hidalguenses de preparatoria y licenciatura, la prevalencia total de CAR en mujeres fue de 8.4%; en cuanto al nivel educativo, se encontró en mujeres de preparatoria 9.0% y de licenciatura 7.9%; mientras

que en los hombres la prevalencia fue 2.9%, correspondientes a preparatoria 1.6% y a licenciatura 4.2% (5).

En un estudio mas reciente, llevado a cabo en estudiantes de preparatoria del estado de Hidalgo, se reportó que 5.5% de los participantes realiza algún tipo de CAR, siendo mayor en mujeres 3.5 % en comparación con los hombres 2.0% (48)

2.2.4 Factores asociados a las CAR

Existen diversos factores que aumentan la probabilidad de que se desencadene alguna psicopatología alimentaria, provocando un desajuste o desequilibrio dejando al organismo vulnerable (8).

2.2.4.1 Biológicos

Uno de los factores biológicos más importantes es la edad, ya que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad debido a que los jóvenes se enfrentan a una serie de cambios al pasar de una etapa a otra, y como ya se mencionó muchas veces no cuentan con la madurez necesaria para afrontar las responsabilidades de esta etapa (8,9).

2.2.4.2 Sociales

Actualmente, la forma de alimentarse ha traído consigo nuevas situaciones y formas de consumo, debido al menor tiempo que se dispone para comer y cocinar en respuesta a los ritmos sociales; la industrialización, así como una creciente difusión de nuevos ideales ha impactado en los hábitos alimentarios de las personas principalmente en la población adolescente (49).

Se sabe que las madres también contribuyen a la alimentación de sus hijos, aunque no de manera intencional, a través del modelamiento verbal y no verbal de comportamientos alimentarios, de discusiones sobre los alimentos con sus hijos y alrededor de ellos, por lo cual, si no existe una figura materna que funja como un modelo que promuevan conductas alimentarias saludables, puede aumentar la probabilidad de que se presenten las CAR (50,51).

Dentro de la dinámica familiar, las prácticas de crianza de padres y madres, específicamente el estilo de crianza autoritario implica Los llevar a cabo modelos, poco afectuosos que no brindan apoyo a sus hijos, lo que aumenta la probabiliad de que ellos

manifiesten inseguridad y no se acepten como son, dando lugar a conductas inadecuadas y la posible aparición de CAR y en casos extremos de TCA (52).

De esta forma, los hijos e hijas de madres con patologías alimentarias presentan mayor riesgo de presentar CAR, debido a que la madre no solo trasnmite hábitos alimentarios, sino tambien actitudes y creencias hacia la forma de verse a sí mismos y la forma de alimentarse, provocando que se sientan insatisfechos consigo mismos y que por lo tanto lleven a cabo CAR (52).

Dentro de los factores de riesgo para que los hijos presenten CAR se encuentran, la preocupación de la madre por el peso y la figura corporal, ya que esto implica mayor restricción a alimentos con alto contenido energético a los hijos además de fomentar la necesidad de perder peso; por lo que un factor importante que influye es si la madre hace dieta, puesto que tienden a ver a sus hijos con sobrepeso, a pesar de tener un peso normal, lo cual implica que los obiguen a hacer dieta (53).

Otro factor importante es la obesidad, si la madre presenta ésta condición o tiene miedo de padecerla, promueve que esté más preocupada por el peso de sus hijos, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación (53).

2.2.4.3 Psicológicos

Dentro de los factores de riesgo que pueden propiciar a la aparición de las CAR se encuentra la insatisfacción corporal (5), la cual supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (10). Por lo que, la percepción de la imagen corporal puede ser un desencadenador o mantenedor importante de CAR.

2.2.5 Consecuencias de las CAR

Las consecuencias de las CAR se pueden dividir en tres tipos: biológicas, sociales y psicológicas.

2.2.5.1 Biológicas

Dentro de este factor, las consecuencias de las CAR pueden identificarse en dos polos, en el primero sería la desnutrición y la inanición debida al bajo peso, lo que puede limitar el desarrollo cognoscitivo y motor, así como la incidencia de enfermedades crónico degenerativas. En el otro polo de las consecuencias, se ubica el exceso de peso (sobrepeso u obesidad), tanto inmediatas, como a largo plazo, lo que altera su salud y en el bienestar general, conduciéndolo a enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial e hipercolesterolemia (54).

2.2.5.1.1 Datos epidemiológicos del exceso de peso

Acorde con lo mencionado anteriormente, la obesidad y el sobrepeso son problemas de salud que van en aumento con los años, siendo los adolescentes una población vulnerable, a continuación, se describen algunas cifras.

2.2.5.1.1.1 Estadísticas internacionales

A nivel internacional, de acuerdo con la OMS, en 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad (55). De acuerdo con un estudio llevado a cabo en Turquía en 2019, la prevalencia de sobrepeso fue de 26.1% mientras que para obesidad fue de12.8% en adolescentes de 14 a 15 años (56). Del mismo modo en Shandong en China, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 15.05% y 9.23% respectivamente en niños y adolescentes de 7 a 18 años (57). Por otro lado, la prevalencia de obesidad fue de 8.6% y en sobrepeso fue de 14.6% en adolescentes de diferentes países de Asia (58). Del mismo modo, en América latina, hasta el año 2013, se reportó la prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 16.7% en Colombia, 20% en Brasil y 35% en Chile (59).

2.2.5.1.1.2 Estadísticas nacionales

A nivel nacional, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tenían sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representó alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad (43). En 2016, 22.4% de los adolescentes tenían sobrepeso y 13.9% tenían obesidad (60).

2.2.5.1.1.3 Estadísticas estatales

De acuerdo con un estudio realizado en 2015, en adolescentes de Hidalgo, 22.1% de mujeres y el 15.5% de hombres presentaron sobrepeso, mientras que 7.1% de mujeres y 13.8% de hombres presentaron obesidad (61).

2.2.5.2 Sociales

Siguiendo con el orden anterior, dentro de las consecuencias de las CAR a nivel social se sabe que los adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo, presentan mayor nivel de hostilidad y rechazo hacia los padres promoviendo conflictos familiares (62).

2.2.5.3 Psicológicas

Así mismo, las consecuencias de las CAR a nivel Psicológico, están relacionadas con bajo nivel de bienestar psicológico, ansiedad, depresión, baja autoestima, ideación suicida, consumo de alcohol, entre otras (62,63).

Dentro de las consecuencias psicológicas de las CAR, en casos extremos se encuentran los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) definidos de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), sin embargo, para fines de ésta investigación nos referiremos a ellos como Trastornos de la Conducta Alimentaria TCA, por ser el término que se utiliza con mayor frecuencia, y que implican una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial" (18, p. 329).

Los TCA, se Clasifican en tres entidades nosológicas, Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno Por Atracón (TPA).

La prevalencia de AN en las mujeres es de 0.4% de manera general, mientras que la prevalencia de bulimia nerviosa es de es de 1 a 1.5% para mujeres, ya que no se cuenta con cifras exactas para el género masculino; y la prevalencia del TPA es 1.6 % para las mujeres y 0.8% para los hombres(31). De acuerdo con la Asociación Nacional de los Trastornos Alimentarios (NEDA), se ha reportado que en cualquier momento de la vida, entre 0.3 y 0.4% de las mujeres jóvenes y 0,1% de los hombres jóvenes podrían sufrir AN (64).

2.2.6 Modelos explicativos de TCA

Aunque existen diversos modelos teóricos y explicativos de los TCA, se describen tres que son los de mayor sustento.

El modelo biopsicosocial, el cual señala diferentes factores que participan en el origen y desarrollo de los TCA, denominados factores predisponentes y factores precipitantes. Finalmente, una vez instaurado el TCA, aparecen factores de mantenimiento del problema. La conjunción de factores culturales, familiares e individuales (biológicos y psicológicos) harán que una persona y no otra inicie una dieta estricta con el propósito de influir en su apariencia y que desencadenará en el inicio de la enfermedad (65).

Por su parte, Garner y Bemis describen a través de modelo cognitivo-conductual las distorsiones cognitivas en el desarrollo y el mantenimiento de la AN, el modelo puntualiza la relevancia de los pensamientos y a las creencias, ya que se focaliza en la preocupación por el peso, la figura, la comida y el control de todos estos aspectos, de este modo, estos autores proponen que la alteración cognitiva central de la AN es la creencia de que la delgadez tiene un valor inestimable y por ello se producen los pensamientos y comportamientos típicos de la AN (66).

Así mismo, el modelo cognitivo conductual ha tenido mayor relevancia para abordar la BM; sin embargo, la aplicación de este modelo ha ido evolucionando con los años para poder aplicar sus procedimientos a todos los TCA, convirtiéndolo así en transdiagnóstico (67).

Por su parte Fairburn y su modelo transdiagnóstico, considera que el inicio de la BN está en la sobrevaloración de la comida, la figura y el peso, y la necesidad de control de estos aspectos. De este modo, la persona inicia una dieta restrictiva como método para controlar su peso, sin embargo, no es capaz de mantener esta restricción extrema y se produce una ruptura de algunas de las normas dietéticas impuestas, lo que actúa como desencadenante del atracón y como consecuencia de este descontrol y con el objetivo de reparar los daños causados se desencadenan comportamientos compensatorios como el uso de laxantes, diuréticos y vómitos auto inducidos (68). Bajo el razonamiento del modelo transdiagnóstico, la sobrevaloración crónica de la figura y el peso, puede conducir a experimentar insatisfacción corporal y como consecuencia desarrollar o mantener las CAR. A continuación de describe lo relacionado a este constructo psicológico.

2.3 Capítulo. Insatisfacción corporal

Una variable cardinal en el desarrollo y mantenimiento de las CAR y por ende de los TCA, tiene que ver con la percepción de la imagen que cada persona tiene de sí mismo, la cual puede ser satisfactoria, o por el contrario producir malestar, esto debido a que en ocasiones existe una alteración de la imagen corporal (69,70).

2.3.1 Definición

La imagen corporal fue definida por Paul Schilder (71) como "La representación de nuestro propio cuerpo que se forma en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos"(74, p. 353). En este sentido, la insatisfacción corporal se refiere a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (72,73); es decir, se vuelve psicopatológica cuando afecta la vida cotidiana de quien la padece incrementa la probabilidad de generar cambios intencionales en su apariencia que en muchos casos son perjudiciales para la salud física y psicológica, (72).

2.3.2 Factores asociados a la Insatisfacción corporal

Los factores asociados a la insatisfacción corporal se pueden clasificar de acuerdo a sus características.

2.3.2.1 Factores biológicos

La importancia de la apariencia física es mayor entre las mujeres, por lo que resulta evidente que el sexo o el género sea un factor que incida en la insatisfacción corporal, siendo las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de padecer insatisfacción corporal en comparación con los hombres, esto aunado a otros factores de carácter social y psicológicos, pero cada vez son más hombres quienes reportan insatisfacción corporal (74). Otro factor a considerar es la edad, pues se sabe que los adolescentes son más vulnerables a sentirse insatisfechos con su cuerpo puesto que es una etapa de transformaciones corporales, pero las personas de mayor edad (adultez joven, media o tardía) también pueden experimentar insatisfacción corporal (70,75).

2.3.2.2 Factores sociales

Los medios de comunicación y hoy más que en otros tiempos, las redes sociales (Whatsapp, facebook, Instagram, entre otros) juegan un papel importante porque pueden influir en la internalización del ideal de belleza, lo cual a su vez influye en la insatisfacción corporal de los adolescentes cuando no pueden alcanzar el ideal de delgadez que se ha propuesto como sinónimo de belleza y éxito personal, escolar y laborar (76). Aunado a esto, las creencias familiares y la influencia de los pares a través de comentarios y críticas hacia el cuerpo ha provocado que los adolescentes se sientan insatisfechos con su apariencia y realicen acciones que atentan contra su salud física y psicológica (77).

2.3.2.3 Factores psicológicos

Dentro de los factores psicológicos relacionados con la insatisfacción corporal, se encuentran baja autoestima, inhibición de la expresión de emociones negativas, estrés, depresión, ansiedad y perfeccionismo (78–80).

2.3.3 Insatisfacción corporal y CAR

La insatisfacción corporal es uno de los principales factores asociados a las CAR y a los TCA (78). Debido a que la imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas diariamente, si la forma en la que una persona piensa y se siente sobre sí misma en relación a su cuerpo está distorsionada o es negativa, puede afectar emocional y conductualmente hasta el punto implementar alguna CAR para modificar su apariencia y en casos extremos desarrollar condiciones clínicas como los TCA (81). No obstante, no sólo la insatisfacción corporal es factor para el desarrollo de las CAR, ya que, existe una variable que podría también ser un factor de riesgo importante, tal es el caso del apego y que ha sido poco estudiado en el campo del comportamiento alimentario. Sin embargo, de acuerdo con la teoría, tener apego inseguro con la madre parece ser un factor de riesgo para presentar TCA (82,83). En el siguiente apartado se desarrolla este constructo.

2.4 Capítulo. Apego

2.4.1 Definición

El apego es un vínculo emocional de larga duración que los bebés desarrollan con los principales cuidadores durante los primeros años de vida y que es indispensable para desarrollar representaciones sobre sí mismos y sobre el mundo social, y que además guían su funcionamiento psicosocial a lo largo de la vida (84). De acuerdo con Bowlby la función biológica del sistema de apego asegura que los bebés busquen una figura de apego protectora que les brinde apoyo y seguridad ante situaciones peligrosas o difíciles, de esta manera cuando las personas se encuentran ante una amenaza o ante un evento estresante el sistema de apego se activa para buscar la protección de la figura de apego (85).

2.4.2 Clasificación

El apego se puede clasificar en apego seguro, inseguro (evitativo-ansioso) y desorganizado, los cuales se describen a continuación:

2.4.2.1 Apego seguro

Cuando las figuras primarias de apego están disponibles emocionalmente, son consistentes y responden a las necesidades del niño, proporcionan una base sólida para explorar el mundo, y representa un refugio seguro donde el niño puede alcanzar comodidad y protección, contribuyendo al desarrollo de habilidades adaptativas de y regulación emocional (86).

2.4.2.2 Apego inseguro

En contraste, las relaciones de apego inseguro no proporcionan asistencia y apoyo estables para enfrentar situaciones de amenazas, como resultado los niños con apego inseguro desarrollan patrones cognitivos disfuncionales junto con habilidades de regulación de la emoción inconsistentes que los llevan a interactuar ya sea restringiendo o exagerando su necesidad de comodidad, seguridad y proximidad a sus figuras de apego. En este sentido, la ansiedad y la evitación se conciben como extremos opuestos de un continuo en el que se pueden ubicar diferentes estilos de apego inseguro (84,87). A continuación, se describen los tipos de apego inseguro.

2.4.2.3 Apego ansioso

Se refiere a las dificultades con la regulación emocional por miedo al rechazo y al abandono percibido (88,89). Se caracteriza por la maximización del comportamiento de apego; se relaciona con vínculos dependientes y la necesidad de confirmación de que se es amado(90).

2.4.2.4 Apego evitativo

Consiste en una sobrerregulación de las emociones por miedo a la intimidad y la incomodidad con la cercanía y la dependencia, lo que conlleva a evitar la cercanía con otras personas a través de la autosuficiencia e independencia (88,89). Se caracteriza por evitar, ignorar y alejarse cuando está angustiado, minimizar de la expresión de las necesidades de apego, insensibilidad (90).

La inseguridad puede adoptar una variedad de formas, por ejemplo, respuestas emocionalmente exigentes y enojadas (ansiosas) o cerradas y distantes (evitantes) cuando el niño está alarmado (90).

2.4.2.5 Apego desorganizado

Comportamiento conflictivo, desorientado y temeroso; incapacidad para mantener la organización del comportamiento cuando está angustiado, por querer acercarse y evitar; se caracteriza por mostrar comportamiento aterrador o asustado, hostilidad y comportamiento indefenso o retraído (90).

Cabe destacar, que los estilos de apego no son solo característicos de la infancia, sino que se mantienen hasta vida adulta, lo cual se puede observar en la forma en cómo se relaciona una persona con los demás, pero como se mencionó, la adolescencia es una etapa vulnerable por lo que, un apego de tipo clínico podría atentar contra el bienestar de quien lo padece (91).

2.4.3 Factores asociados al apego

El estilo de apego que desarrolle el niño va a depender de la calidad del cuidado, la recepción del llanto por parte de la madre, la forma de alimentación, el contexto y la personalidad tanto de la madre como del niño, entre otros muchos factores (92,93).

De este modo, los estilos de crianza son factores asociados al estilo de apego que desarrollan los niños, se sabe que los padres que asumen un estilo de crianza democrático responden oportunamente a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos, muestran un alto grado de disponibilidad y calidad en la relación interpersonal, propiciando un estilo de apego seguro, sin embargo, los padres que asumen un estilo de crianza autoritario, dando prioridad a la disciplina, el acatamiento de normas y la sumisión, propician un estilo de apego evitativo; por otro lado, los padres que ejercen un estilo de crianza democrático donde los padres están pero no ejercen la autoridad que sus hijos necesitan, está mayormente asociado con el estilo de apego inseguro (94).

2.4.4 Apego y CAR

Las personas con apego inseguro (evitativo y ansioso) tienen mayor probabilidad de experimentar dificultades interpersonales y utilizar estrategias inadecuadas de adaptación para hacer frente a sus emociones y reducir los sentimientos negativos sobre sí mismos llevando a cabo comportamientos compensatorios CAR, específicamente dieta restrictiva, para alcanzar la imagen corporal perfecta, o la alimentación compulsiva, para aumentar el estado de ánimo y distraerse, y la purga, para compensar los sentimientos negativos de romper la dieta y evitar subir de peso (84,95).

Existe evidencia, aunque es escasa, de la asociación entre el apego inseguro y los síntomas premórbidos, como preocupaciones por el peso corporal, insatisfacción corporal, alimentación restrictiva y alimentación compulsiva; aunque no es una causa suficiente para el desarrollo de la psicopatología, en la mayoría de los casos juega un papel mediador en la concurrencia de diferentes variables como el afecto negativo, el perfeccionismo desadaptativo y la insatisfacción corporal, no obstante, los datos no son concluyentes (84).

Como se pudo observar el origen y consecuencias de las CAR, son un entramado de interacción entre las dimensiones del ser humano y el contexto, así como, la etapa del desarrollo, en este caso la adolescencia, por ello, es necesaria la intervención entre las adolescentes. En el siguiente apartado se abordará lo relacionado con las intervenciones.

2.5 Capítulo. Prevención para CAR

De manera general, las intervenciones del profesional de la salud se centran en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en los diversos niveles de atención sanitaria. La prevención, implica la reducción de factores de riesgo, la disminución en la incidencia y prevalencia de enfermedades, así como detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, lo anterior se ubica en tres niveles de prevención, mismos que a continuación se describen (96–98).

2.5.1 Prevención primaria

La prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud. Sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a varias personas, tiene como característica central la construcción de estilos de vida saludables para evitar comportamientos de riesgo (98). Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a evitar o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (98).

2.5.2 Prevención secundaria

Por su parte la prevención secundaria, está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad sin manifestaciones clínicas, su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento, sea físico o psicológico, para prevenir el agravamiento de la dolencia. Los psicólogos de la salud que intervienen positivamente en este nivel echan mano del conocimiento producido a través de las investigaciones de las causas y factores asociados a la falta de adhesión al tratamiento (99).

2.5.3 Prevención terciaria

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (99).

Específicamente, con relación a la prevención de las CAR, los profesionales de la salud y la sociedad en general han tomado conciencia de la magnitud que dichos trastornos han adquirido como problema salud; las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo; b) Identificación de grupos de riesgo; c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta, d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza (100).

Los resultados de las medidas de prevención primaria parece que son más eficaces si se combinan con propuestas de prevención secundaria dirigidas al diagnóstico y tratamiento precoz. Desde esta perspectiva habría dos posibles enfoques del diagnóstico precoz: el primero centrado en la detección de signos y síntomas de comienzo y el segundo dirigido a las características propias de los individuos de alto riesgo (100).

2.5.4 Tratamiento para CAR

El tratamiento de las CAR o de los TCA es uno de los más desafiantes, los enfoques psicoterapéuticos que se han desarrollado para el tratamiento de las CAR que conducen a la AN hasta ahora se orientaron tradicionalmente en un modelo cognitivo-conductual, en el modelo de sistemas familiares o en un modelo psicodinámico. En estudios sobre adultos, las intervenciones, predominantemente están dirigidas a ellos mismos, mientras que, para los adolescentes los tratamientos, también se puede incluir la participación de los padres para potencializar los resultados (101).

De manera general, la evidencia empírica ha demostrado la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para las CAR, específicamente, las dirigidas a desarrollar la BN y la AN (84). De acuerdo con una comparación internacional reciente, entre nueve guías clínicas basadas en la evidencia para la intervención de las CAR o para TCA, la TCC se usa ampliamente como el tratamiento adecuado. La principal pauta para el tratamiento es una evaluación disfuncional de la percepción corporal que se basa excesivamente en la forma y el peso, por lo cual utiliza estrategias y procedimientos para abordar esta sobreevaluación (102).

El tratamiento puede extenderse con intervenciones dirigidas a mecanismos de mantenimiento adicionales, es decir, otros factores de riesgo para el desarrollo o

mantenimiento de las CAR, tal es el caso de la baja autoestima, perfeccionismo clínico, problemas interpersonales e insatisfacción corporal, entre otras variables menos estudiadas que pudieran tener un impacto en la salud de las adolescentes (102,103). Un protocolo de este tipo, tiene la ventaja sobre otras intervenciones debido a su alcance transdiagnóstico y por tanto, mayor efectividad (102).

La neuromodulación es uno de los tratamientos utilizados para las CAR, ya que, este puede impactar en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) y el comportamiento alimentario/emocional; se trata de modificar la actividad específica del circuito neural sin causar daño al tejido nervioso, lo que implica la recuperación del estado funcional previo después de suspender el estímulo. Esta técnica tiene como objetivo activar o desactivar las redes neuronales mediante la aplicación de una corriente eléctrica controlable con respecto a la frecuencia, amplitud y ancho de pulso, se ha propuesto como una alternativa para los TCA y la obesidad, sin embargo, los resultados del tratamiento siguen siendo modestos y puede resultar una medida invasiva y casos extremos no ética (104).

Así mismo, se ha informado que tanto, el entrenamiento de neurofeedback como el de biorretroalimentación pueden disminuir la severidad de los antojos de alimentos, episodios de sobrealimentación, vómitos, dietas y preocupación por el peso; las técnicas basadas en la retroalimentación se asocian con modificaciones significativas de la reacción simpática a los estímulos relacionados con los alimentos, y la actividad cerebral en varias regiones del sistema de recompensa, aumentando la capacidad para tolerar mejor el estrés y la capacidad para enfrentar situaciones relacionadas con los alimentos. Sin embargo, no se ha mostrado ningún efecto significativo para mejorar síntomas importantes como la alteración de la imagen corporal o para el IMC, un núcleo crucial de AN y BN y no se informaron modificaciones significativas asociadas con la biorretroalimentación y la neurofeedback para el IMC en pacientes con AN y sobrepeso / obesidad. Estos resultados confirman la necesidad de enfoques multidisciplinarios, que combinan intervenciones médicas, dietéticas y diferentes tipos de intervenciones psicológicas en el tratamiento de las CAR o de los TCA (105).

En el caso de los medicamentos, tales como los antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los USA pueden ser útiles en el tratamiento de las CAR o

de los TCA y otras enfermedades coexistentes, tales como la ansiedad o la depresión, pero las tasas de recaída son amplias (106).

Específicamente, en el nivel de las intervenciones en el campo del comportamiento alimentario alterado de tipo primaria, el objetivo es evitar y/o reducir los factores de riesgo, a través de la aportación de herramientas científicas. En general, estas intervenciones se llevan a cabo con muestras comunitarias como son las escuelas y se centran en desarrollar factores de protección, como las habilidades para la vida y la competencia para regular las emociones e identificar/modificar pensamientos distorsionados que afectan el comportamiento alimentario (107).

III. Antecedentes del problema

3.1 Intervenciones de tipo preventivo para CAR

En la actualidad existen diversos programas para prevenir las CAR y por supuesto los TCA. Los expertos apuntan a realizar intervenciones encaminadas a atacar los factores de riesgo como la insatisfacción corporal y el afecto negativo, entre otros, que como ya se mencionó son posibles desencadenantes de TCA; los programas que han tenido mayor éxito en reducir la prevalencia tienen características muy específicas como estar dirigidos a población vulnerable y no a la población en general, esto posiblemente ha dado mejores resultados porque los participantes de alto riesgo se sienten más motivados al cambio debido al malestar que sienten y lo ven como una forma de reducir la ansiedad, sin embargo también existen programas de prevención universal basados en la disonancia cognitiva (12).

La edad de los participantes también es un factor importante a considerar en los programas de intervención, siendo la adolescencia, alrededor de los 15 años, cuando las intervenciones han resultado ser más eficaces quizá debido a que se encuentran en un periodo de riesgo mayor que durante los primeros a los de la adolescencia, además de que a esta edad tienen mayor capacidad para aplicar los principios de la intervención; esto aunado a que las intervenciones más interactivas producen mejores resultados al promover el cambio y facilitar la internalización de conceptos importantes (12).

Otro factor de suma importancia, es el contenido de los programas, los que han mostrado mejores resultados son aquellos que se enfocan en la aceptación corporal más que en aquellas intervenciones con contenido psicoeducativo, ya que la insatisfacción corporal como factor de riesgo aumenta la probabilidad de incidir en alguna CAR, además se deben incluir temas como la autoestima, la aceptación del cuerpo, habilidades de afrontamiento, comportamientos saludables, estilo de apego y funcionamiento vincular siendo los programas con contenido sociocultural y enfocados en el estrés los que demostraron ser menos efectivos (12,103).

3.1.1 Intervenciones de tipo preventivo para CAR, TCA y obesidad

Existen diferentes programas de intervención que se han aplicado a nivel internacional para prevenir los TCA dentro de los cuales destacan cuatro, a continuación se describen generalidades de ellos:

I. “Body Project” este programa está basado en la disonancia cognitiva el cual busca que los jóvenes argumenten en contra del ideal de un cuerpo delgado, consta de 4 sesiones semanales de una hora; en las cuales se aborda sobre el ideal de belleza y las consecuencias por intentar alcanzarlo, la percepción que cada uno tiene sobre su cuerpo y la manera de hacerles frente a las preocupaciones por el cuerpo (13,108).

II.“Girl Talk” es un programa de prevención, con el objetivo de promover la satisfacción corporal, se abordaron cinco temas principales de manera interactiva como el ideal de belleza y la influencia de los medios, autoestima e imagen corporal la influencia de la genética en la forma del cuerpo y las consecuencias de la pérdida o ganancia peso, alimentación saludable y habilidades sociales (109).

III. “Student bodies”, programa de 8 sesiones administradas por computadora, basado en el modelo cognitivo conductual para tratar la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y la alimentación saludable (14).

IV.“Weigh to Eat”, es un programa desarrollado por Neumark-Sztainer el cual consiste en proporcionar conocimiento sobre las actitudes y comportamientos relacionados a la alimentación y el peso, mejorar la autoimagen y promover la autoeficacia para abordar la presión social respecto a la alimentación (110).

Cabe mencionar que, de estos programas se han realizado réplicas y en algunos casos adaptaciones para diferentes países.

Los resultados de algunas de las intervenciones basadas en el programa Body Project, muestran la efectividad del programa en Oregón y Alemania (111,112). Específicamente, en Alemania, se desarrolló una intervención la cual constó de tres sesiones de 90 minutos cada una, en la primera sesión se abordaron los ideales de belleza, la influencia de las redes sociales y la presión que ejercen para adaptarse a los ideales de belleza, así como la forma de hacerles frente a estos; en la segunda sesión se abordaron los factores protectores relacionados con

llevar una alimentación saludable, realizar ejercicio, percepción corporal autoestima, y las consecuencias de tener bajo peso u obesidad; y finalmente en la tercera sesión se realizó con la finalidad de orientar a los estudiantes a la búsqueda de ayuda y al desarrollo de estrategias de afrontamiento (112).

El proyecto MABIC, desarrollado en España, el cual es un acrónimo de cuatro factores de riesgo "M" medios de comunicación, "A" alimentación alterada, "B" burlas relacionadas con el peso, "IC" insatisfacción corporal; en la primera sesión se aborda el concepto de alimentación y los problemas relacionados al peso, en la segunda sesión se habló de la prevalencia, las causas y consecuencias de sobrepeso, la obesidad y TCA; en la tercera sesión se le dio continuidad a los temas de la sesión anterior además de los efectos de las dietas restrictivas, en la cuarta sesión se trató el tema de nutrición y hábitos alimenticios y en la última sesión del programa se abordó la crítica hacia los medios de comunicación (113).

Otro programa desarrollado en España para la prevención de CAR, fue el implementado por la maestra en Nutrición y Salud María Navarro, el cual constó de 8 sesiones, los temas que se abordaron fueron alimentación saludable, imagen corporal, autoestima y habilidades sociales, se aplicó a adolescentes de secundaria y en la última sesión del programa se trabajó con los padres (114).

Mientras que a nivel nacional, específicamente en la Ciudad de México se implementó un programa de intervención cognitivo-conductual en CAR para mujeres jóvenes de preparatoria y licenciatura; la intervención fue individual y constó de cuatro fases: psicoeducación, donde se abordaron mitos y realidades de la alimentación y las consecuencias de las CAR; reestructuración cognitiva, en las que se modificaron distorsiones cognitivas asociadas a las CAR, la insatisfacción corporal y autoestima; resolución de problemas, en la cual se aprende a identificar y solucionar los problemas de la vida cotidiana para que tengan mejores herramientas de afrontamiento y prevención de recaídas (15). En los resultados de este estudio se obtuvo que después de la intervención disminuyó la insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez e ineficacia. La variable de autoestima positiva se elevó, mientras que la autoestima negativa disminuyó; estos resultados fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, en la variable alteración corporal, no hubo diferencias estadísticamente

significativas después de la intervención, aunque si disminuyó; respecto a los seguimientos, los resultados obtenidos a los tres meses indicaron que los cambios se mantuvieron para todas las variables evaluadas, probando así que el modelo cognitivo conductual es efectivo la prevención de CAR (15).

En tanto que, en el estado de Hidalgo, se desarrolló un programa para Prevención de Conductas Alimentarias No Saludables y Sedentarismo PECANSS, el cual está basado en el Body Project, consta de cinco sesiones, en la primera sesión los estudiantes critican y discuten los ideales corporales promovidos a través de publicidad. En la segunda sesión, se habla de mitos y realidades sobre la dieta y suplementos, las sesiones 3 y 4 se enfocan en contenido nutricional para corregir creencias falsas sobre alimentación y también para proporcionar conocimiento sobre contenido de alimentos nutritivos, conductas alimenticias saludables y ejemplos de menús saludables y en la sesión cinco se dividen a los participantes en tres grupos enfocados en oponerse a la cultura de delgadez; el diseño de menús saludables y actividad física agradable (16).

En este estudio los resultados mostraron que en las disminuyó el riesgo de desarrollar un TCA entre el pretest (5.6%) y el postest (3.2). En tanto que, en hombres, fue 2.8% pretest, 3.5% postest, aunque, estos resultados no fueron estadísticamente significativos (16).

Como se mencionó, existen diferentes programas para prevenir las CAR, sin embargo, se deben de tomar en cuenta factores como la edad, el contenido de los programas y la duración de los mismos a la hora de realizar una intervención, para tratar de garantizar la efectividad de éstos. Cabe mencionar que son pocas las intervenciones documentadas que se han llevado a cabo en el país para prevenir CAR; de las cuales algunas se han llevado a cabo en adolescentes, otras en universitarios; algunas se enfocan en la disonancia cognitiva, criticando el ideal de belleza, otras promoviendo la actividad física y la alimentación saludable, sin embargo, se no se toman en cuenta otros factores que influyen en la incidencia de estos padecimientos como el estilo de apego, autoestima y las habilidades sociales y de afrontamiento; por lo general las intervenciones que se han realizado solo involucran algunos factores y no integren los componentes biológicos, psicológicos y sociales en un mismo programa.

3.2 Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa que implica una serie de cambios no solo biológicos sino también sociales y psicológicos, que influyen en la salud física y mental de los adolescentes convirtiéndolos en una población vulnerable para padecer de algún trastorno o problema de salud; entre los cuales destacan las CAR (31). Se sabe que las CAR son factores de riesgo para el desarrollo de los TCA principalmente en la adolescencia (4,5).

Aunque, las consecuencias de las CAR son la desnutrición, el sobrepeso o la obesidad generalmente, estas condiciones de salud son abordadas desde la disciplina médica, sin embargo, es necesario tomar en cuenta la presencia de factores psicológicos, ya que estos influyen a nivel físico y emocional (114).

Uno de los factores psicológicos a considerar en el desarrollo y mantenimiento de las CAR, es la insatisfacción corporal la cual supone la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo(10), lo cual incrementa la probabilidad de generar cambios intencionales en su apariencia que en muchos casos son perjudiciales para la salud física y psicológica (69).

Otro factor importante a considerar es el apego inseguro y su relación con la patología alimentaria; ya que se sabe que puede aumentar la vulnerabilidad para desarrollar CAR y/o TCA a lo largo de la vida y puede ofrecer perspectivas novedosas para la evaluación clínica, la prevención y el tratamiento de los mismos, sin embargo, es una variable poco estudiada en esta área de la investigación (84).

El tratamiento de las CAR y/o de los TCA es uno de los más desafiantes (101), sin embargo, la mayoría de las intervenciones en el campo de los TCA pueden clasificarse como programas de prevención primaria, con el objetivo de reducir los factores de riesgo. En general, estas intervenciones se llevan a cabo con adolescentes de preparatoria y universitarios y se centran en factores de protección, como las habilidades para la vida y la competencia para regular las emociones (107).

Con el recorrido teórico y referencial previamente presentado surge la pregunta ¿Cuál será la efectividad de un programa prevención universal en conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria y sus madres de familia?

IV. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de CAR, suele ser mayor durante la adolescencia debido a la competitividad, la exigencia académica, la relación con los pares, los cambios, físicos, sociales y psicológicos, por tanto, se considera un periodo crítico que llega a provocar sentimientos de inseguridad, y que al no ser afrontados pueden desencadenar comportamientos alimentarios inadecuados ocasionando aumento o disminución considerable del IMC y con ello, poniendo en riesgo la salud (34,37); cuando la conducta alimentaria se altera, ya sea con disminución o exceso de ingesta por razones psicológicas, surgen las CAR, estas son un conjunto de acciones que si se realizan de forma frecuente preceden a la aparición de los TCA, por ello, en algunos estudios se reportan como sintomatología de TCA (4,5).

Como se mencionó anteriormente, los programas de prevención están enfocados en detectar los factores de riesgo, mostrando mejores resultados aquellos enfocados en la aceptación corporal o en el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento. Aunque existen algunas intervenciones que se han llevado a cabo en el país para prevenir CAR; estas se han llevado en adolescentes tardíos y principalmente en estudiantes de preparatoria o licenciatura, mismas que se enfocan en la disonancia cognitiva, o en la crítica del ideal de belleza, otras promueven la actividad física y la alimentación saludable, sin embargo, son escasas las investigaciones que incluyen a las madres de familia aún cuando se ha evidenciado que, esto potencializa los resultados positivos de las intervenciones (115).

Es por esta razón que se propuso realizar una intervención basada en la promoción de factores protectores para prevenir la incidencia de CAR y los problemas de salud derivados de estos comportamientos como es la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, dicha intervención contempla sesiones para los adolescentes y padres o tutores; la propuesta de intervención tomó como base el programa de prevención de CAR, implementado en España (114); pero se adaptó al contexto mexicano con el propósio de brindar herramientas que permitan afrontar de forma eficaz aquellos factores desencadenantes de la alteración del comportamiento alimentario.

Así mismo, el presente estudio derivó información relevante sobre la presencia de CAR e insatisfacción corporal, así como la asociación de estas variables con el tipo de apego en adolescentes de secundaria. Una aportación aún más relevante es que el programa

intervención se diseñó y validó para abordar a nivel de prevención primaria y secundaria de las CAR e IC, misma que benefició no sólo a estudiantes de secundaria, sino que también a las madres de las adolescentes, quienes participaron en el estudio. El objetivo general del presente estudio fue evaluar la efectividad de un programa de prevención primaria para CAR e IC en estudiantes de secundaria y sus madres a través de un estudio piloto. Para alcanzar este objetivo general, se dividió la presente investigación en tres etapas. En los siguientes apartados se describe cada una de estas, con sus respectivos objetivos, metodología y plan de análisis de datos.

V. ETAPA 1. DETECCIÓN DE NECESIDADES EN LA POBLACIÓN BLANCO

5.1 Objetivo General de la Etapa 1

Detectar las necesidades respecto a CAR, IC, estilo de apego e IMC; en adolescentes de secundaria del Estado de Hidalgo, de acuerdo con el sexo y con la zona geográfica de procedencia de la institución educativa.

5.1.1 Objetivos específicos

Describir las puntuaciones de CAR, IC, estilo de apego e IMC en adolescentes de secundaria del Estado de Hidalgo, de acuerdo con el sexo y con la zona geográfica de procedencia de la institución educativa.

Identificar el riesgo de TCA, IC, sobrepeso y obesidad en adolescentes de secundaria del Estado de Hidalgo.

Evaluar las diferencias entre el sexo y la ubicación geográfica respecto a las variables de estudio.

Evaluar la correlación entre las CAR, insatisfacción corporal, apego e IMC de acuerdo con el sexo y la escuela de procedencia.

5.2 Hipótesis

5.2.1 Conceptuales

1.De acuerdo con la literatura se espera que la presencia general de CAR para los adolescentes estudiantes de dos secundarias del estado de Hidalgo sea de entre 5.5% a 9.7% (26,27,40,42). En cuanto a sexo, se espera que para mujeres sea de entre 7.9% a 10.3 %, y para los hombres de 2.8% a 5.1% (28,39,55).

2. En cuanto a IC clinicamente relevante se estima que la ocurrencia sea de entre 17.8% a 22% para los adolescentes estudiantes de dos secundarias del estado de Hidalgo (112–114).

3. En cuanto al estilo de apego en los adolescentes, se esperaría un mayor ocurrencia del estilo de apego inseguro, especificamente de tipo evitativo, entre un tercio y la mitad de población (116,117).

5.2.2 Estadísticas

H_0: No hay asociación estadísticamente significativa entre las CAR, IC, tipo de apego e IMC, de acuerdo al sexo y escuela de procedencia.

H_1: Hay asociación estadísticamente significativa entre las CAR, tipo de apego e IMC, de acuerdo al sexo y escuela de procedencia.

5.3 Método Etapa 1

5.3.1 Diseño y tipo de estudio

Diseño no-experimental, prospectivo de tipo transversal y con un alcance corrrelacional.

5.3.2 Aspectos éticos

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación se consideró como riesgo mínimo (118,119).

En cumplimiento con los aspectos mencionados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I; el presente trabajo fue factible de acuerdo a los artículos 13, 16, 17, 20, 21, 22 y 36 (119,120):

Dado que se aplicaron cuestionarios psicológicos y se les tomó peso y talla a los participantes; se les otorgó por escrito un asentimiento informado; así como el consentimiento informado a quienes ejercen la patria potestad o la representación legal del menor; donde se les informó sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos de la investigación al aceptar participar en el estudio.

De igual forma, el presente trabajo fue aprobado por el comité de ética en investigación, del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo (No. de folio CEEI-047-2019).

5.3.3 Selección de la población

En el estudio participó una muestra no probabilística por disposición, de adolescentes de 13 a 15 años, estudiantes de secundaria en Pachuca, Hidalgo.

5.3.4 Tamaño de la muestra y muestreo

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional por disponibilidad. El tamaño de la muestra se calculó *a priori* con el programa *G Power* 3.1 el cual derivó un total de 115 participantes para poder calcular correlaciones entre las variables con una probabilidad máxima de error del .05 y un intervalo de confianza del 95% (121), no obstante, por acceso y disponibilidad se contó con un número menor (109 estudiantes).

5.3.5 Definición de variables

En la Tabla 1 se observa la definición conceptual y operacional, así como la unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 1.

Tabla 1. *Definición conceptual y operacional y unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 1.*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Unidad de medida
Conductas Alimentarias de Riesgo	Debe entenderse como conductas alimentarias de riesgo al conjunto de acciones que ya sea con evitación, disminución o exceso de ingesta alimentaria o compensación, si se realizan de forma frecuente preceden a la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como Bulimia Nerviosa (BN), Anorexia Nerviosa (AN) y Trastorno Por Atracón (ATP) (4,5)	Puntaje obtenido en la Cuestionario de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26, por sus siglas en inglés; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Desarrollado para evaluar actitudes y conductas alimentarias de riesgo o síntomas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), a través de 26 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, el cual posee tres subescalas: 1) Dieta; 2) Bulimia y preocupación por la comida; 3) Control oral. Posee un punto de corte = 20 para determinar presencia de CAR y, por ende, riesgo de TCA. El EAT-26, se validó para población mexicana por Franco, Solorzano, Díaz e Hidalgo-Rasmussen (2016), un análisis factorial confirmatorio replicó las subescalas originales e indicó una confiabilidad alta (α = .83). (122,123).	Intervalar
Insatisfacción corporal	se refiere a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo (10).	Puntaje obtenido del Cuestionario de Imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn 1987). Desarrollado para evaluar la presencia de preocupación e Insatisfacción con la imagen corporal (IC), a través de 34 reactivos con opción de respuesta tipo Likert, se divide en dos factores: malestar corporal normativo, malestar corporal patológico. Posee un punto de cohorte = 110 para determinar la presencia de IC relacionada a los TCA. El BSQ se validó en población mexicana por Vázquez et al. (2011). Su confiabilidad alfa de Crombach es = .98. (124).	Intervalar

Continúa

Tabla 1. *Definición conceptual y operacional y unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 1. (continuación)*

Apego	El apego es un vínculo emocional de larga duración que los bebés desarrollan con los principales cuidadores durante los primeros años de vida y que es indispensable para desarrollar representaciones sobre sí mismos y sobre el mundo social, y que además guían su funcionamiento psicosocial a lo largo de la vida(84).	Puntaje obtenido del Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA, por sus siglas en inglés), conformado por 75 ítems divididos en tres grupos de 25 afirmaciones cada uno, referidas a relaciones con el padre, la madre y amigos respectivamente. Cada una de las escalas se compone por tres subescalas: alineación, confianza y comunicación. Los ítems se califican con una escala Likert de 5 puntos donde 1 = casi nunca o nunca y 5 = casi siempre o siempre (125).	Intervalar
Índice de Masa Corporal (IMC)	El índice de masa corporal es la relación entre el peso (en kilos) y la longitud en posición recostada o la estatura en posición vertical (en metros cuadrados) (126).	Se tomó peso y talla de cada participante para poder calcular el IMC = Peso (kg)/ altura (m)2. Con una balanza de control corporal de la marca *Omron* y un estadímetro portátil de la marca SECA, modelo 170. De acuerdo a la OMS, se tomó en cuenta la *DE* para poder categorizar a los adolescentes en delgadez severa (*DE* <-3) delgadez (*DE* <-2), normopeso (*DE* -2 a 1), sobrepeso (*DE* >1) y obesidad (*DE* >2).	Razón

5.3.6 Análisis estadístico

Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés). En primer lugar se hizo un análisis descriptivo con base en porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión; mientras que, para evaluar las diferencias por sexo y por escuela de acuerdo con la zona geógrafica, se calcularon pruebas no paramétricas (*U* de *Mann-Whitney*) debido a que los datos no se distribuyen normalmente, EAT-Total (*Kolmogorov-Smirnov [KS*] = 1.84, $p < .05$ y BSQ-Total (*KS* = 1.67, $p < .05$). Finalmente, se calcularon pruebas *Rho* de *Spearman* para determinar las correlaciones bivariadas, todo lo anterior con una probabilidad de error $p < .05$.

5.4 Resultados Etapa 1

5.4.1 Análisis descriptivos

Participaron 109 estudiantes de secundaria, de los cuales 51 (46.8%) fueron hombres y 58 (53.2%) fueron mujeres, con un rango de su edad de 13 a 15 años (*media* de 13.47) (*DE* = .59, años).

En cuanto a los tres factores del EAT-26, se encontraron los siguientes estadísiticos descriptivos: Dieta (*Mediana* = 1, *rango* 0-26); Bulimia y preocupación por la comida (*Mediana* = 1, *rango* 0-7) ; Control oral (*Mediana* = 2, *rango* 0-14). Mientras que, con base al *PC* = 20 del EAT-26 se encontró que, 10(9.3%) participantes presentaban riesgo de TCA, con un rango de puntuaciones de 0 a 40.

En cuanto al BSQ, el rango de puntuaciones totales fue de 34 a 183. Específicamente para Malestar normativo se obstuvo una *Mediana* = 19, *rango* 10-60; y para Insatisfacción patológica (*Mediana* = 13, *rango* 10-50). Considerando el *PC* = 110 se encontró que 16(14.7%) estudiantes, lo rebasaron, lo que demuestra que estos adolescentes tenían insatisfacción clínicamente relevante al momento de la evaluación.

En lo referente al estilo de apego, se encontró que tanto para madre, padre y los pares, predominó el estido de apego ambivalente y el indefinido, dichos resultados se pueden observar en la Tabla 2.

Tabla 2. *Distribución de estilo de apego.*

	Madre *n (%)*	Padre *n (%)*	Pares *n (%)*
Indefinido	40 (36.7)	47 (43.1)	44 (40.4)
Seguro	6 (5.5)	6 (5.5)	8 (7.3)
Evitativo	20 (18.3)	16 (14.7)	15 (13.8)
Ambivalente	43 (39.4)	40 (36.7)	42 (38.5)

En cuanto a la dsitribución de IMC, se puede observar que el 44.9% de los hombres y 53.4% de la mujeres presentan normopeso, y en cuanto a la distribución combinada de sobrepeso y obesidad fue de 51% para el sexo masculino y de 46% para el sexo femenino los resultados se pueden observar en la Tabla 3.

Tabla 3. *Distribución de índice de masa corporal para hombres y mujeres*

	Hombres ***n* (%)**	**Mujeres** ***n* (%)**	**Total** ***n* (%)**
Delgadez	2 (4.1)	0 (0)	2 (1.9)
Normopeso	22 (44.9)	31 (53.4)	53 (49.5)
Sobrepeso	15 (30.6)	21 (36.2)	36 (33.6)
Obesidad	10 (20.4)	6 (10.4)	16 (15)
Total	49 (100)	58 (100)	107 (100)

Ahora bien, ser realizó una comparación de las variables de estudio de acuerdo con el sexo, como se observa en la Tabla 4, en cuanto a las CAR, las cuales se evaluaron con el EAT-Total, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres U =1380.00, p >.05). No obstante, en cuanto a IC, tomando el puntaje total del BSQ, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (U =1083.00, p <.05), siendo

el grupo de mujeres quien obtuvo un rango promedio mayor de IC (61.82) en comparación con el grupo de hombres (47.25).

Respecto a la variable apego la cual fue evaluada con el IPPA, no se encontraron diferencias significativas para cada una de sus escalas, apego hacia la madre (U =1283.00, p >.05), apego hacia el padre (U =1288.00, p >.05) y apego hacia los amigos (U =1229.50, p >.05).

Tabla 4. *Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con el por sexo para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y apego.*

	Hombres Rango promedio (*n* = 51)	**Mujeres Rango promedio (*n* = 58)**	***U de Mann-Whitney***	***p***
EAT	53.10	55.71	1380.00	.66
BSQ	47.25	61.82	1083.50	.01
IPPA: Madre	58.84	51.62	1283.00	.20
IPPA: Padre	58.75	51.71	1288.00	.21
IPPA: Amigos	59.89	50.70	1229.50	.10

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare; IPPA = Inventario de apego para Padres y Pares.

Por otro lado, se realizó una comparación en cuanto a la escuela de procedencia, como se observa en la Tabla 5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Sec-A y Sec-B, respecto al puntaje total del EAT-26 (U = 1048.50, p < .05; siendo el grupo de la Sec-B quien obtuvo un *rango promedio* mayor (62.53) en comparación con la secundaria A (*rango promedio* = 47.58). De la misma forma, la Sec-B, presentó significativamente mayor *rango promedio* (45.85) en comparación con la Sec-A (*rango promedio* = 47.58). En cuanto a apego, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para cada una de sus escalas; apego hacia madre (U =1440.50, p >.05), apego hacia el padre (U =1429.50, p >.05) y apego hacia los amigos (U =1250.00, p >.05).

Tabla 5. *Rangos promedio y prueba de contraste de acuerdo con la escuela para conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y apego.*

	Sec-A Rango promedio (*n* = 59)	**Sec-B Rango promedio (*n* = 50)**	***U de Mann-Whitney***	***p***
EAT	47.58	62.53	935.00	.00
BSQ	45.85	65.80	1048.50	.01
IPPA: Madre	55.58	54.31	1440.50	.82
IPPA: Padre	55.77	54.09	1429.50	.76
IPPA: Amigos	58.81	50.50	1250.00	.14

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare; IPPA = Inventario de apego para Padres y Pares.

5.4.2 Análisis de asociación entre variables

Debido a que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en una de las variables, se decidió calcular las pruebas de asociación entre variables por separado, para sexo y escuela. En la Tabla 6 se observan las asociaciones para los hombres, respecto al EAT-Total, sus dimensiones y el BSQ-Total y sus factores. Se encontraron asociaciones significativas, moderadas y positivas entre el EAT-Total con el BSQ-Total y sus dos factores, pero destaca por su magnitud el EAT-Total y BSQ-Total (r_s= .53; p< .01); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron más fuertes que las del EAT Total, destacando la de Dieta con el BSQ-Total (r_s= .68; p< .01); no obstante, en cuanto a Bulima y preocupación por la comida y Control oral, no se asociaron significativametne con el BSQ-Total y sus dimensiones.

Tabla 6. *Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para hombres*

	BSQ-Total	**Malestar normativo**	**Malestar patológico**
EAT-Total	.53**	.52**	.51**
Dieta	.68**	.67**	.61**
Bulimia y preocupación por la comida	.28	.29*	.26
Control oral	.21	.22	.21

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p <.05 **p<.01

En la Tabla 7, se aprecian las asociaciones respecto a las mujeres. Las asociación entre el EAT-Total con el BSQ-Total y sus dos factores, fueron postivas y moderadas, siendo mayor la asociación entre EAT-Total y la dimensión malestar corporal patológico del BSQ (r_s= .56; p< .01); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron más fuertes que las del EAT-Total, destacando la de Dieta con la dimensión malestar corporal normativo del BSQ (r_s= .70; p< .01); en cuanto a Bulima y preocupación por la comida y Control oral, no se asociaron con el BSQ-Total y sus dimensiones, exepto Control oral con malestar patológico **(**r_s= .53; p< .01)**.**

Tabla 7*. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para mujeres*

	BSQ-Total	**Malestar normativo**	**Malestar patológico**
EAT-Total	.55**	.55**	.56**
Dieta	.66**	.70**	.57**
Bulimia y preocupación por la comida	.12	.14	.16
Control oral	.23	.21	.28**

Nota. ***EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p <.05 **p<.01***

Respecto a la ubicación geográfica de la secundaria, en la Tabla 8 se observa que el EAT-Total, sus dimensiones y el BSQ-Total y sus factores, se asociaron de manera significativa y moderada. No obstante, la subescala de Dieta se asoció en mayor grado con el BSQ-Total en comparación con la de EAT-Total y BSQ-Total (r_s= .56 vs. .38; p< .01. Pero la escala Bulima y preocupación por la comida y la de Control oral, no se asociaron significativamente con el BSQ-Total y sus factores.

Tabla 8*. Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para la secundaria A*

	BSQ-Total	**Malestar normativo**	**Malestar patológico**
EAT-Total	.38**	.34**	.40**
Dieta	.56**	.54**	.48**
Bulimia y preocupación por la comida	.16	.16	.24
Control oral	.02	-.02	.07

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p <.05 **p<.01

En la Tabla 9, se muestran las asociaciones respecto a la Sec-B, entre el EAT-Total con el BSQ-Total y sus dos factores se identifican asociaciones significativas y moderadas, siendo mayor la asociación entre EAT-Total y la dimensión malestar corporal normativo del BSQ (r_s= .65; p < .01); en cuanto a la dimensión Dieta del EAT con el BSQ-Total y sus factores, las asociaciones fueron de mayor magnitud que las del EAT-Total, destacando la asociación entre Dieta con la dimensión malestar corporal normativo del BSQ (r_s= .74; p< .01); en cuanto a Bulima y preocupación por la comida, no hubo asociaciones con el BSQ-Total y sus dimensiones; y respecto a Control oral y BSQ-Total y sus dimensiones, se encontraron asociaciones significativas, moderadas y positivas; siendo mayor la asociación entre Control oral y la dimensión Malestar corporal normativo del BSQ (r_s= .39; p< .01).

Tabla 9. *Correlación Rho de Spearman de las dimensiones conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal para la secundaria B*

	BSQ-Total	**Malestar normativo**	**Malestar patológico**
EAT-Total	.62*	.65**	.56**
Dieta	.69**	.74**	.59**
Bulimia y preocupación por la comida	.16	.20	.15
Control oral	.37**	.39**	.34*

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p <.05 **p<.01

En la Tabla 10, se muestran las asociaciones respecto a IMC para hombres y mujeres entre el EAT-Total y sus dimensiones, con el BSQ-Total y sus dos factores. Se identifican asociaciones significativas y bajas, siendo mayor la asociación entre IMC y Control oral (r_s= -.39; p < .01) para los hombres y (r_s= -.29; p < .05) para las mujeres

Tabla 10*. Correlaciones* Rho de Spearman *de las dimensiones Conductas Alimentarias de Riesgo e insatisfacción corporal respecto al IMC para hombres y mujeres*

IMC	**EAT-Total**	**Dieta**	**Bulimia y preocupación por la comida**	**Control oral**	**BSQ-Total**	**Malestar normativo**	**Malestar patológico**
Hombres	-.24	.04	-.17	-.39**	.00	-.02	-.01
Mujeres	-.07	.17	-.06	-.29*	.28*	-.31*	-.20

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p <.05 **p<.01

En la Tabla 11, se muestran las asociaciones respecto a IMC para la Sec-A y Sec-B, entre el EAT-Total y sus factores, con el BSQ-Total y sus dos dimensiones, se identifican asociaciones significativas y bajas, siendo mayor la asociación entre IMC y Control oral (r_s= -.44; p < .01) para la Sec-A.

Tabla 11. *Correlaciones Rho de Spearman de las dimensiones Conductas Alimentarias de Riesgo e insatisfacción corporal respecto al IMC para la secundaria A y B*

Índice de Masa Corporal	EAT-Total	Dieta	Bulimia y preocupación por la comida	Control oral	BSQ-Total	Malestar normativo	Malestar patológico
Secundaria A	-.21	.23	-.01	-.44**	.21	.27*	.07
Secundaria B	-.06	.06	-.13	-.21	.10	.06	.14

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare. *p* <.05 **p<.01

El propósito de la presente Etapa de la investigación fue hacer una detección de necesidades en la población blanco (estudiantes de secundaria) para determinar las variables a incluir en el programa de intervención, así en virtud de los hallazgos empíricos principales respecto a que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables CAR, IC e IMC con el Apego, esta última se omitirá de las siguientes etapas.

VI. ETAPA 2. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

6.1 Objetivos específicos

Diseñar un programa de intervención *exprofeso* basado en la promoción de factores protectores para CAR, insatisfacción corporal e IMC

Someter a validación por jueces expertos el programa diseñado.

6.2 Método Etapa 2

6.2.1 Selección de la población

Muestreo no probabilístico de tipo intencional de profesionales de la salud expertos en Terapia Cognitivo-conductual y en el campo del comportamiento alimentarios quienes fungirán como jueces expertos

6.2.2 Definición de variables

En la tabla 12 se observa la definición conceptual y operacional, así como la unidad de medida de la variable independiente (programa de intervención) del estudio para la Etapa 2.

Tabla 12. *Definición conceptual y operacional y unidad de medida de las variables del estudio para la Etapa 2*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Unidad de medida
Intervención: ABC de una relación saludable con los alimentos, con mi cuerpo y con mi familia y amigos (Ver anexo 7, el Manual de intervención).	Aplicación de principios y técnicas psicológicos con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales (127).	Manual de la intervención dividido en seis sesiones, las cuales están destinadas al trabajo con los adolescentes, y padres y/o familiares. Con este manual comprenderán sobre: 1) Alimentación; 2) ABC de la alimentación: mis emociones; 3) ABC de la alimentación: mis pensamientos; 4) Satisfacción corporal: la belleza está en mí no en los otros; 5) Apego: ¿Cómo me relaciono con los demás?; 6) Tolerar la incomodidad y elegir otra opción; 7) Comunicación, relaciones afectivas y hábitos alimentarios en familia. En ésta sesión se incluirá a los padres o tutores de los participantes, se les brindarán estrategias para fomentar una buena integración con sus hijos adolescentes y puedan fungir como un factor protector en la salud física y mental de los hijos. Evaluado a través del formato de validez de contenido que abarca los indicadores de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia con puntuaciones que van del 0 al 2 en cada indicador.	Ordinal

6.2.3 Procedimiento

Al tomar en cuenta las variables de estudio de la Etapa 1, se revisó la literatura y se determinaron los componentes teóricos y metodológicos que debían integrar el pograma. En un primer momento se diseñó un programa de intervención grupal para la modalida presencial, no obstante, debido a la suspensión de actividades académicas por la pandemia del nuevo Coronavirus SARS-CCOV 2 que produce la COVID-19, se tuvo que adaptar dicha intervención a una modalidad en línea. Por lo cual, se validó el programa para poder llevarlo a cabo en ambas modalidades.

Una vez terminado el programa de intervención (presencial y en línea) se contactó con los jueces expertos en CAR y en el diseño de programas de intervención, a quienes se les invitó a participar en esta Etapa 2. Después de su aceptación se les hizo llegar el formato de evaluación para determinar la validez de contenido, el cual considera la evaluación de los componentes siguientes: suficiencia, relevancia, coherencia y claridad de cada una de las sesiones del programa, lo anterior con una opción de respuesta de cero (no cumple con el criterio), uno (nivel moderado) y dos (nivel alto).

6.2.4 Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis descriptivos para determinar el porcentaje de concordancia de los jueces, el cual se considera *Índice de Validez de Contenido* (*IVC*), mismo que para ser adecuado debe ser ≥ 80%.

6.3 Resultados Etapa 2

Para la validación de contenido del programa, se utilizó el *Índice de Validación de Contenido* (*IVC* o *CVR*, del inglés *Content Validity Ratio*) consistente en la proporción de jueces que asigna a un componente una puntuación considerada como válida o aceptable. Este índice se expresa así para cada una de las sesiones del programa *IVC* = Número de jueces que asignan valor aceptable/Número total de jueces. Finalmente, se calcula el *IVC* para todo el manual, obteniendo un promedio de la validez de contenido de todas las sesiones.

En la primera versión del manual se contemplaron 8 sesiones: siete para los adolescentes, y una para los padres o tutores. Para ésta etapa participaron tres jueces expertos,

los cuales refirieron realizar cambios al manual entre los que destacan, disminuir el numero de sesiones y desarrollar a detalle los procedimientos y las indicaciones para el profesional de la salud. En la Tabla 13, se pueden observar los resultados.

Tabla 13. *Puntuación por indicadores para cada una de las sesiones, en la primera versión del manual de intervención*

Sesión	**Indicadores**	**Calificación otorgada por jueces**		
1	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	1	2	2
	Coherencia	2	2	2
	Relevancia	2	2	0
2	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	2	2	2
	Coherencia	2	2	2
	Relevancia	2	2	0
3	Claridad	1	2	1
	Suficiencia	1	2	2
	Coherencia	2	2	2
	Relevancia	2	2	0
4	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	1	2	2
	Coherencia	2	2	2
	Relevancia	2	2	0
5	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	1	2	2
	Coherencia	1	2	2
	Relevancia	0	2	0
6	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	0	2	2
	Coherencia	0	2	2
	Relevancia	0	2	0
7	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	0	2	2
	Coherencia	1	2	2
	Relevancia	1	2	0
8	Claridad	0	2	1
	Suficiencia	0	2	2
	Coherencia	1	2	2
	Relevancia	2	2	0

De esta primera versión del manual, se obtuvo un *IVC* de 0.65, lo cual indica que no se cumplió con los requerimentos para ser validado. En la Tabla 14 se observan los índices en todos los componentes del programa por sesión en cuanto a los criterios de claridad, coherencia, suficiencia y relevancia.

Tabla 14*. Validez de contenido para la primera versión del manual de intervención*

Sesión	Jueces			*SX1*	*MX*	CVC_i	P_{ei}	*CVCtc*
	1	2	3					
1	5	8	5	18	2.25	0.75	0.038	0.71
2	6	8	5	19	2.37	0.79	0.038	0.75
3	6	8	5	19	2.37	0.79	0.038	0.75
4	5	8	5	18	2.25	0.75	0.038	0.71
5	2	8	5	15	1.87	0.62	0.038	0.58
6	0	8	5	13	1.62	0.54	0.038	0.50
7	2	8	5	15	1.87	0.62	0.038	0.58
8	3	8	5	16	2.00	0.66	0.038	0.62

Nota. *SX1* = Sumatoria de jueces; *MX* = sumatoria entre el valor máximo por sesión; *CVCi* = Coeficiente de Validez de contenido; *Pei* = Probabilidad de error; *CVCtc* = Coeficiente de Validez de contenido total

Teniendo en cuenta los resultados de la primera versión del manual de intervención, se hicieron algunas modificaciones. Se redujo el número de sesiones a seis en total, en las cuales cinco fueron destinadas para el trabajo con adolescentes y sus madres, y la última sesión fue destinada solo para trabajar con las madres; así mismo, se adaptó el manual para la modalidad presencial y en línea.

Para ésta versión final, se contó con la validación de 4 jueces expertos en el diseño de intervenciones y en el trabajo con adolescentes. En la tabla 15, se muestran las puntuaciones que otorgarón los jueces para cada uno de los indicadores en las dieferentes sesiones de la versión final del manual.

Tabla 15*. Puntuación por indicadores que otorgaron los jueces para cada una de las sesiones del programa en la versión final.*

Sesión	Indicadores	Calificación otorgada por jueces			
1	Claridad	2	2	2	2
	Suficiencia	2	2	1	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	2
2	Claridad	2	2	2	2
	Suficiencia	2	2	2	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	2
3	Claridad	2	2	2	2
	Suficiencia	2	2	2	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	2
4	Claridad	2	2	2	1
	Suficiencia	2	2	2	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	2
5	Claridad	2	2	2	1
	Suficiencia	2	2	2	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	2
6	Claridad	2	2	2	2
	Suficiencia	2	2	2	2
	Coherencia	2	2	2	2
	Relevancia	2	2	2	1

En la Tabla 16 se observan los índices en todos los componentes del programa por sesión en cuanto a los criterios de claridad, coherencia, suficiencia y relevancia, obteniendo un alto índice total de 0.97.

Tabla 16*. Validez de contenido para el programa de prevención*

Sesión	Jueces				*SX1*	*MX*	CVC_i	P_{ei}	*CVCtc*
	1	2	3	4					
1	8	8	8	7	31	3.87	0.97	0.0040	0.96
2	8	8	8	8	32	4	1	0.0040	0.99
3	8	8	8	8	32	4	1	0.0040	0.99
4	8	8	7	8	31	3.87	0.97	0.0040	0.96
5	8	8	7	8	31	3.87	0.97	0.0040	0.96
6	8	8	7	8	31	3.87	0.97	0.0040	0.96

Nota. *SX1* = Sumatoria de jueces; *MX* = sumatoria entre el valor máximo por sesión; *CVCi* = Coeficiente de Validez de contenido; *Pei* = Probabilidad de error; *CVCtc* = Coeficiente de Validez de contenido total

VII. Etapa 3. Estudio piloto: aplicación del programa de intervención en línea

Debido a la suspensión de actividades académicas por la pandemia del nuevo Coronavirus SARS-COV 2 que produce la COVID-19, se tuvo que llevar a cabo dicha intervención a una modalidad en línea.

7.1 Objetivo general de la Etapa 3

Evaluar el cambio clínico objetivo de un programa en línea de prevención universal de tipo primario para conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en estudiantes de secundaria, y de tipo secundario en sus respectivas madres de familia, a través de un estudio piloto.

7.1.1 Objetivos específicos

Caracterizar en términos de puntuaciones totales y por factor las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal en estudiantes de secundaria y en sus respectivas madres de familia, antes y después de la intervención.

Calcular el cambio clínico objetivo de las variables de estudio, tanto en los estudiantes de secundaria como en sus madres de familia, a través de un estudio piloto para determinar la efectividad de la intervención

7.2 Hipótesis

7.2.1 Conceptual

Por tratarse de una intervención psicológica a nivel primario de tipo universal, se espera modificar positivamente post intervención las puntuaciones de CAR y de la IC, tanto en los estudiantes como en sus respectivas madres de familia.

7.2.2 Estadísticas

H_1: Hay CCO en las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal en las participantes (adolescentes y madres de familia) después de la intervención psicológica.

H_0: No hay CCO en las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal en las participantes (adolescentes y madres de familia) después de la intervención psicológica.

7.3 Método de la Etapa 3

7.3.1 Diseño y tipo de estudio

Diseño pre-experimental (pretest-postest) con dos estudiantes de secundaria y sus respectivas madres de familia.

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

7.3.2 Selección de la muestra

En esta etapa participó una muestra no probabilística por disposición, de adolescentes estudiantes de secundaria y sus madres de familia, residentes de Pachuca, Hidalgo.

7.3.3 Definición de variables

Las variables dependientes de esta Etapa 3 son las mismas que se observan en la Tabla 1 de la Etapa 1 a excepción de apego en virtud de no encontrar asociación con esta variable. En cuanto al IMC, debido a la modalidad de intervención en línea se pidió el peso y la talla autoreportados de las participantes. Mientras que, la variable independiente (Programa de intervención) se observa en la Tabla 2.

7.3.4 Análisis estadístico

Se calcularon las puntuaciones de cada una de las participantes para CAR e IC a través del paquete estadístico para las ciencias sociales versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés); y para identificar pacientes con el cambio clínico objetivo (CCO) después de la intervención se utilizó la fórmula propuesta por Cardiel, puntuaciones ≥ 20 indican un *CCO*, este puede ser positivo, negativo o sin cambio: (128,129):

CCO=(P2-P1)/P1

PC= porcentaje de cambio

P1= puntaje al inicio del estudio

P2= puntaje al final del estudio

7.4 Resultados de la Etapa 3

Participaron dos adolescentes mujeres de 12 y 13 años, estudiantes de primer grado de secundaria; y sus respectivas madres de familia de 36 y 39 años, en lo sucesivo a las estudiantes de secundaria se podràn identificar como E1, E2, y a las madres de familia como M1 y M2. En la Tabla 17 se observan los datos de las participantes respecto al IMC, siendo las madres quienes presentan sobrepeso y obesidad, contario a sus hijas, quienes se encuentran en el peso esperado para su edad y su talla.

Tabla 17*. Índice de masa corporal y categoría de peso*

Participante	**Índice de masa corporal**	
	Pretest	**Postest**
Estudiante 1	20.24 (normopeso)	20.66 (normopeso)
Estudiante 2	21.37 (normopeso)	19.31 (normopeso)
Mamá 1	33.8 (obesidad)	34.5 (obesidad)
Mamá 2	28.0 (sobrepeso)	28.0 (sobrepeso)

Considerando el *PC* = 20 del EAT-26 y *PC* = 110 para del BSQ, se encontró que M1, presentó CAR; y ambas madres presentaron insatisfacción clínicamente relevante, antes de la intervención, los resultados se observan en la Tabla 18.

Tabla 18*. Datos de las participantes del estudio respecto a las puntuaciones totales de dos cuestionarios*

Participante	**EAT-Total**	**BSQ-Total**
Estudiante 1	5	52
Estudiante 2	5	57
Mamá 1	30*	150*
Mamá 2	5	113*

Nota. EAT = Eating Attitudes Test; BSQ = Body Shape Questionnare; * = por encima del punto de cohorte

En la tabla 19, se muestran los resultados para *CCO*, la E1 presentó *CCO* en EAT-Total y dos de sus factores, mientras que E2 y M1, presentaron *CCO* tanto en EAT-Total y sus tres factores, como en BSQ-Total y uno de sus factores con puntuaciones mayores a -0.20; mientras que M2, obtuvo *CCO* en ambas variables.

Tabla 19. *Puntuaciones del pretest-postest y del cambio clínico objetivo posterior a la intervención en línea de las cuatro participantes del estudio*

	E1			**E2**			**M1**			**M2**		
	Pretest	Postest	*CCO* ≥ **-0.20**	Pretest	Postest	*CCO* ≥ **-0.20**	Pretest	Postest	*CCO* ≥ **-0.20**	Pretest	Postest	*CCO* ≥ **-0.20**
EAT-Total	5	2	**-0.6**	5	2	**-0.6**	30	14	**-0.53**	5	5	0
Dieta	2	0	**-1.0**	3	1	**-0.66**	16	8	**-0.5**	5	5	0
Bulimia y preocupación por la comida	0	0	0	1	0	**-1.0**	14	5	**-1.8**	0	0	0
Control oral	3	2	**-0.33**	1	1	0	0	1	1.0	0	0	0
BSQ-Total	52	45	-0.13	57	40	**-0.30**	150	106	**-0.29**	113	113	0
Malestar corporal normativo	20	18	-0.1	19	12	**-0.58**	55	36	**-0.34**	42	42	0
Malestar corporal patológico	12	10	-0.16	9	9	0	33	27	-0.18	22	22	0

Nota. CCO = cambio clínico objetivo

VIII. DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo de ésta investigación fue determinar la efectividad de un programa de prevención universal para CAR e IC en estudiantes de secundaria y sus madres. Para alcanzar dicho objetivo, la investigación se dividió en tres Etapas, en la Etapa 1, el objetivo fue detectar necesidades en la población blanco, respecto a CAR, IC, estilo de apego e IMC de acuerdo con sexo y la ubicación geográfica de la escuela de preocedencia. En cuanto al riesgo de TCA (CAR), el porcentaje aquí encontrado (9.3%) fue menor a lo reportado en un estudio previo llevado a cabo con adolescentes mexicanas y españolas, donde una de cada cuatro presentaba riesgo (130); sin embargo, comparado con los resultados obtenidos en otras investigaciones llevadas a cabo en el país(44,47), específicamente en el estado de Hidalgo (5.6%), el resultado en este estudio fue mayor(131).

Por otro lado, 14.7% de los adolescentes de este estudio, presentaron IC, este porcentaje fue menor comparado con otros estudios 65.2% en adolescentes de 11 a 17 años y 22% en adolescentes de 12 a 18 años (54,132). Una posible explicación de la variablidad en los resultados obtenidos tanto para IC como para CAR, es que se han analizado con diferentes instrumentos y en muestras con rangos de edades diferentes (48).

En lo referente al estilo de apego, predominó el estilo de apego ambivalente y el indefinido, una posible explicación a los porcentajes altos de apego indefinido encontrados entre los estudiantes de secundaria, es que, las ocho combinaciones del instumento para clasificar el apego, son insuficientes para clasificar el estilo de apego. No obstante, en cuanto al estilo de apego ambivalente, los resultados aquí encontrados son similares a lo de otras investigaciones en las que el estilo de apego seguro tiene el menor puntaje (116,117), quizá esto se deba a que en la actualidad tanto padres como madres conviven menos tiempo con sus hijos, debido a que tienen que laborar y no pueden dedicar el tiempo necesario para a establecer un vínculo seguro con sus hijos, por tanto, los alumnos de secundaria se inclinan al apego hacia los pares, aunque sólo es una explicación, ya que la adolescencia es un etapa de cambios, entonces pudiera deberse a otros aspectos no evaluados (2).

Respecto a IMC, en ésta investigación se encontró que la distribución de sobrepeso y obesidad combinados fue de (51%) en hombres y (46.6%) en mujeres, mayor a lo reportado

a nivel internacional 27% en hombres y 24% en mujeres(133); y mayor a lo reportado a nivel nacional (33.5 % y 39.2%) respectivamente (134). A nivel estatal 29,3% en hombres y 29,2% para mujeres (61).Quizá estas discrepancias se deban a la diferencia de edad de los participantes en cada estudio.

Así mismo, no se encontraron diferencias significativas por sexo respecto a las CAR, esto difiere con lo reportado en investigaciones previas (38,45,135) donde el sexo femenino tiende a tener mayores puntajes; quizá esto se deba a que, en la actualidad, la cultura influye cada vez mas para que los hombres muestren interés por ser más delgados o tener mayor masa muscular, por lo cual tienen mayor riesgo de llevar a cabo algún tipo de CAR, afectando su salud psicológica (37,136,137).

Sin embargo, en cuanto a la IC, los hallazgos de esta investigación coinciden con lo reportado por otros estudios, donde las mujeres presentan significativamente mayores puntuaciones en comparación con los hombres (54,70,74,138). Quizá esto se deba a que, la presión ejercida por diferentes contextos tales como la familia, la cultura, la influencia de los medios de comunicación, etc., sigue siendo mayor en las mujeres para ser más delgadas, contario a lo que culturalmente se esperaría de los hombres, quienes quieren quieren ser más musculosos (70).

De la misma forma, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por escuela respecto a CAR e IC, aquí es importante subrayar que la sec-A, se encuentran en una zona céntrica, donde los estudiantes residen en su mayoría en el municipio de Pachuca, mientras que la Sec-B, -que obtuvo mayores puntajes- se encuentra en una zona más alejada del centro de Pachuca, Hgo., y recibe a alumnos de diferentes municipios. Se ha sugerido que, las zonas conurbadas presentan mayor insatisfacción corporal, asociado a los estándares de belleza que prevalece en las grandes ciudades, pero los datos aquí encontrados indican lo contrario. De este modo, sería importante indagar más sobre las características sociodemográficas o de influencia sociocultural. Es posible que estos resultados se deban a que, los estudiantes de la Sec-A, están expuestos a un mayor número de factores protectores como acceso a servicios de salud física y mental en comparación con los estudiantes de la Sec-B, que se encuentran en una zona alejada de la ciudad (137).

Respecto a las asociaciones entre entre el Total del EAT con el BSQ y sus dos factores, para sexo y escuela, estas fueron significativas, moderadas y positivas, lo que indica que a mayor nivel de insatisfacción corporal, mayor realización de CAR, esto coincide con lo reportado en investigaciones previas, en las que los adolescentes que se sienten insatisfechos con apariencia, y con la intención de realizar cambios en en la forma en como se ven así mismos y como los ven los demás; llevan a cabo diversas conductas que ponen en riesgo su salud, (10,46,54,69).

Las asociaciones entre la dimensión Dieta del EAT con el BSQ total y sus factores, para sexo y escuela, y específicamente, Control oral y malestar corporal normativo, para la secundaria B indican que a mayor malestar corporal patológico, mayor probabilidad de llevar a cabo dietas restrictivas y comportamientos compensatorios para modificar la percepción de la imagen corporal. Esto quizá se deba a que la imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, por lo que, si la forma en la que una persona piensa y se siente sobre sí misma en relación a su cuerpo está distorsionada o es negativa, puede afectar emocional y conductualmente hasta el punto implementar alguna CAR para modificar su apariencia y en casos extremos desarrollar condiciones clínicas como los TCA (78,81,137).

En cuánto a las asociaciones no significativas entre CAR e IC con apego, es un hallazgo inesperado pero interesante; por lo que se sugiere tener en cuenta estos datos para investigaciones futuras. Ya que de acuerdo con la literatura, tener apego seguro parece ser un factor protector contra los TCA, y por el contrario el tener apego ambivalente o evitativo aumentaría el riesgo de presentar alteraciones en el comportamiento alimentario (82,83). Así, se sugiere que futuros estudios amplién los hallazgos a muestras clínicas.

Los resultados de esta primera etapa nos permiten corroborar que a mayor IC mayor realización de CAR, esto tanto para el sexo femenino como el masculino, lo cual indica que, la insatisfacción corporal es un factor de riesgo para la salud física y psicológica de los adolescentes; y que además las asociaciones que se observan entre hombres y mujeres respecto a estas variables, son muy similares (62,139). Sin embargo, la evidencia estadística permite determinar que la variable apego, no es sensible en esta población. No obstante, la adolescencia es una etapa adecuada para prevenir y generar planes de acción, para ayudar a

disminuir la presencia la insatisfacción corporal y de CAR, coadyuvando desde la prevención primaria universal al desarrollo de TCA.

En cuanto a la Etapa 2 de esta investigación, y teniendo en cuenta los resultados de la etapa anterior, se propuso la elaboración y validación de contenido de un manual de intervención para disminuir IC y CAR; sin embargo, una de las observaciones inherentes al proceso, es el número de expertos que se requieren, el cual difiere considerablemente al consultar diferentes autores, algunos autores concluyen que el número dependerá de los objetivos del estudio, con un rango entre 7 y 30 expertos (140); y algunos más señalan que deben ser tres como mínimo (141,142). En ese sentido, en la primera fase de la validación participaron tres jueces y en la segunda cuatro, tamaños de muestra que caen dentro de lo citado por diversos autores. Por lo cual se concluye que el objetivo propuesto se alcanzó al obtener un índice de validación >80% lo cual garantiza contar con un programa, ad hoc a la población blanco, en este caso un programa adaptado para la modalidad presencial y en línea.

Efecto de un programa de intervención para madres e hijas: estudio piloto

En cuanto a la etapa final de esta investigación, el objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de prevención universal para CAR e IC en estudiantes de secundaria y sus madres a través de un estudio piloto.

Al tratarse de una interención universal primaria era de esperarse que las estudiantes de secundaria no presentaran CAR ni insatisfacción clínicamente relevante, pero la meta sería reducir sus puntuciones como evidencia del efecto de la intervención. Sin embargo, un hallazgo inesperado fue que una de las madres rebasó el punto de cohorte para CAR; y ambas madres rebasaron el punto de cohorte para IC, esto contradice la literatura, porque se había documentado que madres e hijas obtuvieron puntuaciones elevadas en estas variables, quizá esto se deba a la edad de las participantes fue mayor a la de las participantes de este estudio (143).

El hallazgo cardinal fue el hecho de que la mamá 1 quién rebasó punto de corte de de EAT-26 y BSQ y que además tiene condición de obesidad, presentó un cambio *CCO* en EAT-

Total y en los factores dieta, bulimia y preocupación por la comida, control oral, así como en BSQ-Total y el factor malestar corporal normativo; y sus puntuaciones se encuentran por debajo de los *PC* que indican riesgo para la salud física y psicológica, asimismo, la hija de esta madre de familia (estudiante 2) también presentó un *CCO* en BSQ-Total y en el factor malestar corporal normativo, así como en EAT-Total y los factores dieta y bulimia y preocupación por la familia , por lo que, estos hallazgos se suman a lo recientemente expuesto sobre que la participación de los padres de familia potencializa los efectos de las intervenciones (115); por lo que se deben incluir estas poblaciones en las inervenciones (144). Quizá esto demuestre que, se puede transmitir comportamientos de riesgo pero también comportamientos saludables, ya que, al haber un cambio en la madre, implicó un cambio en su hija (143,145).

Así mismo, la estudiante 1, quién obtuvo cambio clínico objetivo, en EAT-Total y en los factores dieta y control oral; aunque sus puntuaciones no indicaron riesgo, podemos observar que hubo disminución del puntaje en para CAR al igual que la Estudiante 2 y la mamá 1, lo cual indicaría la efectividad del programa. Sin embargo, para la participante número 4, las puntuaciones se mantuvieron igual en el pretest y postest quizá esto se deba a que a diferencia de la otra díada, donde mamá trabaja en casa, la participante 4 laboraba de manera presencial por lo cual no pasaba mucho tiempo con su hija y llegaba presionada de tiempo a las sesiones y preocupada por atender otras actividades, quizá esto explique porque su hija tuvo un cambio y ella no (146).

Cabe resaltar que no sólo es importante contemplar la edad de los adolescentes, sino tambien la participación de padres y o tutores, ya que muchas veces son las madres de las adolescentes quienes transmiten ideas distorsionadas y comportamientos disfuncionales respecto a la comida, la forma de alimentarse y la figura corporal. Por ejemplo, en un estudio observaron que las madres con sobrepeso desarrollan una preocupación por el peso de sus hijos, que se refleja en comportamientos restrictivos lo cual aumenta la probabilidad de desarrollar sobreingesta o atracón alimentario desde los primeros años de vida (147).

Por otro lado, un estudio refirió que los niños que obtuvieron mayores puntuaciones en alimentación restrictiva, reportaban que sus madres estaban más preocupadas por el peso y cuando los alentaban a estar delgados, éstos restringían aun más la ingesta de alimentos

(148). Por lo cual es de primordial importancia identificar las características de los padres y las familias que colocan al niño en riesgo de desarrollar estas patologías.

IX. CONCLUSIONES GENERALES

La detección e intervención temprana de necesidades psicológicas en los adolescentes y en sus madres de familia es relevante social y clínicamente, debido a que las cifras de CAR e IC van en aumento tanto en hombres cómo en mujeres, poniendo en riesgo también la salud física de esta población. La presente investigación evidencia que la adolescencia es una etapa adecuada para la prevención universal primaria y generar planes de acción *ad hoc*, para ayudar a disminuir uno de los factores de riesgo más importantes -la insatisfacción corporal- en el desarrollo de CAR y en casos extremos de TCA. Asimismo, es importante, integrar en las intervenciones a las madres de familia, ya que pudieran están presentando alteraciones vinculadas al comportamiento alimentario y transmitir dichas alteraciones a sus hijas, así la prevención secundaria, es un acierto que

La interacción de la prevención primaria universal en las adolescentes y secundaria en las madres de familia es punto clave para coadyuvar en la salud física y psicológica Este tipo de prevención permite a los adolescentes y a sus madres de familia adquirir una serie de habilidades para afrontar psicopatologías como la alimentaria y tomar mejores desiciones, al comprender o detectar situaciones de riesgo. Los hallazgos de la presente intervención cognitivo-conductual para la modalidad en línea para la prevención de CAR y de IC en estudiantes de secundaria y madres de familia se suma a la evidencia científica existente al demostrar su efectividad.

Las fortalezas de la presente investigación residen en la metodología robusta que se siguió desde la detección de necesidades, diseño del programa de intervención, validación y estudio piloto. Así como el cálculo de CCO, ya que este tipo de análisis es el índicado para un análisis más individual, o para aquellos casos en los que no es posible calcular pruebas estadísticas inferenciales.

X. RECOMENDACIONES

La muestra utilizada en la detección de necesidades fue no probabilística por disposición y el número de participantes incluidos en el estudio piloto se limitó a cuatro casos, por tanto, imposibilitan la generalización de los hallazgos, sin embargo, los datos derivados de estos constituyen un avance importante para futuras investigaciones, por lo que se recomienda replicar la intervención en muestras más amplias para fortalecer o refutar los presentes hallazgos. Así como evaluar el posible efecto de la intervención en las tres etapas de la adolescencia temprana, media y tardía. Teniendo en cuenta que los hábitos alimentarios son una disposición adquirida por actos repetidos, de alguna manera, están condicionados por la edad, y por las creencias arraigadas sobre algún alimento.

Si bien se sabe que las madres pueden transmitir ciertos comportamientos y creencias respecto a la alimentación a sus hijos e hijas, en la actualidad los adolescentes no sólo conviven con sus madres, sino con algunos otros miembros de la familia, por lo cual será importante que futuros estudios integren familiares desde la evaluación hasta la intervención, ya que muchas veces conviven más tiempo con los adolescentes, que las propias madres, tal es el caso de hermanas mayores o menores.

XI. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo en la adolescencia [Internet]. Ginebra. 2020 [cited 2019 Mar 31]. p. 95–164. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

2. Papalia DE, Feldman R, Martorell G. Desarrollo humano. 12th ed. McGraw-Hill, editor. México; 2012.

3. Almuhlafi M, Jamilah KA, Almutairi AF, Salam M. Relationship between early menarche, obesity, and disordered eating behaviors: A school-based cross-sectional survey in Northern Saudi Arabia. Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther. 2018;11:743–51.

4. Unikel C, Nuño B, Celis A, Saucedo TJ, Trujillo EM, García F, et al. Conductas alimentarias de riesgo: Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. Rev Investig Clin. 2010;62(5):424–32.

5. Saucedo–Molina TJ, Unikel Santoncini C. 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 Ment. 2010;33(1):11–9.

6. Bartholdy S, Allen K, Hodsoll J, O'Daly OG, Campbell IC, Banaschewski T, et al. Identifying disordered eating behaviours in adolescents: how do parent and adolescent reports differ by sex and age? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(6):691–701.

7. Secretaría de Salud Pública de México, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en México. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. 2011.

8. Unikel C, Díaz de León C, Rivera JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. 1st ed. Casa abierta al tiempo., editor. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017. 104 p.

9. Waseem F, Ahmad LM. Prevalence of disordered eating attitudes among adolescent girls in Arar City, Kingdom of Saudi Arabia. Heal Psychol Res. 2018;6(1):30–5.

10. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. Rev Mex Trastor Aliment. 2016;7(1):1–8.

11. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández MC, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización

PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(1):83–108.

12. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;18(1):199–207.

13. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. J Consult Clin Psychol. 2017;85(9):883–95.

14. Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, et al. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. J Consult Clin Psychol. 2000;68(2):346–50.

15. De la Vega Morales RI, Gómez-Peresmitré G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. Psicol y salud. 2012;22(2):225–34.

16. Saucedo-Molina TJ, Villarreal M, Oliva LA, Unikel C, Guzmán RME. Disordered eating behaviours and sedentary lifestyle prevention among young Mexicans: a pilot study. Health Educ J. 2018;77(8):872–83.

17. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc. 2017;5(1):1–22.

18. Farrell AD, Thompson EL, Mehari KR. Dimensions of Peer Influences and Their Relationship to Adolescents' Aggression, Other Problem Behaviors and Prosocial Behavior. J Youth Adolesc. 2017;46(6):1351–69.

19. Branje S. Development of Parent-Adolescent Relationships: Conflict Interactions as a Mechanism of Change. Child Dev Perspect [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 19];12(3):171–6. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/cdep.12278

20. Cracco E, Goossens L, Braet C. Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(8):909–21.

21. Gaete V. Adolescent psychosocial development. Rev Chil Pediatr. 2015;86(6):436–43.

22. Roa A. La adolescencia. Rev Chil Pediatr [Internet]. 1982 [cited 2020 Aug 19];53(6):615–22. Available from: https://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia

23. Güemes-Hidalgo M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integr [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 19];21(4):233–44. Available from: www.sepeap.org

24. American Psichological Association. La adolescencia [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar

31]. Available from: https://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia

25. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 31]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

26. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, et al. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. Epidemiol Psychiatr Sci. 2017;26(4):395–402.

27. National Institute of Mental Health. Prevalence of Serious Mental [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 3]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154788

28. National Institute of Mental Health. Major Depression [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 3]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml

29. Pedersen GA, Zajkowska Z, Kieling C, Gautam K, Mondelli V, Fisher HL, et al. Protocol for a systematic review of the development of depression among adolescents and young adults: psychological, biological, and contextual perspectives around the world. Syst Rev. 2019;8(1).

30. De Lijster JM, Dieleman GC, Utens EMWJ, Dierckx B, Wierenga M, Verhulst FC, et al. Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. J Affect Disord. 2018;230:108–17.

31. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed. Washington, DC:; 2014. 947 p.

32. Soares LS, Costa D de S, Malloy-Diniz LF, Romano-Silva MA, de Paula JJ, de Miranda DM. Investigation on the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Effect on Infatuation and Impulsivity in Adolescents. Front Behav Neurosci. 2019;13:1–7.

33. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Suicide in Children and Teens. Facts Fam [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 16];10. Available from: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Teen-Suicide-010.aspx

34. Micali N, De Stavola B, Ploubidis G, Simonoff E, Treasure J, Field AE. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. Br J Psychiatry. 2015;207(4):320–7.

35. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National

Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Oct;49(10):980–9.

36. Huapalla BD. Conductas alimentarias de riesgo y autoconcepto físico en estudiantes de enfermería. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019.

37. Radilla CC, Vega S, Gutiérrez R, Barquera S, Barriguete JA, Coronel S. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricio en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. 2015;21(1):15–21.

38. Caldera IA, Martín P, Caldera JF, Reynoso OU, Zamora MR. Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. Rev mex trastor Aliment. 2019;10(1):22–31.

39. Frank R, Claumann GS, Felden ÉPG, Silva DAS, Pelegrini A. Body weight perception and body weight control behaviors in adolescents. J Pediatr (Rio J). 2018;94(1):40–7.

40. Pursey KM, Hay P, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, Pike KM, et al. Diabetes and disordered eating behaviours in a community-based sample of australian adolescents. J Eat Disord [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 22];8(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32128205/

41. Contreras L, Morán J, Frez S, Lagos C, Paz M, Pinto B MDLÁ, et al. Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. Rev Chil Pediatr. 2015;86(2):97–102.

42. Rodríguez M, Mina F. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una Institución Educativa en Cali, Colombia 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2008;59(3):180–9.

43. Instituto Nacional de Salud Publica. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México; 2012. 168–179 p.

44. Unikel–Santoncini C, Bojórquez-Chapela L, Villatoro-Velázquez J, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora Icaza ME. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997–2003. Rev Investig clínica. 2006;58(1):15–27.

45. Nuño-Gutiérrez LB, Celis-De La Rosa A, Unikel-Santoncini C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. Rev Investig Clínica. 2009;61:286–93.

46. Figueroa-Rodríguez A, García-Rocha O, Revilla-Reyes A, Villarreal-Caballero L, Unikel-Santoncini C. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.

2010;48(1):31–8.

47. Ávila MJ, Jáuregui JA. Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre los adolescentes y jóvenes de Nuevo León. Rev Mex Trastor Aliment. 2015;6(1):1–12.

48. Bautista-Díaz L, Castelán-Olivares AI, Martin-Tovar A, Franco-Paredes K, Mancilla-Díaz JM. Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. Interacciones. 2020;6(3):1–10.

49. Meléndez JM, Cañez GM, Frías H. Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? Rev Mex Investig en Psicol. 2012;4(2003):99–111.

50. Rodríguez M, Hernández JD, Bolaños P, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2015;32(4):1786–95.

51. Viera EC, Quiñones IT, Andrés J, Araujo G. Relación entre actividad física, alimentación y familia en edad escolar Relationship between physical activity, nutrition, and family in school-aged youth. 2018;34:85–8.

52. Marfil R, Sánchez M, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. J negat no posit results [Internet]. 2020 [cited 2021 May 14];1221–44. Available from: https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3171/html3171

53. Rodríguez-Davila N, Soto-González M. El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria, una perspectiva psicosocial. Psicol y salud. 2013;23(1):15–24.

54. Ramírez M, Torres P. Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal. Universidad Nacional de San Agustín De Arequipa; 2018.

55. Organización Mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Nota descriptiva N°311. 2016 [cited 2019 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

56. Çam HH, Üstüner Top F. Overweight, obesity, weight-related behaviors, and health-related quality of life among high-school students in Turkey. Eat Weight Disord [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 30];25:1295–1302. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31463887

57. Qin W, Wang L, Xu L, Sun L, Li J, Zhang J, et al. An exploratory spatial analysis of overweight and obesity among children and adolescents in Shandong, China. BMJ Open [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 30];9(8):1–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31444183

58. Mazidi M, Banach M, Kengne AP. Prevalence of childhood and adolescent overweight and obesity in Asian countries: A systematic review and meta-analysis. Arch Med Sci. 2018;14(6):1185–203.

59. Rivera JÁ, De Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: A systematic review. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(4):321–32.

60. Instituto Nacional de Salud Publica. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [Internet]. Resultados Nacionales. 2016. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf

61. Saucedo-Molina TJ, Rodríguez J, Alejandra L, Macías O, Villarreal M, León RC, et al. Relación entre el índice de masa corporal, la actividad física y los tiempos de comida en adolescentes mexicanos. Nutr Hosp. 2015;32(3):1082–90.

62. Castillo Valdez AD. Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media suerior. Universidad Nacional Autonoma de México; 2016.

63. Kärkkäinen U, Mustelin L, Raevuori A, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Do Disordered Eating Behaviours Have Long-term Health-related Consequences? Eur Eat Disord Rev. 2018;26(1):22–8.

64. National Eating Disorders Association. Statistics & Research on Eating Disorders [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 4]. Available from: https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders

65. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet [Internet]. 1993 [cited 2019 Aug 28];341(8861):1631–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8100000

66. Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognit Ther Res. 1982 Jun;6(2):123–50.

67. Cooper Z, Fairburn CG. The evolution of "Enhanced" Cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. Cogn Behav Pract. 2011;18(3):394–402.

68. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behav Res Ther. 1999;37(1):1–13.

69. Sanchez I, Rossano B. insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. Universidad Autónoma Del Estado de México; 2012.

70. Jiménez-Flores P, Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. Insatisfacción con la imagen

corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. Nutr Hosp. 2017;34(2):479–89.

71. Schilder P. The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche. 1st ed. London: Routledge; 1999. 353 p.

72. Heider N, Spruyt A, De Houwer J. Body Dissatisfaction Revisited: On the Importance of Implicit Beliefs about Actual and Ideal Body Image. Psychol Belg [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 22];57(4):158. Available from: https://www.psychologicabelgica.com/article/10.5334/pb.362/

73. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Av en Psicol Latinoam. 2004;22:15–27.

74. MacNeill LP, Best LA, Davis LL. The role of personality in body image dissatisfaction and disordered eating: Discrepancies between men and women. J Eat Disord. 2017;5(1):1–9.

75. Jankauskiene R, Baceviciene M. Body image concerns and body weight overestimation do not promote healthy behaviour: Evidence from adolescents in Lithuania. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(5):1–14.

76. Uchôa FNM, Uchôa NM, Daniele TM da C, Lustosa RP, Garrido ND, Deana NF, et al. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(9):1–14.

77. Walter O, Shenaar-Golan V. Effect of the Parent–Adolescent Relationship on Adolescent Boys' Body Image and Subjective Well-Being. Am J Mens Health. 2017;11(4):920–9.

78. Behar R, Gramegna G, Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2014;52(2):103–14.

79. Nichols TE, Damiano SR, Gregg K, Wertheim EH, Paxton SJ. Psychological predictors of body image attitudes and concerns in young children. Body Image. 2018;27:10–20.

80. Mercader-Yus E, Neipp-López MC, Gómez-Méndez P, Vargas-Torcal F, Gelves-Ospina M, Puerta-Morales L, et al. Anxiety, Self-esteem and Body Image in Girls with Precocious Puberty. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 22];47(4):229–36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.013

81. Soohinda G, Mishra D, Sampath H, Dutta S. Body dissatisfaction and its relation to Big Five personality factors and self-esteem in young adult college women in India. Indian J Psychiatry. 2019;61(4):400–4.

82. Peláez G, Úsuga O. Relación entre los hábitos alimentarios y el tipo de apego con sus padres en niños escolarizados. Universidad de Antioquia; 2014.

83. Barón S, Restrepo L. Percepciones de los patrones de crianza y del vínculo afectivo de una adolescente en proceso de recuperación de Anorexia Nerviosa. Pontificia Universidad Javeriana; 2015.

84. Cortés-García L, Takkouche B, Seoane G, Senra C. Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019;14(3):1–27.

85. Goldberg S, Muir R, Kerr J. Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives [Internet]. 2000 [cited 2019 Aug 30]. p. 515. Available from: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=x-Oki9MxalQC&oi=fnd&pg=PA45&dq=john+bowlby+attachment&ots=r9BXKRc6xW&sig=Kf5AejyH4FcDAhUxJG6VFdVhlxc#v=onepage&q&f=false

86. Lai YH, Carr S. A critical exploration of child-parent attachment as a contextual construct. Behav Sci (Basel). 2018;8(12):1–14.

87. Mónaco E, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Attachment Styles and Well-Being in Adolescents: How Does Emotional Development Affect This Relationship? Int J Environ Res Public Health. 2019;16(14):1–17.

88. Durme K Van, Goossens L, Bosmans G, Braet C. The Role of Attachment and Maladaptive Emotion Regulation Strategies in the Development of Bulimic Symptoms in Adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2018;46:881–93.

89. Leung SE, Wnuk S, Jackson T, Cassin SE, Hawa R, Sockalingam S. Prospective Study of Attachment as a Predictor of Binge Eating, Emotional Eating and Weight Loss Two Years after Bariatric Surgery. Nutrients. 2019;11(7):1625.

90. Turner M, Beckwith H, Duschinsky R, Forslund T, Foster SL, Coughlan B, et al. Attachment difficulties and disorders. InnovAiT. 2019;12(4):173–9.

91. Faber A, Dubé L, Knäuper B. Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. Appetite. 2018;123:410–38.

92. Dávila Y. La influencia de la familia en ell desarrollo del apego. Anales [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 30];121–30. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22926/1/3.pdf

93. Chávez Salazar EE, Vinces Centeno MR. El ambiente familiar y su incidencia en el apego materno infantil: Importancia de las relaciones afectivas en edad temprana. Rev

Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud. 2019;3(6):324–56.

94. Duarte L, García N, Rodríguez E, Bermúdez ME. Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo. Cienc Y Tecnol. 2016;9(2):113–24.

95. Gonçalves S, Moreira C, Gonçalves M, Vieira AI, Machado BC. The role of the perception of family environment in relation to body dissatisfaction, disordered eating and difficulties in close relationships. Eat Weight Disord [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 26];25(1):205–13. Available from: https://doi.org/10.1007/s40519-018-0551-9

96. Fernandes R, Carmo M, Jiménez SA. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. Arq Bras Psicol. 2009;61(2):1–12.

97. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011;33:11–4.

98. Espinosa Borja D. Validación de un Manual de Promoción y Prevención Primaria en Salud Mental. Universidad de san Francisco de Quito; 2020.

99. Peñafiel Márquez E. Intervención para mejorar la imagen corporal en varones adolescentes: estudio piloto. Universidad Autónoma del Estado de México; 2019.

100. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y salud. 2008;19(1):5–26.

101. Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich H-C, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U, et al. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Front psychiatry. 2018;9:1–14.

102. De Jong M, Schoorl M, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. Curr Opin Psychiatry. 2018;31(6):436–44.

103. Criado L. Apego y Trastornos Alimentarios: Implicaciones para la Intervención Psicoterapéutica. Rev Psicoter. 2018;29(111):69–92.

104. Jáuregui-Lobera I, Martínez-Quiñones J V. Neuromodulation in eating disorders and obesity: A promising way of treatment? Neuropsychiatr Dis Treat. 2018;14:2817–35.

105. Imperatori C, Mancini M, Della Marca G, Valenti EM, Farina B. Feedback-Based Treatments for Eating Disorders and Related Symptoms: A Systematic Review of the Literature. Nutrients. 2018;10(11).

106. Saravanakumar A, Rajkumar M, Serebiah JS, Thivakaran GA. Tratamiento para los trastornos alimentarios. Heal Child [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 5];29:725–32.

Available from: https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/treating-eating-disorders.aspx

107. Leme ACB, Thompson D, Lenz Dunker KL, Nicklas T, Tucunduva Philippi S, Lopez T, et al. Obesity and eating disorders in integrative prevention programmes for adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018;8(4):1–6.

108. Levine MP. Universal prevention of eating disorders: A concept analysis. Eat Behav. 2017;25:4–8.

109. Mcvey GL, Davis R. A Program to Promote Positive Body Image: A 1-Year Follow-Up Evaluation. J Early Adolesc. 2002;22(1):96–108.

110. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. J Nutr Educ. 1995;27(1):24–31.

111. Stice E, Durant S, Rohde P, Shaw H. Effects of a prototype internet dissonance-based eating disorder prevention program at 1- and 2-year follow-up. Heal Psychol. 2014;33(12):1558–67.

112. Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2015;15(21):2–9.

113. Sánchez-Carracedo D, López-Guimerà G, Fauquet J, Barrada JR, Pàmias M, Puntí J, et al. A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: The MABIC study protocol. BMC Public Health. 2013;13(1):955.

114. Navarro M del M. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. [Catalunya España]; 2016.

115. Ramírez-Rosales M. Intervención congnitivo-conductual para disminuir los factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso. Universidad AIutónoma del Estado de Hidalgo; 2020.

116. Pinto-Cortez C, Beyzaga M, Cantero MF, Oviedo X, Vergara V. Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc. 2018;5(3):23–9.

117. Camps-Pons S, Castillo-Garayoa JA, Cifre I. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. Clínica y Salud [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 28];25(1):67–74. Available from:

http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6

118. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinski: Principios para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.

119. Camara de diputados del H. congreso de la unión. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigacion para la salud. 2014;1–31.

120. Camara de diputados del H. congreso de la unión. Ley de los Institutos nacionales de Salud. 2019;1–29.

121. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. In: Behavior Research Methods. Psychonomic Society Inc.; 2007. p. 175–91.

122. Franco K, Solorzano M, Díaz F, Hidalgo-Rasmussen C. Confiabilidad y estructura factorial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en mujeres mexicanas. Rev Mex Psicol. 2016;número esp:30–1.

123. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12:871–8.

124. Vázquez R, Galán J, Lopez X, Alvarez GL, Mancilla JM, Caballero A, et al. Validity of Body Shape Questionnaire. Rev Mex Trastor Aliment. 2011;2:42–52.

125. Emilia M, Pineda S, Carrillo S, Castro J. Análisis Psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una Muestra de Adolescentes Colombianos. Interam J Psychol. 2006;40(3):289–302.

126. Organización Mundial de la salud., Organización Mundial de la Salud. obesidad y sobrepeso [Internet]. Nota descriptiva N°311. World Health Organization; 2016 [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

127. Baldos A. La intervención psicológica: caracterísitcas y modelos. Universidad de Barcelona; 2008.

128. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 557 p.

129. Gómez JM, Roussos A. ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. Rev Argentina clínica Psicológica. 2012;21(2):173–90.

130. Toro J, Gomez-Peresmitré G, Sentis J, Vallés A, Casulà V, Castro J, et al. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. Soc Psychiatry

Psychiatr Epidemiol. 2006;41(7):556–65.

131. Saucedo-Molina TJ, Villareal M, Oliva L, Unikel C, Guzmán R. Disordered eating behaviours and sedentary lifestyle prevention among young Mexicans: a pilot study. Health Educ J. 2018;77(8):872–83.

132. Guadarrama R, Carrillo Arellano SS, Márquez Mendoza O, Hernández Navor JC, Veytia López M. Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. Rev Mex Trastor Aliment. 2014;5(2):98–106.

133. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [cited 2021 Apr 24]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

134. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Berenice E, María Gómez-Acosta LM, Morales-Ruán MC, Hernández-Ávila M, et al. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualizaciónde la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición demedio camino 2016. Salud Publica Mex [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 24];60(3):244–53. Available from: https://doi.org/10.21149/8815

135. Barriguete-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JÁ, Shamah T, Barquera S, et al. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico. Salud Publica Mex. 2009;51:638–44.

136. Quintero AG, González G, Gutiérrez J, Puga R, Villanueva J. Prevalence of risk eating behaviors and metabolic syndrome in teenage school students of Morelos state. Nutr Hosp. 2018;35(4):796–804.

137. Vargas-Almendra R, Bautista-Díaz ML, Romero A. Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: el papel del sexo y ubicación de la escuela. Educ y salud.

138. Rodríguez-Ruiz S, Ortega-Roldán B, Delgado FR, Mata JL. La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Anu Psicol clínica y la salud. 2013;9:21–3.

139. Trejo PM, Castro D, Facio A, Mollinedo FE, Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Rev Cubana Enferm. 2010;26(3):144–54.

140. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Inv Ed Med [Internet]. 2012 [cited 2021 Apr 9];1(2):90–5. Available from: www.elsevier.com.mx

141. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. J Adv Nurs [Internet]. 2003 Feb

15 [cited 2021 Apr 9];41(4):376–82. Available from: http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x

142. Bernal-García MI, Salamanca DR, Perez N, Quemba MP. Content validity by expert judgment of an instrument to measure physico-emotional perceptions in anatomical dissection practice. Educ Medica [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 9];21(6):349–56. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-validez-contenido-por-juicio-expertos-S1575181318302584

143. León SC, Cruzat-Mandich C, Calderón PL, Astudillo RB, Díaz-Castrillón F. Mother/daughter attachment and its relationship with body dissatisfaction, aesthetic models and eating behaviors. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 13];57(4):329–40. Available from: www.sonepsyn.cl

144. Alimentarios. Diseño, implementación y evaluación de un programa para la prevención de conductas de riesgo asociadas a la presencia de trastornos alimentarios. Universidad Autónoma de México; 2016.

145. Fernandez L, Ledesma M, Reig J. Prácticas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que asisten a un centro de salud privado de la ciudad de Córdoba en el año 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba; 2019 [cited 2021 Apr 13]. Available from: https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/14097

146. Vázquez V. Diferencias en el perfil psicológico y en la conducta alimentaria de madres de mujeres con y sin trastornos alimentarios. Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.

147. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. Int J Eat Disord [Internet]. 1999 Apr [cited 2021 Apr 24];25(3):253–62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10191989/

148. Anschutz DJ, Kanters LJA, Van Strien T, Vermulst AA, Engels RCME. Maternal behaviors and restrained eating and body dissatisfaction in young children. Int J Eat Disord [Internet]. 2009 [cited 2021 Apr 24];42(1):54–61. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18636538/

XII. ANEXOS

Anexo 1. Dictámen del comité de ética e investigación de la Universidad

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud

150 Años de Vida Institucional 1869-2019

Pachuca de Soto, Hidalgo a 18 de noviembre del 2019

DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA
INVESTIGADORA ADSCRITA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD/MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Asunto: DICTÁMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBACIÓN

Título del Proyecto:
"Intervención primaria en conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de secundaria de Hidalgo"
Código asignado por el Comité: CEEI-047-2019

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	No. y/o Fecha Versión	Decisión
Protocolo	Primero	**Aprobado**
Consentimiento informado	Primero	**Aprobado**

Este protocolo tiene vigencia de Enero del 2020 a Julio del 2021.
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN

M.C.Esp. Adrián Moya Escalera
Presidente

Circuito ex-Hacienda La Concepcion s/n Carretera Pachuca Actopan, San Agustin Tlaxiaca, Hidalgo, Mexico C.P. 42160
Teletono 52 (771) 71 720 00 ext 4301, 4303
direccion_icsa@uaeh.edu.mx

Anexo 2. Asentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por ROSA VARGAS ALMENDRA, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. La meta de este estudio es determinar la efectividad de un programa de prevención primaria de conductas alimentarias de riesgo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar algunos cuestionarios, y asistir semanalmente a las sesiones del programa. Se manifiesta que no hay riesgos previstos o molestias para usted como consecuencia de la evaluación o intervención. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a las investigadoras o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y asistir a sesiones semanales, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Psic. Rosa Vargas Almendra al teléfono 5577954964.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Anexo 3. Consentimiento informado

Yo _____mayor de edad, madre/padre del/la menor _____ consiento la participación en el programa de prevención de conductas alimentarias de riesgo de mi hijo/hija de ___ años de edad, llevado a cabo por la Psicóloga Rosa Vargas Almendra.

He sido informado/a que la información aportada a la psicóloga durante el programa será confidencial y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin mi consentimiento expreso. Que he sido informado/a que no hay riesgos previstos o molestias para mi hijo/a como consecuencia de la evaluación o intervención; y que la psicóloga está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para mi hijo(a), terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, la psicóloga estará obligada a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que acepto que como padre/madre seré informado/a de los aspectos relacionados con el proceso y con su evolución, que he sido informado/a y consiento en que mi hijo(a) asista a sesiones semanales durante el periodo de la intervención.

Pachuca, Hgo. a ___ de_____ de _____

_____

Firma del padre o tutor

Anexo 4. Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26)

INSTRUCCIONES: Anota una "X" en el espacio que corresponda a la opción que mejor describa lo que haces o piensas.	**Nunca**	**Casi nunca**	**Algunas veces**	**Bastantes veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Me aterroriza tener sobrepeso						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupa la comida						
4. Me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7.Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej., pan, arroz, papas, etc.)						
8. Siento que los demás preferirían que yo comiera más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me ocupo en buscar estar delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Al comer, tardo más tiempo que las otras personas						
16. Evito comer alimentos que contienen azúcar						
17. Consumo alimentos dietéticos						
18.Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Siento que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando en las comidas						
22. Me siento incómodo(a) después de comer dulces						
23. Hago dietas						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 5. Cuestionario de la Imagen Corporal (BSQ)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?						
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo de engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6. Sentirte lleno(a) después de una gran comida ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Tratas de no correr para evitar que tu carne se mueva?						
9. Estar con personas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?						
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
12. Al fijarte en la figura de otras personas ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnudo(a) (p. ej. cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo(a)?						
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo(a) o redondeado(a)?						
20. ¿Te has sentido acomplejado(a) por tu cuerpo?						
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. ej. por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de control?						

24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras personas sean más delgadas que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado(a)?						
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. ej. sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29. Verte reflejado(a) en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?						
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. ej. en vestidores comunes de piscinas o baños)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado(a)?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?						

Anexo 6. Inventario de Apego para Padres y Pares (IPPA)

Este cuestionario indaga acerca de las relaciones con personas importantes en su vida; su mamá, su papá y sus amigos cercanos. Por favor lea con mucho cuidado las instrucciones de cada una de las partes.

Parte 1.
Algunas de las siguientes oraciones le preguntan por sus sentimientos acerca de su mamá o de la persona que ha actuado como su mamá. Si tiene más de una persona que actúe como su mamá (por ejemplo, madre natural y adoptiva), responda las preguntas pensando en aquella persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted. Por favor lea cada oración y tache el número que indique mejor qué tan cierta es esta frase para usted en este momento.

	Casi nunca o nunca	**No muy**	**Algunas veces es**	**Con frecuencia es**	**Casi siempre o**
1. Mi mamá respeta mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Siento que mi mamá hace un buen trabajo siendo mi mamá.	1	2	3	4	5
3. Quisiera haber tenido una mamá diferente.	1	2	3	4	5
4. Mi mamá me acepta tal como soy.	1	2	3	4	5
5. Me gusta saber la opinión de mi mamá cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
6. Siento que no tiene sentido que mi mamá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
7. Mi mamá sabe cuándo estoy molesto por algo.	1	2	3	4	5
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi mamá sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
9. Mi mamá espera demasiado de mí.	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy con mi mamá me enojo fácilmente.	1	2	3	4	5
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi mamá se entera.	1	2	3	4	5
12. Cuando discutimos sobre algo, mi mamá tiene en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5
13. Mi mamá confía en mi juicio.	1	2	3	4	5
14. Mi mamá tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.	1	2	3	4	5
15. Mi mamá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi mamá sobre mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
17. Siento rabia hacia mi mamá.	1	2	3	4	5

18. Mi mamá no me presta mucha atención.	1	2	3	4	5
19. Mi mamá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	1	2	3	4	5
20. Mi mamá me entiende.	1	2	3	4	5
21. Cuando tengo rabia por algo, mi mamá trata de ser comprensiva.	1	2	3	4	5
22. Yo confío en mi mamá.	1	2	3	4	5
23. Mi mamá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi mamá cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
25. Si mi mamá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	1	2	3	4	5

Parte 2.

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por su papá, o por la persona que ha sido como su papá. Si tiene más de una persona que actúe como su papá (por ejemplo, padre natural o adoptivo), responda las preguntas con respecto a la persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted.

	Casi nunca o nunca	**No muy frecuente-**	**Algunas veces es**	**Con frecuencia es**	**Casi siempre o**
1. Mi papá respeta mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Siento que mi papá hace un buen trabajo siendo mi papá.	1	2	3	4	5
3. Quisiera haber tenido un papá diferente.	1	2	3	4	5
4. Mi papá me acepta tal como soy.	1	2	3	4	5
5. Me gusta saber la opinión de mi papá cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
6. Siento que no tiene sentido que mi papá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
7. Mi papá sabe cuándo estoy molesto por algo.	1	2	3	4	5
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi papá sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
9. Mi papá espera demasiado de mí.	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy con mi papá me enojo fácilmente.	1	2	3	4	5
11. Me siento mal en muchas más ocasiones en las que mi papá se entera.	1	2	3	4	5
12. Cuando discutimos sobre algo, mi papá tiene en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5

13. Mi papá confía en mi juicio.	1	2	3	4	5
14. Mi papá tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.	1	2	3	4	5
15. Mi papá me ayuda a entenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi papá sobre mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
17. Siento rabia hacia mi papá.	1	2	3	4	5
18. Mi papá no me presta mucha atención.	1	2	3	4	5
19. Mi papá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	1	2	3	4	5
20. Mi papá me entiende.	1	2	3	4	5
21. Cuando tengo rabia por algo, mi papá trata de ser comprensivo.	1	2	3	4	5
22. Yo confío en mi papá.	1	2	3	4	5
23. Mi papá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi papá cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
25. Si mi papá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	1	2	3	4	5

Parte 3.

Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por sus amigos cercanos responda las preguntas con respecto a la persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted.

	Casi nunca o nunca	**No muy frecuente-**	**Algunas veces es**	**Con frecuencia es**	**Casi siempre o**
1. Me gusta saber la opinión de mis amigos cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
2. Mis amigos se dan cuenta de que estoy molesto por algo.	1	2	3	4	5
3. Cuando discutimos sobre algo, mis amigos tienen en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5
4. Me siento avergonzado y tonto con mis amigos sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
5. Desearía tener amigos diferentes.	1	2	3	4	5
6 Mis amigos me entienden.	1	2	3	4	5
7. Mis amigos me animan a hablar sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
8. Mis amigos me aceptan tal como soy.	1	2	3	4	5
9.Siento que necesito estar en contacto con mis amigos mucho más seguido.	1	2	3	4	5

10. Mis amigos no entienden por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
11. Me siento solo o aislado cuando estoy con mis amigos.	1	2	3	4	5
12. Mis amigos me escuchan cuando quiero decir algo.	1	2	3	4	5
13. Siento que mis amigos son buenos amigos.	1	2	3	4	5
14. Puedo o me resulta fácil hablar con mis amigos.	1	2	3	4	5
15. Cuando tengo rabia por algo, mis amigos tratan de ser comprensivos.	1	2	3	4	5
16. Mis amigos me ayudan a entenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5
17. Mis amigos se preocupan por cómo me siento.	1	2	3	4	5
18. Siento rabia con mis amigos.	1	2	3	4	5
19. Puedo contar con mis amigos cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
20. Mis amigos me entienden.	1	2	3	4	5
21. Mis amigos respetan mis sentimientos.	1	2	3	4	5
22. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mis amigos se enteran.	1	2	3	4	5
23. Me parece que mis amigos están molestos conmigo sin razón aparente.	1	2	3	4	5
24. Le puedo contar a mis amigos mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
25. Si mis amigos saben que algo me está molestando, me preguntan sobre el tema.	1	2	3	4	5