

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

“Evaluación del Impacto de un Programa de
Prevención Primaria sobre Factores de Riesgo
Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria
(TCA) en Púberes Mujeres de 12 a 14 Años de
Edad de una Secundaria Pública de Pachuca,
Hidalgo”.

T E S I S

Que para obtener el título de
Licenciada en Nutrición

P R E S E N T A

Erika Ortega Aguilar

Bajo la Dirección de:
Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Pachuca, Hgo., Octubre/2008



Dedicatoria

A Dios que en ningún momento dejó de estar conmigo y me permite tocar este sueño.

A mis padres Gregorio y Josefina que con sacrificio y esfuerzo me lograron impulsar para cumplir esta meta que me propuse y que comparto con ellos.

A mis abuelitos por sus oraciones, bendiciones y su ejemplo, con el cual me enseñaron a ser una persona de provecho y llegar hasta donde estoy.

A mis hermanos Edgar e Iván por creer en mí y por su cariño.

A Yael por ser una luz en mi vida.

*Porque con su enseñanza, amor y confianza, fortalecieron mi vida,
¡Muchas Gracias!...*

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a la Dra. Teresita Saucedo Molina, quien con su asesoría, apoyo y consejos logro terminar esta meta, así como a los demás revisores de tesis que enriquecieron este trabajo.

Le agradezco a los directivos de la Escuela Secundaria “Maestros de México” de Pachuca, Hgo. por todas las facilidades que me brindaron para la realización de esta investigación.

Gracias a mi familia que siempre estuvo ahí para darme la mano, aliento, apoyo y motivarme a seguir adelante, así como a mis amigos que cuando me veían en la duda, me daban ese empujoncito extra para avanzar, en especial a Dalila por su apoyo incondicional.

Mil gracias a la UAEH y a los profesores de mi carrera, los cuales son piedra angular en mi vida profesional.

Índice

1. Resumen.....	1
Summary.....	2
2. Marco teórico.....	3
2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	3
2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)	3
2.1.1.1 Criterios de Diagnóstico.....	5
2.1.2 Bulimia Nervosa (BN).....	6
2.1.2.1 Criterios de Diagnóstico.....	7
2.1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE).....	9
2.2 Epidemiología de los TCA	10
2.3 Factores de riesgo asociados a TCA.....	11
2.3.1 Factores Biológicos.....	11
2.3.2 Factores Psicológicos.....	11
2.3.2.1 Insatisfacción de la imagen corporal.....	12
2.3.3 Factores Familiares.....	12
2.3.4 Factores Socioculturales.....	13
2.3.5 Conductas alimentarias de riesgo.....	14
2.3.5.1 Dieta restringida.....	16
2.3.5.2 Tiempos de comida	16
2.3.5.3 Preocupación por el peso y la comida.....	17
2.4 Programas de Prevención Primaria de los TCA.....	17
3. Problema de investigación.....	27
4. Justificación.....	29
5. Objetivos.....	32
5.1 Objetivo General.....	32

5.2 Objetivos Específicos.....	32
6. Metodología.....	33
6.1 Tipo de estudio y diseño.....	33
6.2 Muestra.....	33
6.3 Definición de variables.....	33
6.3.1 Variables Dependientes.....	33
6.3.2 Variable Independiente.....	36
6.4 Instrumento y materiales.....	37
6.5 Procedimiento e integración del grupo control y experimental.....	38
6.6 Análisis de datos.....	39
7. Resultados.....	40
7.1 Descripción de la muestra	40
7.2 Distribución porcentual de las variables.....	41
7.3 Comparación estadística.....	50
8. Discusión y conclusiones.....	57
9. Recomendaciones y limitaciones.....	60
10. Bibliografía.....	61

Anexos

1. Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones anormales en el comportamiento de la ingesta de alimentos, en un intento por controlar el peso y la figura corporal, su base y fundamento se encuentra en una alteración psicológica, afectando principalmente a mujeres púberes y adolescentes, los principales TCA son: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), cuyas características esenciales son el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado (a); en la mayoría de ellos se presenta una distorsión en la percepción de la forma y peso corporales.

Objetivo: Evaluar el impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a TCA en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo.

Metodología: El estudio fue de campo, cuasi-experimental, de tipo semi-longitudinal con un diseño preprueba-posprueba con un grupo control y uno experimental. Los factores de riesgo con los cuales se trabajó fueron: preocupación por el peso y la comida, dieta restringida, tiempos de comida y factores socioculturales (Influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal). Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS, mediante una prueba t-student para muestras independientes y para muestras relacionadas.

Resultados: Se observó una tendencia a disminuir los factores de riesgo en el grupo experimental, aunque no en todos ellos se encontraron diferencias estadísticamente significativas como ocurrió en las variables denominadas cambios físicos durante la pubertad e influencia de la publicidad.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo, prevención primaria, mujeres púberes.

Summary

Eating Disorders are psychological processes characterized by abnormal eating behaviors, with the purpose to control the weight and the body image. They are supported by a psychological alteration, affecting mainly adolescents women, the main Eating Disorders are: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) and -Eating Disorders Not Specified (ENDOS), which essential characteristics are fear to obesity; desire to be thin; distortion about body image and body weight.

Objective: To evaluate the impact of a primary preventive program about risky factors associated to Eating Disorders in a sample of pubescent females from 12 to 14 years old in a public high school of Pachuca, Hidalgo.

Methodology: A field quasi experimental semilongitudinal pretest-posttest, with a control group and one experimental study was carried out. The risky factors worked were: weight and food concern; restrictive dietings, food times, and sociocultural factors (advertising influencesand distress of body image). The data were analyzed with the statistical program SPSS, by test t-student for independent samples and for related samples.

Results: Was observed a tendency to diminish the impact of risky factors in the experimental group, but not in all the risky factors a significant differences was obtained as in the variable physical changes puberty and advertising publicity.

Words key: Eating disorders, risky factors, primary preventive program, pubescent females.

2. Marco teórico

2.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

En el pasado diversos autores tales como Chinchilla (1995) y Kraemer, Stice, Kazdin, Oxford y Kupfer (2001), han sugerido que la preocupación por la delgadez y la presión social percibida predicen el inicio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), dichos conceptos incluyen la realización de dietas restringidas, la atención exagerada del individuo por su peso corporal, las críticas destructivas de los demás dirigidas a la apariencia física o al peso y la idealización de la delgadez como un atributo personal promovido por los valores actuales de la sociedad.

Los TCA son considerados procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones anormales en el comportamiento de la ingesta de alimentos, en un intento por controlar el peso y la figura corporal, cuya base y fundamento de dichos efectos, se encuentra en una alteración psicológica, afectando principalmente a las mujeres y cada vez más jóvenes (Raich, 1994; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006). En la actualidad constituyen un grave problema de salud pública, ya que el 90 por ciento de las personas que afectan estos trastornos son mujeres de 12 a 22 años, cuyos rasgos positivos suelen ser personas inteligentes, creativas, incansables trabajadoras, perfeccionistas y obsesivas por ser las mejores, pero psicológicamente muy complicadas (Rueda-Jaimes, Cadena, Díaz-Martínez, Ortiz, Pinzón y Rodríguez, 2005).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, los principales TCA son: la Anorexia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) y los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995).

2.1.1 Anorexia Nervosa (AN)

El término anorexia proviene del griego *a/an* (negación) más *orégo* (tender, apetecer); consiste en un trastorno que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición (Chaskel, Puerta y Aschner, 1996).

La AN se caracteriza por el temor intenso a aumentar de peso o convertirse en obeso, (éste miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, y de hecho va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo), además de una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se observe obeso aún cuando se encuentre por debajo del peso recomendado. En consecuencia, se inicia una disminución progresiva del peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla, por la práctica de ayunos, dietas estrictas y la reducción de la ingesta total de alimentos. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos (Rodríguez, Fernández, Lalaguna, González y González-Pinto, 2001; March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza y Pellicer, 2006).

La AN afecta sobre todo a las mujeres de 13 a 25 años de edad; en las púberes que ya hayan menstruado se presenta amenorrea, y en las que aún no menstrúan se retrasa el proceso, esto debido a los niveles anormales bajos de estrógenos, y a la disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulantes y leuteinizantes, así mismo su nivel de autoestima llega a depender prácticamente de la forma y peso de su cuerpo. El perder peso es considerado como un logro y signo de alta autodisciplina, el aumento de peso es visto como un fracaso del autocontrol, algunas personas saben y están conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. La persona afectada por AN tiende a negar el problema y se opone a la rehabilitación por miedo a subir de peso (Chaskel et al., 1996; March, 2006).

A menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observa que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le provoca comer tan poco. Es raro que una mujer con AN se queje de pérdida de peso. Por esta razón es importante obtener información de los padres o de otras fuentes

con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad (Chinchilla, 1995).

2.1.1.1 Criterios de Diagnóstico

Las características que definen los criterios empleados para el diagnóstico de la AN pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios para la clasificación y diagnóstico de la AN.	
A.	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. e. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 por ciento del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 por ciento del peso esperable).
B.	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C.	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D.	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).
<u>Especificar el tipo:</u>	
Tipo restrictivo:	
durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. e. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).	
Tipo compulsivo/purgativo:	
durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. e. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).	

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana (APA). 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. 4ª ed. Masson Editores, Barcelona. pp: 553-564.

2.1.2 Bulimia Nervosa (BN)

La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas *bous* (buey) y *limos* (hambre), significando hambre de buey desmesurada (Chaskel et al., 1996). Al igual que la AN representa un severo temor, prácticamente una fobia al sobrepeso, que se manifiesta con un consumo rápido de grandes cantidades de alimento en periodos cortos. Se considera como una conducta alimentaria reactiva a periodos de dietas restrictivas (Gómez-Peresmitré, 1993).

Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos dos veces en la semana durante un periodo de tres meses (Augestad, Saether y Gotestam, 1999). Se define atracón al consumo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comería a lo largo de determinado tiempo, pudiera ser por ansia de comer ciertos alimentos, que por lo regular son ricos en hidratos de carbono y azúcares simples. Un “periodo de corto tiempo” significa aquí un periodo de tiempo limitado generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tienen por que producirse en un mismo lugar; por ejemplo, un individuo puede comenzar en un restaurante y continuar en su casa, se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden ser o no planeados con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento, pueden durar hasta que el individuo ya no resista más, incluso hasta llegar a sentir dolor por la plenitud. No se considera atracón ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día (López y Sallés, 2005; Suárez, 2005).

Los individuos con BN ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin dicho trastorno en una comida, pero la porción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar, se sienten muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas, los estados de ánimo cambiantes y las

relaciones personales estresantes pueden desencadenar este tipo de conducta y suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estados de ánimo depresivos (Ayuso-Gutiérrez, Palazón y Ayuso-Mateos, 1994; Brumberg, 1997).

La provocación del vómito es usado para intentar compensar los atracones, éste método de purga lo emplean el 80 a 90% de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos, ya que tienen la necesidad y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y de diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que constituyen el único método compensatorio utilizado (Chinchilla, 1995; López y Sallés, 2005; Gómez-Peresmitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas y León, 2002).

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días y realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo, el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce en horas poco habituales o en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presenta alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con Diabetes Mellitus y BN pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones (Kraemer et al., 2001; March et al, 2006).

2.1.2.1 Criterios de diagnóstico

Las características que definen los criterios empleados para el diagnóstico de la BN se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios para la clasificación y diagnóstico de la BN.

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. e. en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. e. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo. C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no parece exclusivamente en el transcurso de la AN. <u>Especificar el tipo:</u> Tipo purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
--

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana (APA). 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. 4ª ed. Masson Editores, Barcelona. pp: 553-564.

2.1.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE)

Según la APA (1995), los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE) son formas incompletas que no cumplen todos los criterios clínicos para poder ser diagnosticadas como trastorno de la conducta alimentaria específica (AN o BN), pero que pueden ser igualmente graves y aparatosas, incluso en chicas muy jóvenes.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (autoinducción del vómito, ayuno, exceso de ejercicio).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón, caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN .

Se consideran a estos casos como síndromes parciales, atípicos o subumbrales, dado que se trata de cuadros bien establecidos clínicamente en los que se encuentra una conducta alimentaria alterada, pero sin presentar alguno de los criterios fundamentales de los otros trastornos. Otra posibilidad es que tan solo se trate de síndromes transitorios o que anteceden en tiempo al establecimiento definitivo de un cuadro completo de AN o BN (Suárez, 2005).

2.2 Epidemiología de los TCA

En un principio se señalaba que los TCA eran más frecuentes en los niveles socioculturales medios y altos. Sin embargo, en la actualidad esta tendencia ha desaparecido; por un lado cabe destacar una mayor uniformidad entre las clases sociales y un acceso igualitario hacia los estereotipos culturales en los que el éxito se asocia a un culto a la delgadez y a una figura atractiva (Suárez, 2005).

La Asociación Psiquiátrica Americana reveló en un estudio realizado en 1994 que la prevalencia entre adolescentes mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos de TCA era de 0.5 a 1 por ciento y la posibilidad de desencadenarse en la muerte era mínima, actualmente la AN y la BN se han convertido en la segunda causa de muerte de las adolescentes en el mundo. Lo novedoso de este tema no gira en torno a los trastornos, si no en el incremento que se ha generado en mujeres, hombres y niños (Chinchilla, 1995; Peláez, Labrador y Raich, 2005).

Los trastornos de la alimentación afectan mucho más a la mujer que al varón (entre 6/1 y un 10/1). La prevalencia de la AN, se encuentra entre 0.2 a 0.9 por ciento en mujeres jóvenes, y de 0.3 por ciento en los países occidentales. En mujeres de 10 a 14 años, se observó un aumento en la incidencia por cada década desde los cincuenta. Con respecto a la AN, los informes muestran una mortalidad en los últimos 10 años del 10%; 54% de los sujetos murieron por causas atribuidas a complicaciones del trastorno de alimentación, 27 por ciento por suicidio y 19 por ciento murió por causas desconocidas (Brumberg, 1997).

En España, en los seguimientos a largo plazo (20 años) la mortalidad por la AN llega a ser del 18 por ciento por causas directamente relacionadas con la enfermedad, y un tanto por ciento mas elevado (30-35 por ciento) llegan a la cronificación. En menos del 50 por ciento hay resolución completa del cuadro una vez diagnosticado.

La epidemiología de la BN es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente, por lo que los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y también porque muchos casos pueden

mantenerse ocultos, al no haber compromiso del peso corporal. Su edad de inicio es generalmente más tardía, siendo más frecuente en mujeres de 12 a 18 años. En cuanto a los TANE en adolescentes ocurren en un 5 a 10 por ciento (Peláez et al., 2005).

Para la BN se acepta una valoración pronóstica ligeramente mejor en lo que se refiere a mortalidad pero las tasas de cronicidad llegan al 50 por ciento (March et al., 2006). En México, hoy en día se acepta que la AN afecta al 1 por ciento de la población adolescente y en caso de la BN la proporción se duplica afectando a más del 2%. En los casos de los TANE, afectan hasta el 5 a 10 por ciento de la población (Aguilera y Milián, 2006).

2.3 Factores de riesgo asociados a TCA

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona desarrolle un enfermedad (Facchini, 2006).

La etiología de los TCA es compleja y no está totalmente resuelta, ya que existe una combinación de factores de riesgo tales como:

2.3.1 Factores Biológicos (genéticos y neuroquímicos). Hay estudios que indican que niveles anormales de químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo y comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimentario (Rodríguez et al., 2001).

2.3.2 Factores Psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima). Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos y/o defectivos. No tienen sentido de identidad, por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control (Rodríguez et al., 2001).

2.3.2.1 Insatisfacción de la imagen corporal.

La imagen corporal es la representación del cuerpo (realista o no) que se construye mediante la observación de uno mismo, las reacciones de otros y de la interacción entre actitudes, emociones, fantasías, recuerdos y experiencias. En los TCA se han identificado al menos dos disfunciones de la imagen corporal: una perceptual, que implica la distorsión del tamaño del cuerpo, y otra cognitiva, que implica la evaluación del cuerpo en términos de insatisfacción.

Se sabe que una imagen corporal negativa en la pubertad predice depresión y trastorno alimentario y que tiene sus raíces en la imagen corporal infantil. Sin embargo, la insatisfacción no es suficiente para explicar por qué algunas personas desarrollan el trastorno y otras no, se ha sugerido entonces, que los adolescentes pueden enfocarse en su peso y su figura como una manera de responder a sus problemas de identidad y control, de tal modo que algunas mujeres intentan lograr un cuerpo perfecto, como una meta existencial (como una forma de dar significado y coherencia a sus vidas, como una forma de llenarse emocionalmente), creyendo que así solucionarán su sufrimiento, confusión y falta de adecuación (Facchini, 2006; Escoto y Mancilla, 2007).

2.3.3 Factores Familiares

a) Vida familiar. Algunos aspectos que pueden tener influencia en la aparición de estos trastornos son: familiares de primer grado que presentan TCA, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna, estatus socioeconómico medio-alto (Raich, 1994). Los padres y madres hiperprotectores interfieren negativamente en el desarrollo autónomo de sus hijas, de tal forma que cuando llegue el momento de decidir y actuar, no estarán acostumbradas, dado que siempre lo han tenido todo resuelto (López y Sallés, 2005).

En el polo opuesto, posiciones extremadamente tolerantes y/o emocionalmente distantes de las madres y padres, generan una imagen desestructurada y falta de autoestima en las hijas, porque tienen que hacer frente a situaciones para las que todavía no están preparadas. Si las niñas viven en casa se le inculca una

preocupación exagerada por la imagen corporal, éste es el principal valor que se les está transmitiendo, es muy probable que estos progenitores tengan dificultades para aceptar su propio cuerpo y el de sus hijas, y transmitan poca seguridad en sus relaciones interpersonales. Este clima crea en las niñas un importante miedo a engordar ya que estarán rodeadas de productos “light” y de comentarios críticos sobre los cuerpos de las personas (López y Sallés, 2005).

b) Sobrepeso u obesidad en los padres. Cuando la madre padece sobrepeso u obesidad, trata de proteger a la niña de las circunstancias desagradables que esto provoca, si observan que su hija empieza a tener sobrepeso, entonces otorgan a la comida un valor negativo y la someten a un régimen alimenticio desde muy pequeña (López y Sallés, 2005).

2.3.4 Factores Socioculturales

a) Actividades / profesiones de riesgo. La mayor parte de las gimnastas, estudiantes de danza, deportistas y artistas, se someten a dietas hipocalóricas, actividad física excesiva y exhaustiva, la exhibición pública del cuerpo, una elevada competitividad, incluyendo en ella la estética corporal, los modelos corporales, y alimentarios muy cercano y de dudosa salubridad, el anhelo de la delgadez propio de la población de su edad y sexo.

b) Modelo social e influencia de los medios de comunicación. Es el principal modelo social actual en el que la juventud y la delgadez juegan un papel primordial, gracias a la publicidad y la moda, en conjunto con las actividades o profesiones de riesgo, cuyos mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura y el cuerpo, son emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación (López y Sallés, 2005, Peláez, 2005).

Los anuncios y programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de revistas como de televisión y radio, así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y el control de la obesidad, tienen gran influencia sobre la valoración de la propia imagen y cuando esta autoevaluación provoca incomodidad, insatisfacción y la percepción de “gordura u obesidad”, ello conlleva o bien

directamente a la dieta restringida o a una preocupación por el peso y la comida la que finalmente desembocará en la señalada conducta (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004).

Se ha encontrado que síntomas característicos de los TCA, están altamente asociados a factores socioculturales promovidos por la “cultura de la delgadez” en la que se sobrevalora la esbeltez ya que esta es signo de belleza, poder y éxito tanto profesional como social (Toro, Cervera y Pérez, 1988; Toro, 1989; Martínez, Toro, Salamero, Blecha y Zaragoza, 1993; Martínez, Toro y Salamero, 1996; en Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004).

2.3.5 Conductas alimentarias de riesgo

Se refiere a la presencia de síndromes parciales que puedan posteriormente convertirse en TCA y los sujetos que los presentan, experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado (Gómez-Peresmitré, 1997). Estas conductas hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA.

En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18 por ciento de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la ciudad de México (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2000).

Es durante la pubertad cuando aumenta en las mujeres la grasa subcutánea y se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona, además de que los estrógenos y la progesterona estimulan la creación de un mayor depósito de grasa. Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso, lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones y modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes (Morales y Casanueva, 1995). A todas las edades, las mujeres están insatisfechas con su propio peso y figura corporal, sin embargo, la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos

que aumentan la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da a los rasgos físicos y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

El “ideal de delgadez” tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes que buscan su identidad, en los que suprimen o no reconocen sus propias capacidades y, por lo tanto, no son capaces de expresarlas. Estas personas dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás, por lo que si se desvían de la persecución del ideal de delgadez sobrevalorado por la cultura de los jóvenes, e incluso por su misma familia, puede traer consigo graves crisis y, en casos extremos, forzarlos a someter su cuerpo a condiciones anormales para conseguir dicho ideal (Unikel et al., 2002).

Un aspecto de gran relevancia es la autoestima que se define en términos de la autoevaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o de rechazo; este sentimiento enuncia el grado en que la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa. En suma, la autoestima es un juicio personal que tiene de sí mismo una persona; es una experiencia subjetiva que el individuo manifiesta verbalmente y mediante ciertos rasgos de comportamiento. En los adolescentes la autoestima es un factor relevante en su desarrollo, especialmente en algunos aspectos de su personalidad y su adaptación social y emocional (Renman, Engstrom, Silfverdal, y Aman, 1999; en Aguilar-Ye, Puig-Sosa, Luna, Sánchez, y Rodríguez. 2002).

Dentro de las conductas de riesgo sobresalen las conductas compensatorias y restringidas y una mayor preocupación por el peso y la figura, actitudes que pueden dar pie a TCA. Estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes, muestran que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma se encuentran altamente relacionadas con las conductas de riesgo, particularmente con las conductas compensatorias; de la misma forma, se encontró que estas mujeres tienen a sobrestimar su tamaño corporal, mostrando así una mayor insatisfacción (Unikel,

Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcantar y Hernández, 2000). A continuación se detallan específicamente las conductas de riesgo.

2.3.5.1 Dieta restringida.

Definida como la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, donde el individuo omite el desayuno, comida o cena a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez-Peresmitré y Avila, 1998; Houn y Strong, 1998; en Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004).

Esta conducta proporciona a las jóvenes un sentido de control en la pubertad, período en el cual el sentido de control y la autonomía son sumamente importantes. Este sentimiento de control perpetúa la dieta y mantiene la inanición en la AN y los atracones en la BN. La edad de inicio de las dietas restrictivas varía entre los 9 y los 11 años y sufre un considerable aumento durante la transición hacia la escuela secundaria.

Los intentos por perder peso son una práctica normativa en la población general y aumentan el riesgo de desarrollar actitudes y conductas alimentarias anormales; igualmente, mantienen los TCA, particularmente los atracones. Sin embargo, no todos los que hacen dieta desarrollan un TCA, por lo que se ha sugerido que la restricción alimentaria puede ser una forma de afrontamiento por parte de algunas personas para solucionar sus problemas de identidad y de falta de control personal. La dieta restrictiva incrementa significativamente el riesgo de desarrollar un TCA. Los mecanismos precisos, por medio de los cuales la dieta restrictiva conduce a los individuos vulnerables a desarrollar el trastorno, no han sido bien establecidos, aunque es evidente que sólo una minoría de los que hacen dieta desarrolla un TCA específico (Escoto y Mancilla, 2007).

2.3.5.2 Tiempos de comida.

Se le denomina a la frecuencia con la que los sujetos acostumbran desayunar, comer, cenar y/o realizar sus tres comidas a lo largo del día (Saucedo-Molina, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008).

2.3.5.3 Preocupación por el peso y la comida

Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva con respecto a su peso corporal y los alimentos que ingiere (Acosta, 2000). Cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es alto en la púber, y ella se siente insatisfecha con su imagen corporal o se percibe obesa o está preocupada por el peso y la comida, la conducta esperada será la de restricción de la dieta (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004). Aunque la preocupación moderada por la figura y el peso corporal se encuentra presente de manera generalizada entre las adolescentes, la preocupación extrema es una característica central en el diagnóstico de un TCA (Escoto y Mancilla, 2007).

2.4 Programas de Prevención Primaria de los TCA

Existen tres tipos de prevención: primaria, secundaria, y terciaria. La prevención primaria trata de reducir en la medida de lo posible la prevalencia de la enfermedad, incidiendo en aquellos aspectos que faciliten el desarrollo de la misma. Por otro lado la prevención secundaria se basa en la detección precoz y derivación adecuada para facilitar el inicio de un tratamiento eficaz. Y por último, la prevención terciaria trata de eliminar o reducir posibles complicaciones en el curso de la enfermedad (Soldado, 2006).

La prevención primaria abarca los esfuerzos para atenuar la incidencia de los trastornos alimenticios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma. Además la prevención exige suponer que los factores causales pueden eliminarse o anularse, fortaleciendo al huésped con el fin de protegerlo del impacto de las influencias nocivas (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

Los TCA han cobrado auge en las últimas décadas y quienes favorecen la prevención señalan que los estudios de resultados de tratamientos demuestran que la prevención primaria es el mejor factor de la recuperación y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente muy costosos (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

En la literatura se han presentado debates sobre la edad más adecuada para llevar a cabo un programa preventivo. Algunos investigadores han destacado la importancia de las estrategias preventivas con los alumnos púberes, pues ésta es la edad en la que normalmente empiezan a aparecer las actitudes y conductas alimentarias anormales, pero no basta con dar información, además se deben desarrollar capacidades y habilidades; es decir, darles “poder” para que se defiendan de estos trastornos (Stewart, 2000).

Las mujeres púberes se caracterizan fundamentalmente por una marcada búsqueda de aprobación y de identidad, la cual aunada a una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos, los convierte en un grupo sumamente vulnerable a la influencia de una cultura donde impera el ideal físico de delgadez (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004). Dicha vulnerabilidad, se refiere a la debilidad interna o inseguridad, por estructura personal y escaso desarrollo de los recursos internos generados por situaciones de desfavorabilidad (Gavilán, y Labourdette, 2006).

En las últimas tres décadas del siglo XX, ocurrió un cambio en los países occidentales que esta relacionado con los ideales estéticos del cuerpo. El someterse a dietas y el deseo de ser delgada han alcanzado el estatus de una obsesión cultural, y las principales protagonistas de esta demanda contemporánea son las mujeres, hecho atribuible al importante papel de la apariencia física y la atracción sexual como condiciones para la autoestima y el éxito social de la mujer (Unikel et al., 2002).

Desde la perspectiva de género, los trastornos de la alimentación son la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. Las mujeres y las niñas son motivadas a autoevaluarse en términos de la cantidad de comida que consumen o que se niegan a sí mismas, y adquieren un sentido de justificación moral a través del control físico. Esta actitud se encuentra tan profundamente enraizada en la conciencia social que uno de los principales requisitos para que una mujer sea atractiva o deseada se centra en su habilidad para negarse a sí misma el alimento (Unikel et al., 2002).

La investigación en este campo ha demostrado que no solo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino. La promesa de alcanzar la delgadez y la gran promoción que se hace para alcanzarla, invitan a someterse a dietas, aún a las personas que no tienen sobrepeso. Es importante señalar que la cultura de las dietas se encuentra al alcance de los niños y púberes, a las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez.

La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo y con poca autoestima, de lo que resultan los intentos para bajar de peso. Las consecuencias sociales, como la crítica, contribuyen a desarrollar un malestar subjetivo por la apariencia física, y como los problemas que surgen por la imagen corporal son aspectos integrales de la sintomatología de los TCA. Las mujeres jóvenes se sienten presionadas para que sean delgadas y por lo general hacen dieta en respuesta a las demandas sociales y a los estándares propios de su sexo, de tal forma que alejarse de este patrón de conducta las pone en riesgo de recibir críticas negativas de los demás (Unikel et al., 2002).

Por ello, las medidas de una política de prevención deben incidir en todos y cada uno de los factores que condicionan la aparición de la enfermedad, y sobre todo aquellos que sean comunes a gran parte de la población afectada (Rodríguez et al., 2001). Al respecto se han publicado estudios sobre la evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria, dichos programas se muestran en la Tabla 3, donde en general, se han centrado en primer lugar, en impartir información sobre los trastornos alimentarios y los afectos adversos de las dietas y otras conductas para controlar el peso; y, en segundo lugar, en desarrollar habilidades a fin de resistir las presiones sociales para seguir dietas. Todos los estudios mostraron un incremento de los conocimientos con posterioridad al programa; no obstante, hasta la fecha ninguno pudo demostrar un cambio en las conductas alimentarias después de la intervención. Estos estudios presentan algunas limitaciones, tanto en la metodología de investigación, como en el diseño de los programas (Stewart, 2000).

Como principales debilidades de los programas de prevención actuales están la falta de conocimiento y sensibilización sobre la temática en el ámbito de educación y sanidad. Los representantes de asociaciones resaltan la falta de espacios alternativos de participación para adolescentes, mientras los afectados denuncian una carencia de información objetiva sobre la problemática en los medios de comunicación a la par de la persistencia de un imperativo de la delgadez en las estrategias publicitarias (March et al., 2006).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
Rosen, 1989	Disminuir los intentos para adelgazar.	Desarrollo físico en la adolescencia. Imagen corporal. Modificación del peso. Toma de decisiones guiadas.	Disertaciones, debates, deberes para el hogar. No. de sesiones: 8	100 niños y niñas asignados al azar a grupos de intervención y de control.	Mayores conocimientos. No hubo reducción en la frecuencia de la alimentación anormal.
Pillen et al., 1990	Modificar actitudes alimentarias y prácticas de control del peso perjudiciales en las adolescentes.	Efectos dañinos del control pernicioso del peso. Educación sobre las conductas alimentarias y los ejercicios físicos saludables. Desarrollo de habilidades para resistir las influencias socioculturales.	Presentación de datos mediante diapositivas y relatos, debates, juegos. Ejercicios para el hogar. No. de sesiones: 18	931 niñas de 11 a 13 años asignadas al azar a grupos de intervención y de control.	Mayores conocimientos. Ningún cambio en las conductas/ actitudes alimentarias.
Moriarty et al., 1990	Aumentar los conocimientos y cambiar las actitudes hacia las presiones socioculturales relacionadas con los trastornos alimentarios.	Plan educativo sobre las dietas, los trastornos alimentarios y las influencias socioculturales.	Grupos de debate, juego de roles y deberes para el hogar. No. de sesiones: 15 (niñas), 11 (varones).	315 alumnos de primaria y secundaria (91% en la intervención y 95% en el control).	Mayores conocimientos sobre las dietas y los trastornos alimentarios. Ningún cambio en las conductas y actitudes alimentarias.

Tabla 3. (Continuación).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
Shisslak et al., 1990	Instruir a los estudiantes sobre los trastornos alimentarios.	Descripción de los trastornos alimentarios.	Información sobre los trastornos alimentarios. Servicio de derivación y consulta. Capacitación de los docentes. No. de sesiones: 8	50 alumnos de secundaria en el grupo de intervención y 131 en el de control.	Mayores conocimientos, no se midieron las actitudes y conductas alimentarias.
Moreno y Thelen, 1993	Incrementar los conocimientos, mejorar las actitudes alimentarias y revertir las intenciones de hacer dietas restrictivas.	Descripción de los trastornos alimentarios y sus efectos. Actitudes socioculturales, sugerencias para una alimentación sana y para resistir la presión de los padres para adelgazar.	Vídeo de 6.5 minutos sobre un diálogo entre dos niñas y debate posterior de 30 minutos. No. de sesiones: 1	80 estudiantes de secundaria en el grupo de intervención y 139 en el de control.	Mayores conocimientos. Ninguna diferencia en las actitudes o intención de conducta entre los grupos de intervención y de control.
Paxtón, 1993	Reducir las conductas para bajar de peso en forma moderada y excesiva, la alimentación nociva y la imagen corporal negativa.	Ideas culturales sobre la belleza, factores determinantes de la talla. Métodos saludables y perniciosos para controlar el peso. Alimentación emocional.	Información por escrito presentada por el coordinador. Investigaciones individuales y en pequeños grupos. Debates. No. de sesiones: 5	125 niñas en el grupo de intervención, 34 en el de control. Edad promedio: 14.1 años.	Mayor insatisfacción con el cuerpo en todos los sujetos en el seguimiento a un año. Ningún cambio en las actitudes o conductas alimentarias.
Killen et al., 1993		Alimentación y regulación del peso saludable, promoción de las prácticas de control de peso sanas y resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez.	15 horas de trabajo	931 mujeres con una edad promedio de 12.4 años.	Cambio en el índice de masa corporal en el grupo de alto riesgo.

Tabla 3. (Continuación).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
Neumark-Sztainer et al., 1995		Conductas de control de peso saludables, imagen corporal, causas externas de los TCA y habilidades de resistencia a la presión social.	No. de sesiones: 10	269 mujeres con una edad promedio de 15.3 años.	Evitó el uso de dietas no saludables y conductas de atracón, tuvo efectos moderados en los conocimientos sobre nutrición y comida, aunque la dieta preexistente en los sujetos de estudio no mostró cambios.
Carter et al., 1997		Resistencia a las presiones socioculturales para hacer dieta y tener una figura delgada, la imagen del cuerpo, el autoestima, la regulación del peso corporal, los efectos de las dietas, la alimentación saludable y el desarrollo y características de los TCA.	No. de sesiones: 8 semanales.	46 mujeres de 13 a 14 años.	Cambios en las actitudes y conductas alimentarias.
Mann et al., 1997		Síntomas, consecuencias y prevalencia de los TCA.	Dos personas con historia de TCA brindaron información personal del trastorno. No. de sesiones: 1 de 90 minutos.	113 estudiantes con una edad promedio de 17.9 años.	Encontraron más síntomas de TCA en el grupo expuesto al programa con relación al grupo control.

Tabla 3. (Continuación).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
Buddeberg-Fisher et al., 1998		Ideales establecidos socioculturalmente, diferencias de género en la maduración, aspectos psicológicos y biológicos de la adolescencia, aspectos sociales de la alimentación, síntomas psicósomáticos y trastornos como signos de desajuste a las demandas del desarrollo, identificación, evaluación y opciones de terapia para las personas con TCA.	Los participantes que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 10 en el Test de Actitudes Alimentarias ([EAT-26] Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982), fueron considerados en alto riesgo de desarrollar un TCA y sometidos a una intervención. No. de sesiones: 3 de 90 minutos cada una.	314 personas de ambos sexos, con edad promedio de 16.1 años. considerados en alto riesgo de desarrollar un TCA.	Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental después de aplicar el programa de prevención, sin embargo, se observaron cambios positivos en el subgrupo de alto riesgo en relación con el grupo control, tanto en síntomas físicos como psicológicos.
Smolak et al., 1998		La pirámide alimentaria, el control de peso y el ejercicio saludable, la diversidad de figuras corporales y la evaluación crítica del ideal de delgadez y los medios.	No. de sesiones: 10	120 niñas y 102 niños de 10 años de edad	Se obtuvieron cambios en los conocimientos sobre los efectos de las dietas y las actitudes hacia la gente con sobrepeso.
Martz y Bazzini, 1999		Causas de los TCA, conductas de control de peso saludable y lugares para recibir tratamiento.	No. de sesiones: 1	114 mujeres y 137 hombres con una edad promedio de 19 años.	No encontraron cambios en las conductas ni en las actitudes de los participantes.
Santonastaso et al., 1999			Se utilizó el punto de corte del Test de Actitudes Alimentarias ([EAT-40] Garner & Garfinkel, 1979), a la puntuación igual o mayor a 30, se les ubicó en el grupo de alto riesgo.	265 mujeres adolescentes de 16 años de edad.	Cambios en la insatisfacción corporal al año de seguimiento en los sujetos de riesgo bajo, aunque el grupo de alto riesgo no mostró cambios en comparación con los sujetos control. Contrariamente a lo esperado, se observaron cambios en las actitudes bulímicas sólo en el grupo de bajo riesgo.

Tabla 3. (Continuación).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
O'Dea y Abraham, 2000		Estrés, estereotipos en nuestra sociedad, autoevaluación positiva, involucramiento de otros significativos, habilidades para relacionarse y habilidades de comunicación.	No. de sesiones: 10	295 mujeres y 170 hombres con una edad promedio de 12.9 años.	Cambios sobre la insatisfacción corporal, que se mantuvieron a lo largo del tiempo en el grupo de alto riesgo, pero no en la muestra total.
Heinze et al., 2000		El vídeo contenía temas como imagen corporal y sus determinantes, teoría del punto de equilibrio, influencias socioculturales en la idealización de la delgadez, efectos de las dietas extremas, hábitos de alimentación y ejercicio saludable.	Proyectaron un vídeo de 24 minutos	103 mujeres de entre 12 y 15 años de edad.	Se encontraron cambios en los conocimientos y en las actitudes de las participantes.
Dalle-Grave et al., 2001		Las presiones socioculturales para la delgadez, distorsiones cognitivas, efectos de las dietas y los TCA, reducción de la importancia del peso y la figura, aceptación de los cambios biológicos de la pubertad y estilo de vida saludable.		61 niñas y 45 niños con una edad promedio de 11.6 años.	Cambios en los conocimientos y en las actitudes de las participantes.
Stewart et al., 2001		La resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez, los determinantes del peso corporal, el aumento de autoestima, las consecuencias de los TCA, el manejo del estrés, conductas de control de peso saludable y aceptación del cuerpo.	No. de sesiones: 5	752 mujeres de 13 a 14 años de edad.	Reducción en la restricción alimentaria y en las actitudes hacia la figura y el peso en el grupo expuesto al programa, mientras que no se observaron cambios en el grupo control.

Tabla 3. (Continuación).

Tabla 3. Evaluación del éxito de los programas escolares de prevención primaria en TCA.					
Autores	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Sujetos	Evaluación
McVey y Davis, 2002		La promoción del pensamiento crítico hacia los medios, la aceptación del cuerpo, las conductas de control de peso saludable e información relacionada con los determinantes del índice de masa corporal (IMC).	No. de sesiones: 5	263 niñas de 10.9 años de edad promedio	No encontraron cambios en las actitudes y conductas de los participantes.
Steiner-Adair et al., 2002		Cambios durante la pubertad, mitos sobre el cuerpo y las dietas, auto evaluaciones positivas, alfabetización de los medios, bases de nutrición y habilidades de afrontamiento.	No. de sesiones: 12	411 adolescentes con una edad promedio de 12.5 años	Cambios en los conocimientos y actitudes de las participantes.
McVey et al., 2004		La influencia de los medios en la imagen corporal; las formas para disminuir la importancia de la apariencia física en la autovaloración; la aceptación y conciencia de las diferencias individuales y tamaños corporales; la alimentación saludable y vida activa; el manejo del estrés para la solución de problemas y estrategias de solución de problemas con los compañeros.	No. de sesiones: 5	258 niñas de 11.8 años de edad promedio	No se produjeron cambios en las actitudes ni en las conductas de las participantes.

Fuente: Stewart, A. 2000. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: La Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un enfoque multidisciplinar. (ed) Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (compiladores). Editorial Granica, España. pp: 131-171; Escoto, P. de L. M. C., y Mancilla, D. J. M. 2007. Programa preventivo para trastornos del comportamiento alimentario en. En: Intervención psicológica para adolescentes. (ed) M. R. Ríos (compilador). Psicom Editores, Colombia.

Por lo que en las intervenciones preventivas es conveniente utilizar un modelo cognitivo-conductual, ya que es clave reforzar sobre los errores cognocitivos y conductuales en relación al peso, la imagen corporal y el miedo a ganar peso (Rodríguez et al., 2001), así como motivar a los púberes fomentando un espíritu crítico respecto a la alimentación, la cultura de la delgadez y los mensajes publicitarios. También hay que ser muy prudentes a la hora de hablar de nutrición y temas relacionados, como dietas y conductas alimentarias anormales, para no volverlas más vulnerables y no lleguen a la práctica de dichas conductas. Si las púberes reciben ésta clase de información junto con datos de los trastornos alimentarios, el resultado final tal vez sea potencialmente negativo y contraproducente (Stewart, 2000; Soldado, 2006).

3. Problema de investigación

El tema de los trastornos alimentarios genera muchas interrogantes, debido a que en algunas ocasiones se pueden confundir con un estilo de vida saludable, por moda, belleza, salud y estética, casos que se reflejan en diferentes profesiones como la actuación, modelaje, ballet y la práctica de deportes (Stewart, 2000).

La información que posee la población general sobre TCA es insuficiente e inadecuada, ya que existe una incorrecta transmisión principalmente por parte de los medios de comunicación y existe escasa formación de profesionales en conexión con grupos de riesgo (deportivos, diseñadores de moda, bailarines, entre otros). De acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud en los últimos 10 años, en México se han contabilizado más de un millón de casos de trastornos alimentarios y la cifra va en aumento. De este total hasta el 3% fallecen por desnutrición, el 57 por ciento nunca se cura y convierte ésta enfermedad en un padecimiento crónico. En cuanto al tratamiento de los TCA es caro al ser multidisciplinario y de largo plazo, ya que debe incluir atención médica, psicológica, psiquiátrica y nutricional, según Iñárritu Pérez, profesora de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Entre 5 y 10 por ciento de las personas con TCA en el mundo mueren a consecuencia de alteraciones electrolíticas graves, infecciones, complicaciones gastrointestinales y desnutrición extrema, además del suicidio, indican datos del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM. De acuerdo con la misma fuente, las tasas de recuperación de las personas con este mal van de 40 a 70%, después de dos a cinco años de tratamiento. De hecho, las complicaciones médicas que ocasiona son potencialmente irreversibles, como retardo en el crecimiento y en el desarrollo puberal, inadecuada adquisición del pico de masa ósea máxima y riesgo de padecer osteoporosis (Olvera, 2007).

En un estudio realizado en púberes mujeres de 11 a 15 años de edad en Pachuca, Hidalgo, México, se encontró que el 57 por ciento está insatisfecha con su imagen corporal, y el 18.6 por ciento muchas veces y siempre demuestra malestar con su imagen corporal, el 10.9 por ciento se encuentra influenciada por la publicidad y el

37.2 por ciento omite tiempos de comida, principalmente la cena (26 por ciento). De igual manera, en esta misma muestra se encontró que las púberes con sobrepeso y obesidad son las que perciben mayor influencia de la publicidad, de productos para adelgazar y de conversaciones sobre el control de la obesidad (19.2 por ciento y 22.4 por ciento respectivamente); mayor malestar con la imagen corporal (28.9 por ciento y 32.1 por ciento respectivamente); y omiten con mayor frecuencia sus tiempos de comida (18.6 por ciento y 18.4 por ciento respectivamente). De manera interesante la insatisfacción con la imagen corporal en el sentido de querer ser más delgadas está presente tanto en púberes de bajo peso (7.5 por ciento), y de peso normal (32.1 por ciento), como en las de sobrepeso (81.4 por ciento) y obesidad (82.5 por ciento) (Escamilla, 2006).

Dadas estas circunstancias en el presente estudio se planteó como pregunta: ¿Cuál será el impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo?.

4. Justificación

Los TCA constituyen en la actualidad un problema de salud pública que van en aumento y hoy en día, son la tercera enfermedad crónica más común entre las adolescentes a nivel mundial. En la etiopatogenia de estas enfermedades, están involucrados múltiples factores de riesgo, como biológicos, psicológicos, familiares, socioculturales y conductas de riesgo (Stewart, 2000; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina-Mora Icaza, 2006).

Gómez Pérez-Mitré, Profesora Investigador de la Facultad de Psicología de la UNAM, ha señalado que las personas pueden presentar actitudes negativas hacia la obesidad y la comida, dietas restringidas, lipofobia o temor a engordar en las diferentes etapas de su vida. Existen casos de menores de 13 años con trastornos alimentarios; sin embargo el país no cuenta con hospitales públicos que den atención a menores de edad con éste tipo de problema. En la actualidad los TCA se presentan en personas de todos los estratos y se dice que estos problemas son de contagio social, pues se difunde y promueve un estereotipo de mujer delgada y alta que se asocia con cualidades como control, éxito e inteligencia. Sin embargo, genéticamente las mujeres mexicanas no son así y las púberes buscan cómo tener una figura considerada socialmente atractiva (Olvera, 2007).

Los conocimientos de los púberes sobre la nutrición adecuada o los cambios corporales durante la pubertad son increíblemente escasos. Es posible que esta carencia les produzca temor, falsas concepciones e ilusiones cognitivas, las que quizás les hagan adoptar una dieta u otras conductas alimentarias peligrosas, se cree que es conveniente motivar a los estudiantes a desempeñar un papel activo en la crítica de la alimentación, la cultura de la delgadez y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios (Borresen y Rosenvinge, 2000).

Con base en todo lo anterior se decidió trabajar en la presente investigación con los factores de riesgo: dieta restringida, conducta alimentaria normal, eliminación de tiempos de comida, preocupación por el peso y la comida y factores socioculturales.

Las estrategias preventivas con las púberes son de gran importancia pues ésta es la edad en la que normalmente empiezan a aparecer las actitudes y conductas alimentarias anormales (Stewart, 2000), razón por la cual se ha elegido a una secundaria, el que ésta sea pública se debe a que los TCA se presentan en cualquier nivel socioeconómico y la mayoría de las púberes no tienen acceso a ésta información, sin embargo pudieran verse afectadas y no todas cuentan con recursos económicos suficientes, pues pueden presentar un curso crónico durante muchos años, con una alta tasa de recaídas, ocasionando un largo y prolongado sufrimiento que provoca tanto un deterioro somático como psicosocial por lo que el tratamiento debe ser multidisciplinario y el costo monetario es muy elevado (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

Por tales razones se realizó una intervención como medida de prevención primaria a través de técnicas dinámicas y participativas, como facilitadoras del abordaje de temáticas como: terminología nutricional, los nutrimentos, el plato del bien comer, nutrición y crecimiento en la pubertad, imagen corporal, medios de comunicación e influencia de la publicidad, ¿Qué significa ser delgada? y autoestima (Ver anexo 1).

Las principales debilidades de programas de prevención y tratamiento actuales son la falta de conocimiento y sensibilización sobre la temática en el ámbito de educación, información objetiva sobre la problemática en los medios de comunicación, a la par de la persistencia de un imperativo de la delgadez en las estrategias publicitarias, además de causar actitudes de imitación en la población escolar (Behar, 1998; March et al., 2006), así mismo, cuentan con limitaciones, tanto respecto a la metodología de investigación como del diseño de los programas (Stewart, 2000).

Los programas de prevención primaria resultan económicos y eficaces porque presentan intervenciones de bajo nivel con capacidad de llegar a un gran número de individuos. Para que las intervenciones preventivas sean provechosas será necesario dirigir los esfuerzos hacia una mejor comprensión de los factores de riesgo más potentes que pueden modificarse. No basta con dar información a las púberes,

además se deben desarrollar capacidades y habilidades para que se defiendan de estos trastornos (Olvera, 2007).

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Evaluar el impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a TCA en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo.

5.2 Objetivos Específicos

- Disminuir la preocupación por el peso y la figura.
- Disminuir la insatisfacción de la imagen corporal y el peso.
- Aumentar el seguimiento de la conducta alimentaria normal.
- Disminuir la práctica de dietas restringidas.
- Fortalecer el criterio ante los medios de comunicación y la publicidad.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio y diseño. El estudio fue de campo, cuasi experimental, de tipo semilongitudinal con un diseño preprueba-posprueba con un grupo control y uno experimental.

6.2 Muestra. Se trabajó con una muestra a conveniencia integrada por una n=46 púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de segundo grado de una Escuela Secundaria de Pachuca, Hidalgo, sin embargo, según los criterios de inclusión y exclusión, el total de la muestra se redujo a n=28 sujetos. Respetando el grupo escolar al que pertenecían, la muestra se dividió en dos grupos, resultando 14 púberes en el grupo control y 14 púberes en el grupo experimental

*Criterios de Inclusión:

- Mujeres inscritas en el segundo grado del ciclo escolar agosto 2007 – julio 2008.
- Mujeres de 12 a 14 años de edad.
- Mujeres que asistan a las nueve sesiones del programa.
- Mujeres que contesten completa la preprueba y la posprueba.

*Criterios de Exclusión:

- Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión.

6.3 Definición de variables:

6.3.1 Variables Dependientes:

Alimentación correcta

Definición conceptual: “A la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve e los niños y en las niñas el crecimiento y desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades” (NOM-043-SSA2-2005, p.3).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través de preguntas (ver apéndice 1) incluidas en la primera sección del instrumento específico para este programa y diseñadas para este tipo de población a partir de revisión bibliográfica y

experiencia adquirida durante la carrera de nutrición. Las respuestas fueron valoradas en una escala de uno a tres, donde 1= correcto; 2 y 3= incorrecto, posteriormente se obtuvo la media de los aciertos, en el grupo control fue de $\bar{X}=16$ de tal modo que eran necesarios más de 16 para considerar a las participantes con una calificación aprobatoria y 16 aciertos o menos para una reprobatoria, igualmente en el grupo experimental, con una $\bar{X}=15$ donde más de 15 aciertos se consideró una calificación aprobatoria y 15 aciertos o menos para una reprobatoria.

Hábitos alimentarios

Definición conceptual: “Al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada” (NOM-043-SSA2-2005, p. 4).

Definición operacional: Dicha variable fue evaluada a través de preguntas (ver apéndice 1) incluidas en la primera sección del instrumento específico para este programa y diseñadas para este tipo de población a partir de revisión bibliográfica y experiencia adquirida durante la carrera de nutrición. Las respuestas fueron valoradas en una escala de uno a tres, donde 1= correcto; 2 y 3= incorrecto, posteriormente se obtuvo la media de los aciertos, en el grupo control fue de $\bar{X}=17$ de tal modo que eran necesarios más de 17 para considerar a las participantes con una calificación aprobatoria y 17 aciertos o menos para una reprobatoria, igualmente en el grupo experimental, con una $\bar{X}=16$ donde más de 16 aciertos se consideró una calificación aprobatoria y 16 aciertos o menos para una reprobatoria.

Cambios físicos durante la pubertad

Definición conceptual: “Brote o externalización somática del desarrollo, lo que acarrea ajustes en la personalidad, el carácter, la autopercepción, y el autoconcepto (cambios psicológicos)” (Chapa, 2005, p. 117).

Definición operacional: Esta variable fue evaluada a través de preguntas (ver apéndice 1) incluidas en la primera sección del instrumento específico para este programa y diseñadas para este tipo de población a partir de revisión bibliográfica y

experiencia adquirida durante la carrera de nutrición. Las respuestas fueron valoradas en una escala de uno a tres, donde 1= correcto; 2 y 3= incorrecto, posteriormente se obtuvo la media de los aciertos, tanto en el grupo control como el experimental fue de $\bar{X}=9$ de tal modo que eran necesarios más de 9 para considerar a las participantes con una calificación aprobatoria y 9 aciertos o menos para una reprobatoria.

*Las siguientes variables dependientes se definen operacionalmente al final de ellas.

Conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual: “Presencia de síndromes parciales que puedan posteriormente convertirse en TCA y que los sujetos que los presenten, experimenten manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impidan un funcionamiento adecuado” (Gómez-Peresmitré, 1997, p. 34).

Dieta restringida

Definición conceptual: “Tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, donde el individuo omite el desayuno, comida o cena a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal” (Gómez-Peresmitré y Avila, 1998; Houn y Strong, 1998; en Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004, p.71).

Tiempos de comida

Definición conceptual: “Frecuencia con la que los sujetos acostumbran desayunar, comer, cenar y/o realizar sus tres comidas a lo largo del día” (Saucedo-Molina et. al., 2008)

Preocupación por el peso y la comida

Definición conceptual: “Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva con respecto a su peso corporal y los alimentos que ingiere”(Acosta, 2000, p. 30).

Factores socioculturales

Malestar con la imagen corporal

Definición conceptual: “Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación y de los pares, que promueven estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littlton y Ollendick, 2003, p. 55).

Influencia de la publicidad

Definición conceptual: “Mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura y el cuerpo, emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación” (Ritter, 1998, en Escamilla, 2006, p.31).

Definición operacional: Todos estos factores de riesgo fueron evaluados a través de un instrumento diseñado y validado por Saucedo-Molina (2003), que se encuentra incluido en la segunda sección del instrumento de ésta investigación. Las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro categorías: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3) y siempre (4). Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas, a excepción de la variable tiempos de comida, ya que en ésta, a mayor puntuación, es menor el problema.

6.3.2 Variable Independiente

Programa de prevención primaria

Definición Conceptual: “Conjunto de estrategias o medidas dirigidas a la población en general y que intenta evitar el desarrollo de síntomas en sujetos no sintomáticos, incidiendo en los factores que condicionan su aparición y mantenimiento” (Rodríguez et. al., 2001, p.34; WHO, 1997, en Escoto y Mancilla, 2007).

Los contenidos del programa de prevención primaria durante las nueve sesiones se encuentran en el anexo 1.

Definición operacional: El impacto del programa de prevención primaria se evaluó por medio de la relación de la preprueba y la posprueba, cuyas variables e indicadores se obtuvieron por medio de revisión bibliográfica y experiencia adquirida durante la

carrera de nutrición además de la sección del instrumento validado por Saucedo-Molina (2003), en su versión para púberes mujeres.

6.4 Instrumento y materiales. Para evaluar el impacto del programa de prevención primaria se utilizó un instrumento específico para el mismo, diseñado para este tipo de población, el cual se aplicó antes y después de la intervención, dicho instrumento consta de 44 preguntas de opción múltiple, distribuidas en dos secciones, la primera de ellas se elaboró a partir de revisión bibliográfica y experiencia adquirida durante la carrera de nutrición y la segunda sección fue parte de un instrumento diseñado, validado y confiabilizado por Saucedo-Molina (2003) que consta de 6 factores, de los cuales solo fueron retomados 4 para esta investigación. Dicho instrumento alcanzó un alfa de cronbach =0.89 y explicó el 51 por ciento de la varianza. El factor 1 alcanzó un alfa de cronbach =0.86 y explicó el 12.39 por ciento de la varianza, el factor 2 de 0.68 y explicó el 8.73 por ciento de la varianza, el factor 5 de 0.66 y explicó el 6.53 por ciento de la varianza, el factor 6 de 0.64 y explicó el 6.36 por ciento de la varianza (ver anexo 2).

Materiales didácticos

Para que el proceso de enseñanza-aprendizaje tuviera lugar se realizaron actividades dinámicas y participativas que incluyeron exposiciones y explicaciones, debates, juegos y ejercicios prácticos, para ello se emplearon diversos materiales didácticos como: modelos de alimentos, carteles, posters, diapositivas, todo esto diseñado específicamente para el programa. A las participantes se les proporcionaron artículos de papelería y material de trabajo como: plumas, lápices, lápices de colores, pegamento, cartulinas, hojas blancas y de colores, revistas e ilustraciones, etc.

Los escenarios donde se efectuaron las diferentes actividades fueron el salón de usos múltiples y la sala audiovisual del mismo plantel educativo. De forma motivacional, se llevaron a cabo un conjunto de rifas de artículos alusivos al programa de prevención, de tal modo que por un lado, resulten de utilidad a las

púberes y por el otro refuercen los conocimientos y la modificación de las conductas alimentarias.

6.5 Procedimiento e integración del grupo control y experimental. Se acudió a una Escuela Secundaria de Pachuca, Hidalgo y se aplicó el instrumento y programa solo a alumnas del segundo grado por políticas de la institución, con previa autorización de los directivos, en el espacio físico, día y horario indicados por los mismos, durante nueve sesiones, una hora por semana tanto al grupo control como al grupo experimental.

El primer grupo (experimental) estuvo conformado por un segundo grado, el cual recibió orientación alimentaria con base a la NOM-043-SSA-2005, y diversa bibliografía con temas relacionados con:

- Terminología nutricional
- Los nutrimentos
- El plato del bien comer
- Nutrición y crecimiento en la pubertad
- Imagen corporal
- Medios de Comunicación e influencia de la publicidad
- ¿Qué significa ser delgada?
- Autoestima.

El grupo control fue integrado por otro grupo de segundo grado, el cual sólo recibió orientación alimentaria con base a la NOM-043-SSA-2005, cuyos temas fueron:

- Terminología nutricional
- Los nutrimentos
- El plato del bien comer

En cada sesión se realizó un ejercicio con el cual se reforzaba y verificaba que las participantes entendieran sobre el tema visto, dichos ejercicios fueron escritos (crucigramas y sopa de letras), y se realizaron actividades dinámicas (crítica de la publicidad y juegos). Ambos grupos (control y experimental), presentaron en la última

parte del programa, una exposición dirigida a los padres de las participantes, de los directivos y docentes, resumiendo en ella lo aprendido durante la intervención. El grupo control, solo se encargó de explicar la parte de orientación alimentaria, mientras que el experimental trató temas sobre autoestima e hizo hincapié sobre la influencia de los medios de comunicación y la publicidad que se vive actualmente en nuestro país, así como de la actitud que hoy en día las púberes deben de adoptar para no verse influenciadas por dichos factores socioculturales.

6.6 Análisis de datos. El análisis de los datos se llevó a cabo empleando el paquete estadístico SPSS en su versión 15 para Windows.

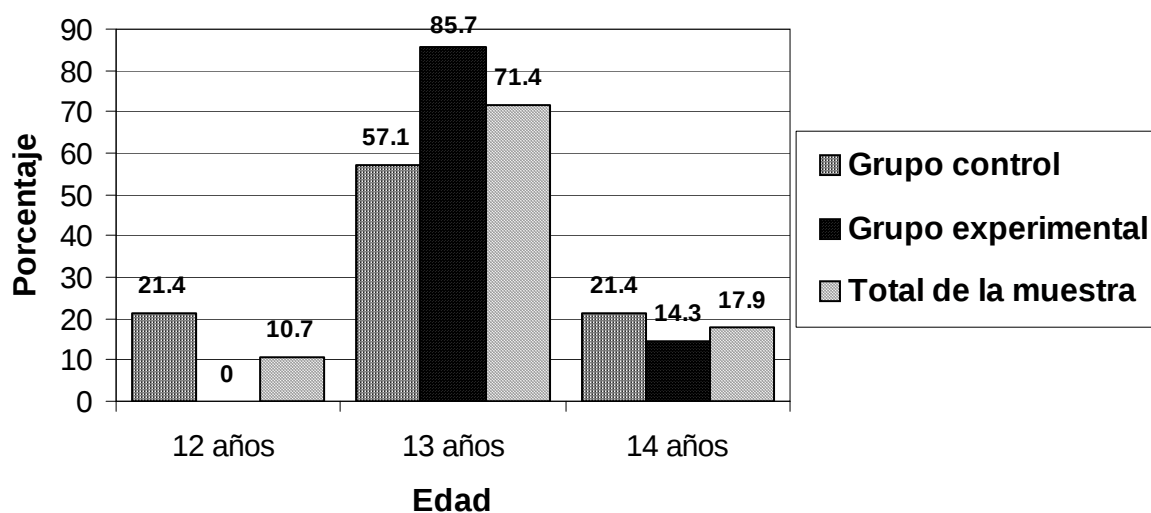
Los estadísticos para la descripción de la muestra fueron: Porcentajes, Medias ($\bar{X}$) y Desviaciones Estándar (DE). Las pruebas estadísticas que se utilizaron para el análisis inferencial de los datos fueron: una prueba t-student para muestras independientes y para muestras relacionadas.

7. Resultados

Descripción de la muestra.

Para la presente investigación la muestra total fue de $n=28$ sujetos cuya media de edad fue de 13.07 años ($DE \pm 0.363$). En el grupo control hubo 14 púberes con una media de edad de 13 años ($DE \pm 0.679$) y 14 púberes en el grupo experimental con una media de edad de 13.14 años ($DE \pm 0.363$). La distribución porcentual final por edad y grupo se encuentra en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución porcentual final por edad y grupo.



Distribución porcentual de las variables

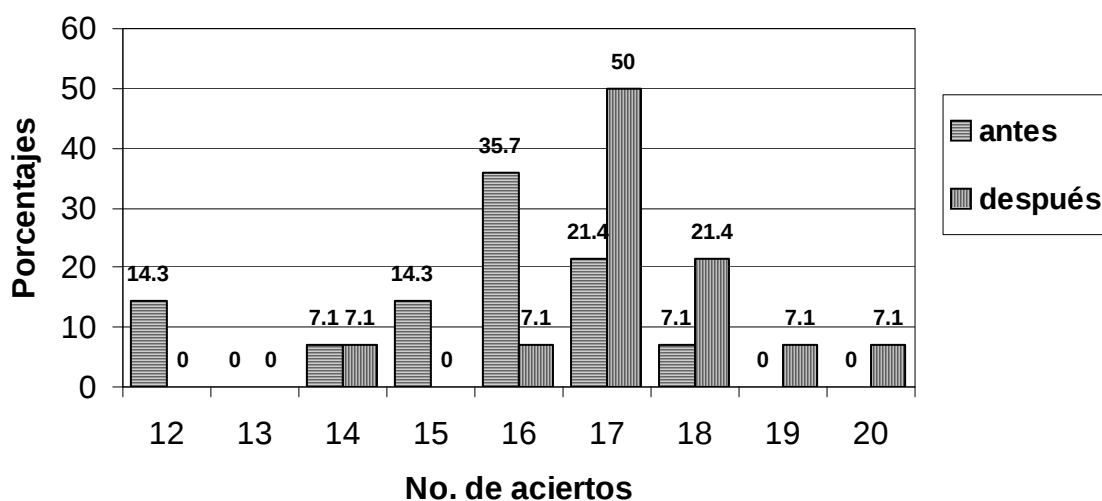
Grupo control

Alimentación correcta

En esta variable se obtuvo una $\bar{X}=16$ de tal modo que eran necesarios más de 16 para considerar a las participantes con una calificación aprobatoria y 16 aciertos o menos para una reprobatoria.

Se observó que el 71.4% de la muestra respondió 16 aciertos o menos y 28.5% más de 16 aciertos al inicio de la intervención, después de la misma, disminuyó a 14.2% las que respondieron 16 aciertos o menos y 85.6% más de 16 aciertos, por lo que aumentó considerablemente el porcentaje de participantes aprobadas (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual de la variable Alimentación correcta, antes y después de la intervención.



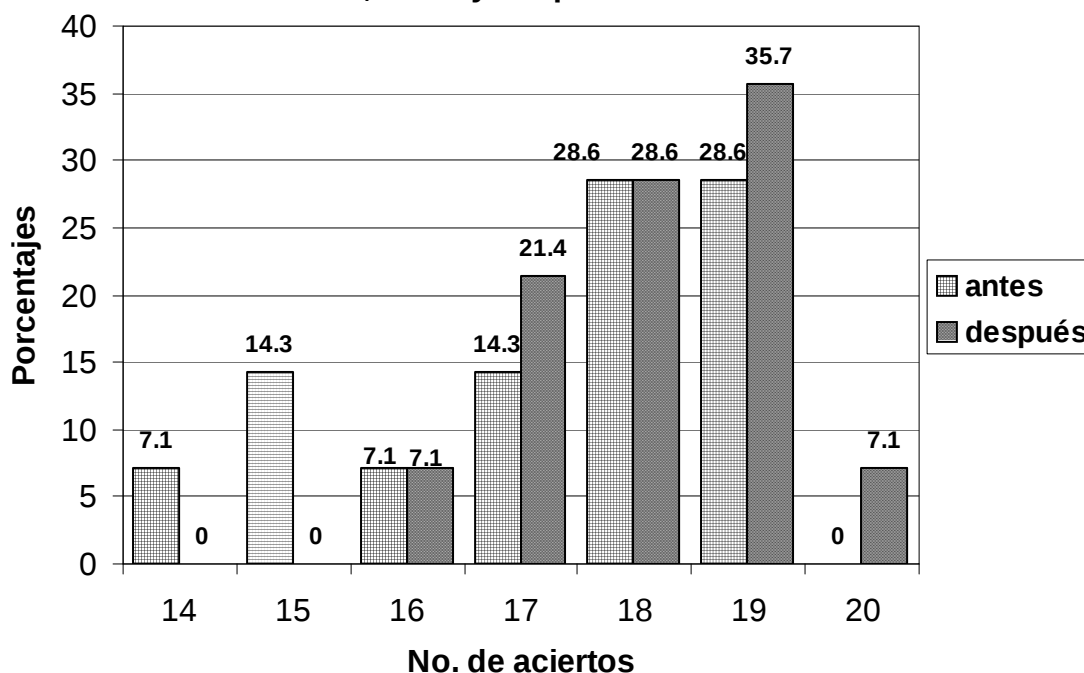
Hábitos alimentarios

Con respecto a ésta variable la $\bar{X}=17$ por lo que más de 17 aciertos eran considerados para obtener una calificación aprobatoria y 17 aciertos o menos para una reprobatoria.

Los resultados arrojados muestran que el 42% respondió 17 aciertos o menos y 57.2% más de 17 aciertos al inicio de la intervención, después de la misma,

disminuyó a 28.5% las que respondieron 17 aciertos o menos y 71.4% más de 17 aciertos, por lo que aumentó el porcentaje de participantes aprobadas (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual de la variable Hábitos alimentarios, antes y después de la intervención.

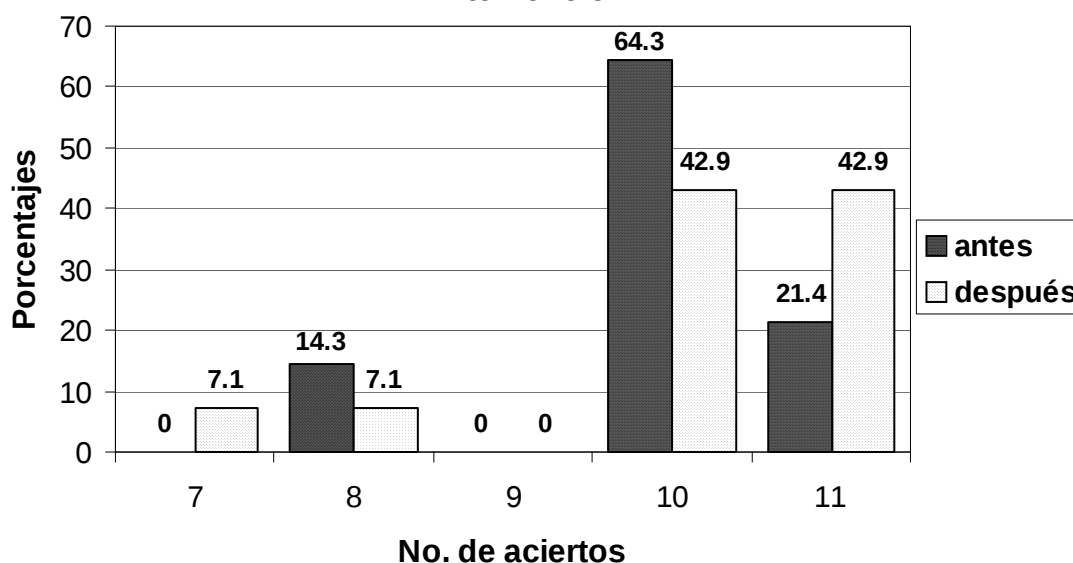


Cambios físicos durante la pubertad

En relación a ésta variable se obtuvo una media de 9 aciertos, de tal modo que más de 9 aciertos eran considerados para obtener una calificación aprobatoria y 9 aciertos o menos para una reprobatoria.

Tomando en cuenta que a este grupo no se le impartió esta temática, se puede observar un ligero cambio en los porcentajes; el 14.3% respondió 9 aciertos o menos y 85.7% más de 9 aciertos al inicio de la intervención, después de ella disminuyó a 14.2% las que respondieron 9 aciertos o menos y 85.8% más de 9 aciertos (ver gráfica 4).

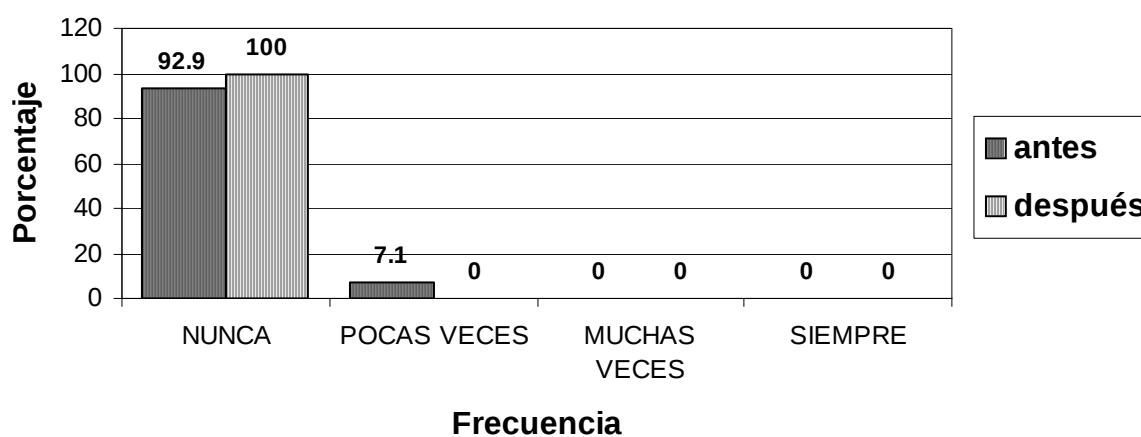
Gráfica 4. Distribución porcentual de la variable Cambios físicos durante la pubertad, antes y después de la intervención.



Dieta restringida

En esta variable, se observaron cambios antes y después de la intervención ya que aumentó el porcentaje en cuanto a la categoría nunca; de 92.9% al inicio y 100% al final (ver gráfica 5).

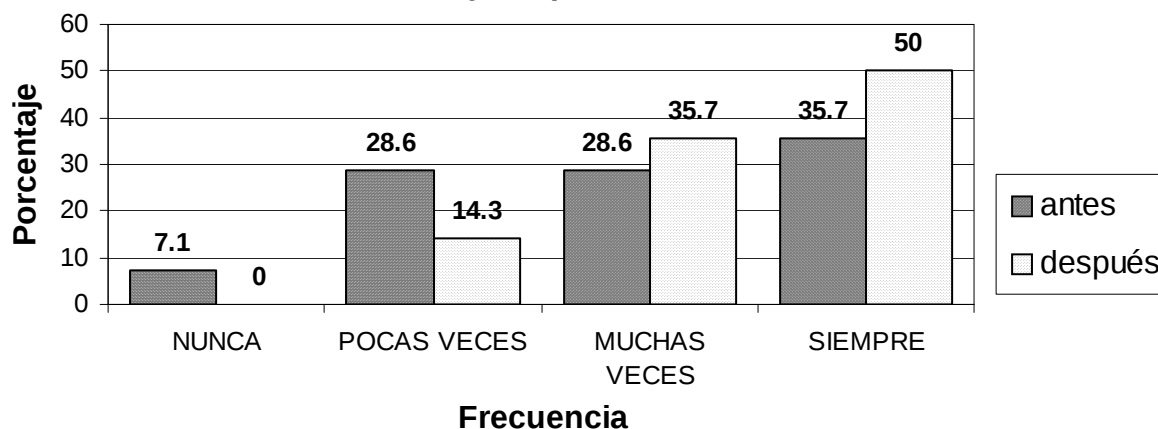
Gráfica 5. Distribución porcentual de la variable Dieta restringida, antes y después de la intervención.



Tiempos de comida

De acuerdo a las respuestas a esta variable en las categorías muchas veces y siempre se logró aumentar el porcentaje, ya que al iniciar fue de 28.6% y 35.7% y al finalizarla de 35.7% y 50% respectivamente (ver gráfica 6).

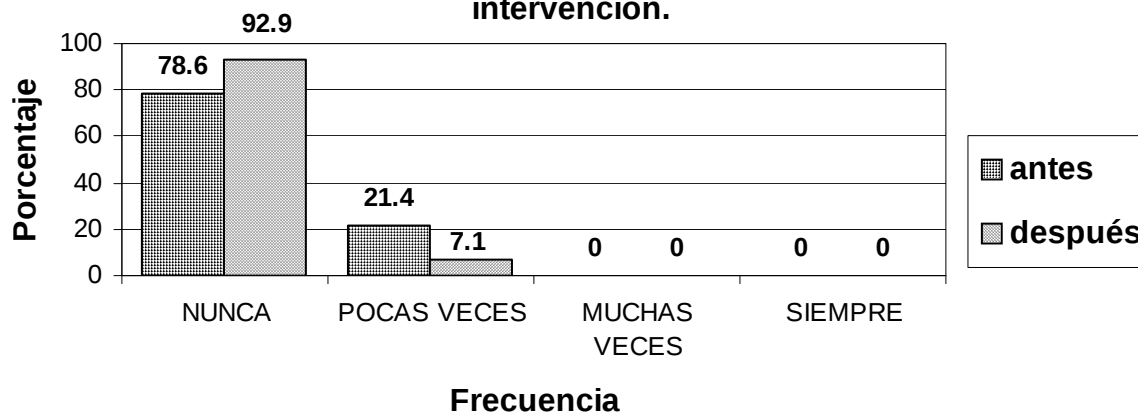
Gráfica 6. Distribución porcentual de la variable Tiempos de comida, antes y después de la intervención.



Preocupación por el peso y la comida

Con respecto a esta variable se muestra que hubo un aumento en el porcentaje de la categoría nunca, de 78.6% antes de la intervención y 92.9% al final de la misma (ver gráfica 7).

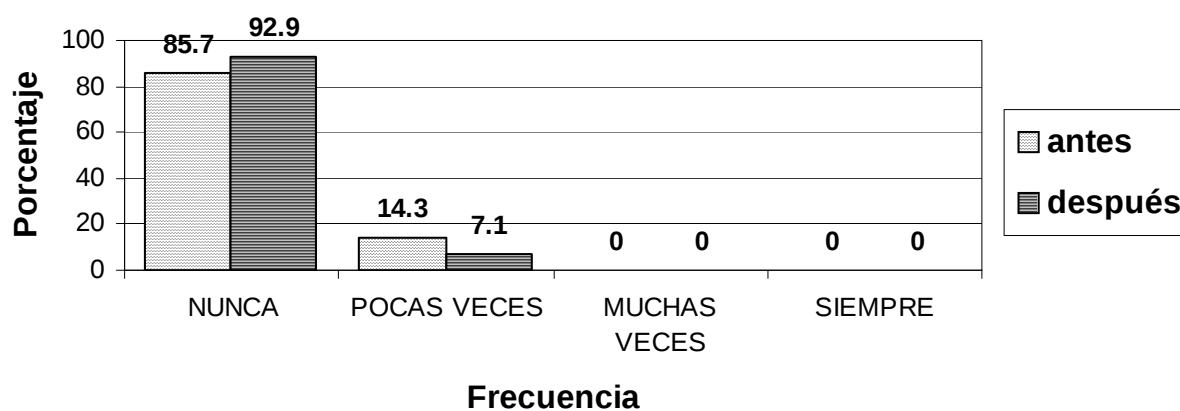
Gráfica 7. Distribución porcentual de la variable Preocupación por el peso y la comida, antes y después de la intervención.



Influencia de la publicidad

En relación a la variable influencia de la publicidad, se obtuvo un aumento en la categoría nunca, con un 85.7% al inicio y un 92.9% al final de la intervención. (ver gráfica 8).

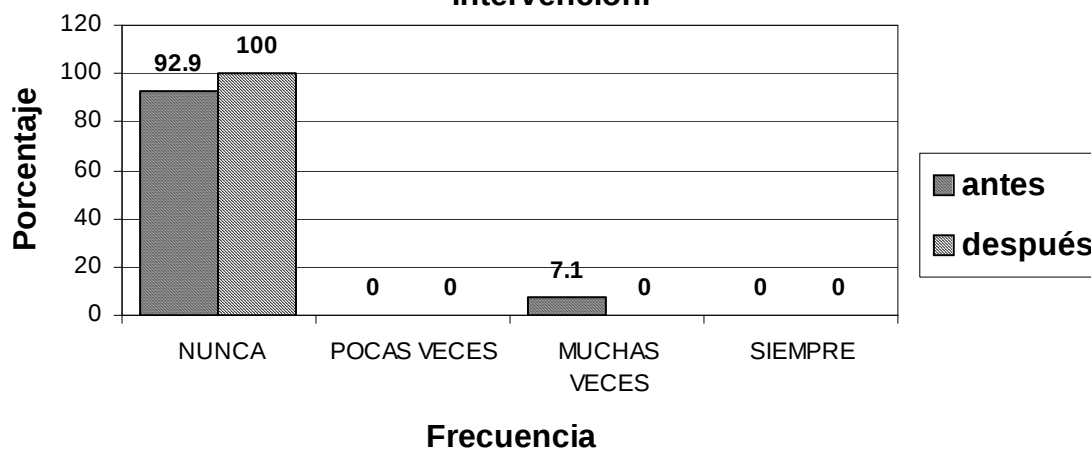
Gráfica 8. Distribución porcentual de la variable Influencia de la publicidad, antes y después de la intervención.



Malestar con la imagen corporal

En relación a dicha variable, en la categoría de nunca, se halló un 92.9% al inicio de la intervención y al final de la misma hubo un aumento a 100%. (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución porcentual de la variable Malestar con la imagen corporal, antes y después de la intervención.

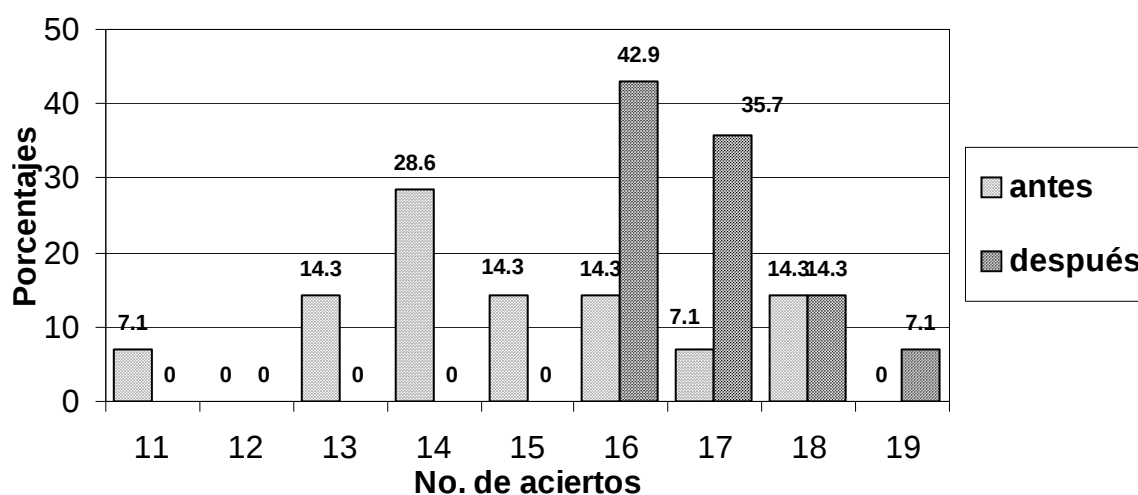


Grupo experimental**Alimentación correcta**

En esta variable se obtuvo la media de los aciertos, de tal modo que eran necesarios más de 15 para considerar a las participantes con una calificación aprobatoria y 15 aciertos o menos para una reprobatoria.

Se observó que el 64.3% de la muestra respondió 15 aciertos o menos y 35.7% más de 15 aciertos al inicio de la intervención, después de la misma aumentó a 100% las que respondieron más de 15 aciertos, por lo que aumentó considerablemente el porcentaje de participantes aprobadas (ver gráfica 10).

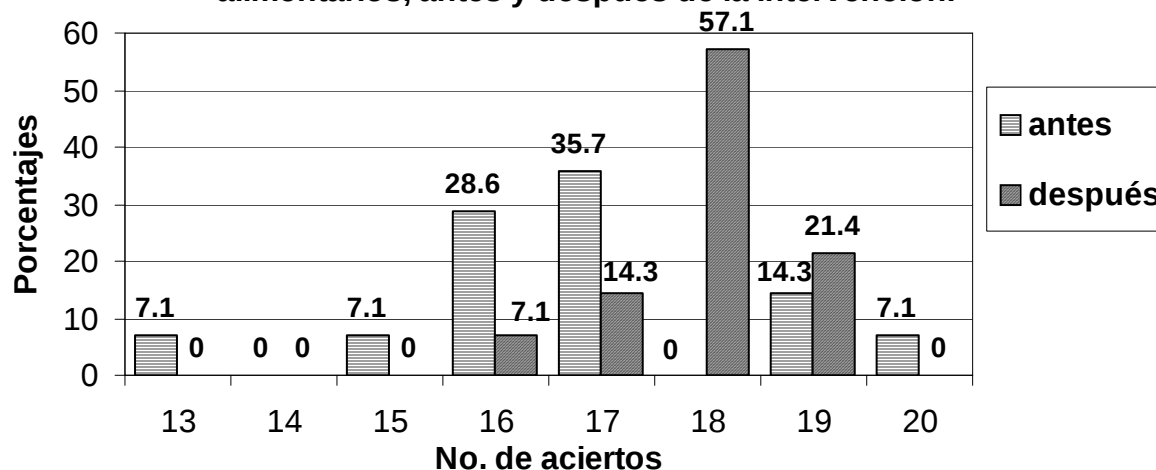
Gráfica 10. Distribución porcentual de la variable Alimentación correcta, antes y después de la intervención.

**Hábitos alimentarios**

Con respecto a ésta variable la media de los aciertos fue de 16, de tal modo que más de 16 aciertos eran considerados para obtener una calificación aprobatoria y 16 aciertos o menos para una reprobatoria.

Los resultados muestran que el 42.8% respondió 16 aciertos o menos y 57.1% más de 16 aciertos al inicio de la intervención, después de la misma, disminuyó a 7.1% las que respondieron 17 aciertos o menos y 92.8% más de 17 aciertos, por lo que aumentó el porcentaje de participantes aprobadas (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Distribución porcentual de la variable Hábitos alimentarios, antes y después de la intervención.

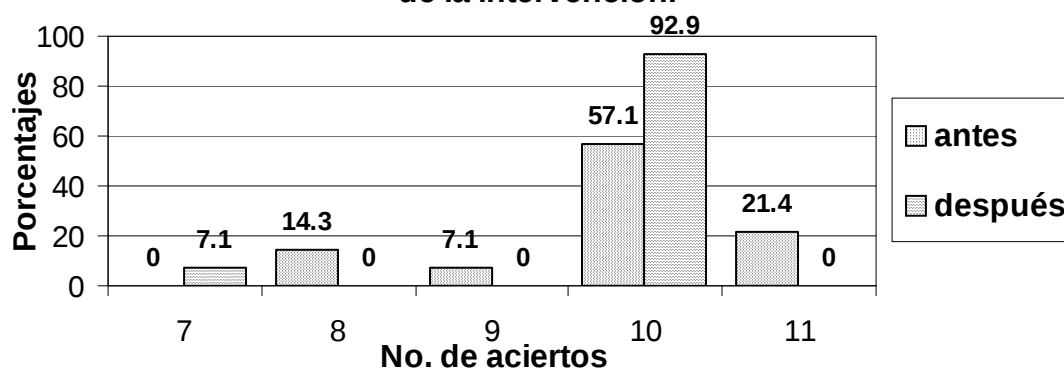


Cambios físicos durante la pubertad

En relación a ésta variable se obtuvo una media de 9 aciertos, de tal modo que más de 9 aciertos eran considerados para obtener una calificación aprobatoria y 9 aciertos o menos para una reprobatoria.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 21.4% respondió 9 aciertos o menos y 78.5% más de 9 aciertos al inicio de la intervención, después de ella disminuyó a 7.1% las que respondieron 9 aciertos o menos y 92.9% más de 9 aciertos (ver gráfica 12).

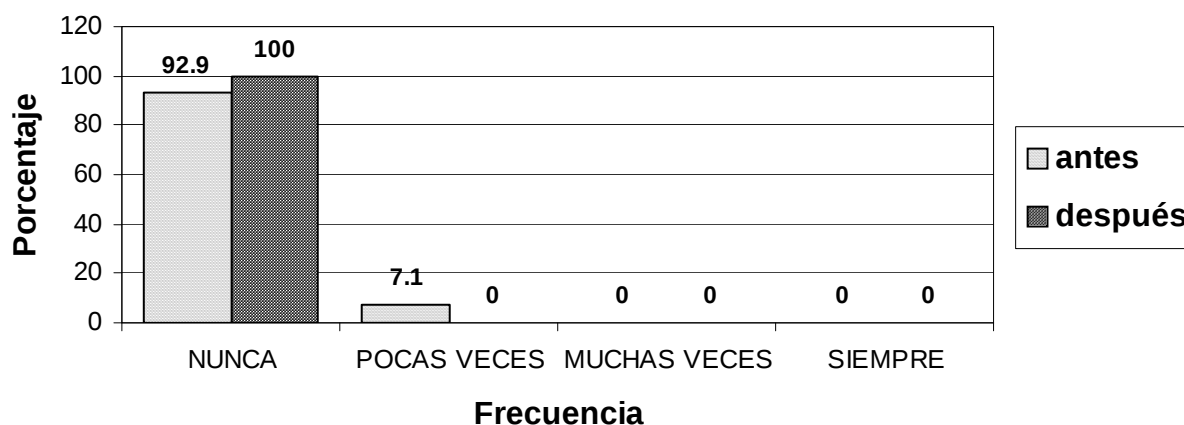
Gráfica 12. Distribución porcentual de la variable Cambios físicos durante la pubertad, antes y después de la intervención.



Dieta restringida

En esta variable, se observa que se encontraron cambios esperados antes y después de la intervención ya que aumentó el porcentaje al inicio de 92.9% y final de 100% en la categoría de nunca (ver gráfica 13).

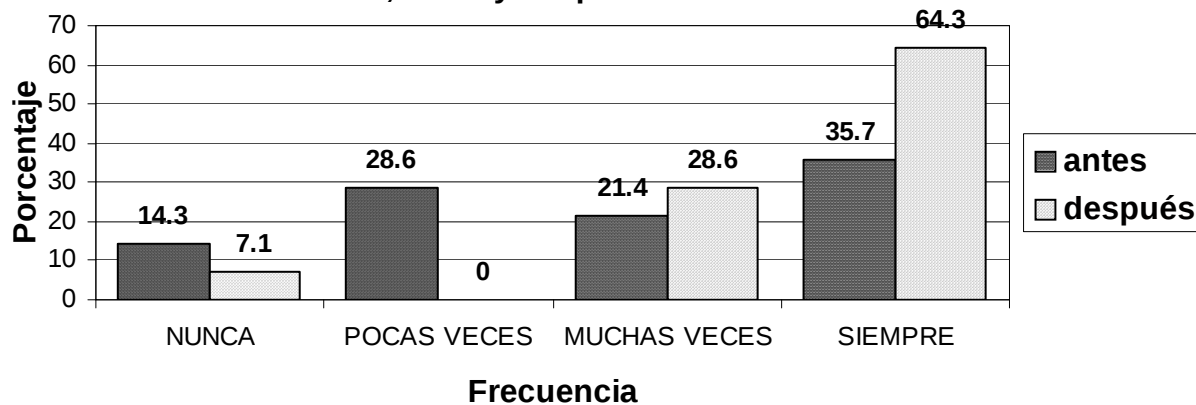
Gráfica 13. Distribución porcentual de la variable Dieta restringida, antes y después de la intervención.



Tiempos de comida

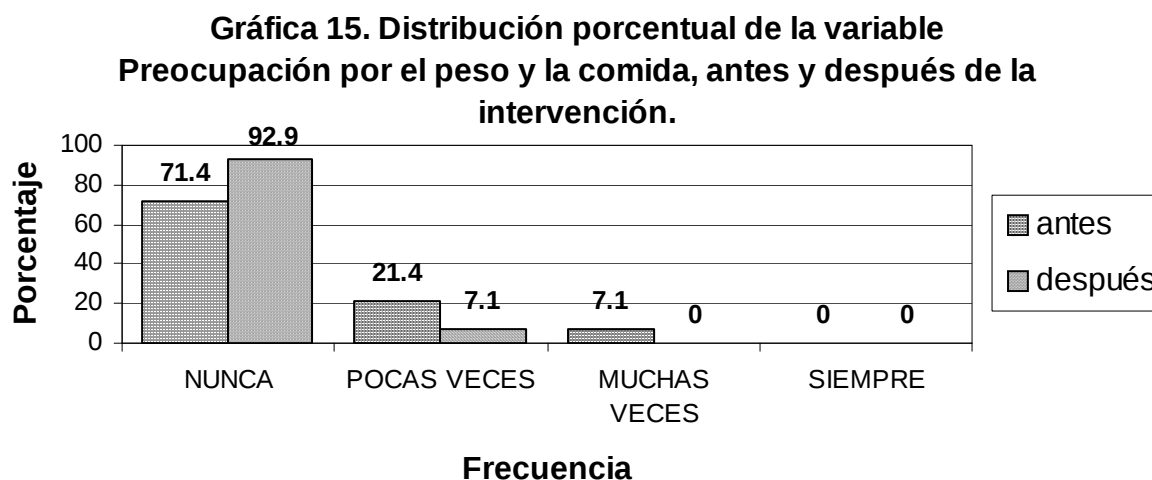
De acuerdo a las respuestas a ésta variable en las categorías de muchas veces y siempre se logró aumentar el porcentaje, ya que al iniciar fue de 21.4% y 35.7% y al finalizarla de 28.6% y 64.3% respectivamente (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Distribución porcentual de la variable Tiempos de comida, antes y después de la intervención.



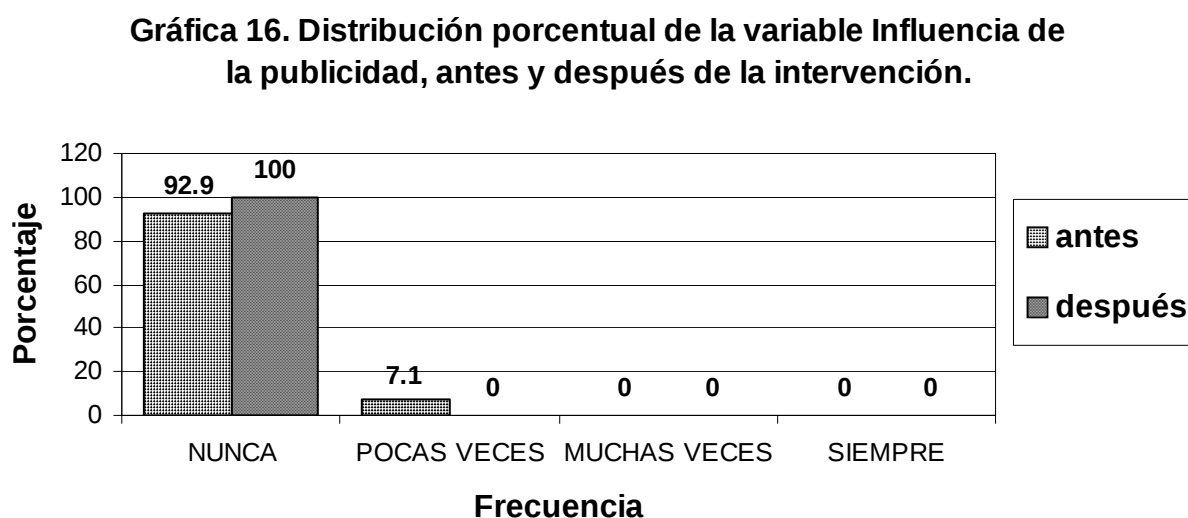
Preocupación por el peso y la comida

Con respecto a esta variable se muestra que hubo un aumento en el porcentaje de la categoría nunca, de 71.4% antes de la intervención y de 92.9% al final de la misma. (ver gráfica 15).



Influencia de la publicidad

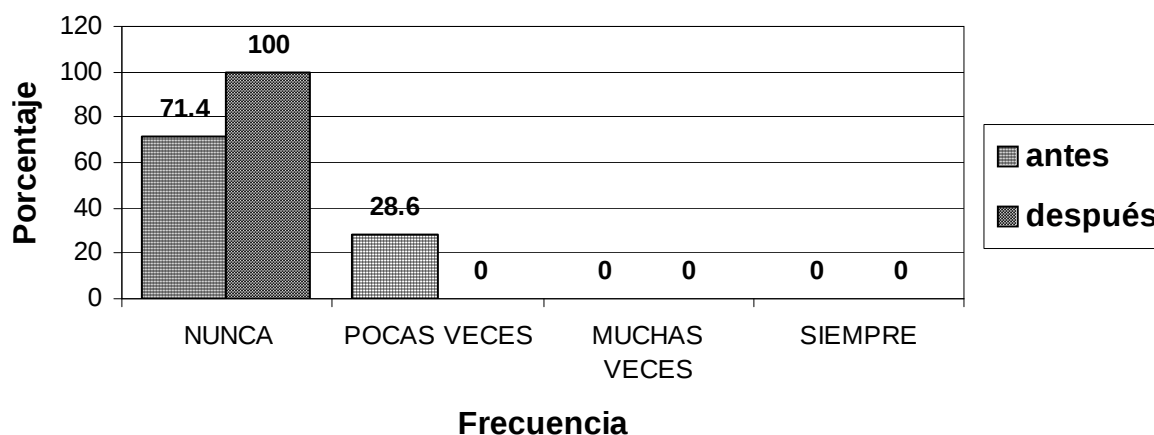
En relación a la variable influencia de la publicidad, se obtuvo un aumento en la categoría nunca con un 92.9% al inicio y un 100% al final de la intervención. (ver gráfica 16).



Malestar con la imagen corporal

En relación a dicha variable, al inicio de la intervención se halló un 71.4% y al final de la misma hubo un aumento considerable a 100% en la categoría de nunca (ver gráfica 17).

Gráfica 17. Distribución porcentual de la variable Malestar con la imagen corporal, antes y después de la intervención.



Comparación estadística.

Inicialmente se realizó una prueba t-student en muestras independientes para comprobar si existía alguna diferencia estadística significativa intergrupalmente; sin embargo no la hubo, por lo que se optó por efectuar la misma prueba estadística pero para muestras relacionadas, con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados intragrupalmente y por variables.

Grupo control

Distribución de las variables:

Alimentación correcta

En esta variable se encontró diferencia estadísticamente significativa. La distribución de la $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Alimentación correcta, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
15.5	1.78	17.28	1.38	P= .005

Hábitos alimentarios

Los datos obtenidos muestran que se halló diferencia, pero ésta no fue estadísticamente significativa. La distribución de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Hábitos alimentarios, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
17.28	1.68	18.14	1.09	P= .158

Cambios físicos durante la pubertad

Con respecto a ésta variable, la diferencia no fue estadísticamente significativa, al compararse antes y después de la intervención. La distribución de $\bar{X}$ y DE se encuentra en la Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Cambios físicos durante la pubertad, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
9.92	.916	10.07	1.20	P= .745

Dieta restringida

Los análisis realizados en esta variable, permiten observar que hubo diferencia estadísticamente significativa marginal. Las diferencias de la $\bar{X}$ y DE se pueden apreciar en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Dieta restringida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.25	0.32	1.08	0.18	P= .057

Tiempos de comida

En ésta variable, entre mayor sea el puntaje, existe menos riesgo y en este grupo no hubo diferencia estadísticamente significativa pero si hubo un aumento de la $\bar{X}$. La comparación de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se puede apreciar en la Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Tiempos de comida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
3.23	0.85	3.45	0.71	P= .413

Preocupación por el peso y la comida

No se halló diferencia estadísticamente significativa en éste grupo antes y después de la intervención, por el contrario, aumentó la $\bar{X}$, la cual se presenta antes y después de la intervención en la Tabla 9, junto con la DE.

Tabla 9. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Preocupación por el peso y la comida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.60	0.38	1.69	0.63	P= .125

Influencia de la publicidad

No ocurrió diferencia estadísticamente significativa en esta variable. La comparación de la $\bar{X}$ y DE se muestra en la Tabla 10 antes de la intervención y después de la misma.

Tabla 10. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Influencia de la publicidad antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.35	0.36	1.26	0.37	P=.165

Malestar con la imagen corporal

En esta variable si se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el grupo control, y la comparación de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se describen en la Tabla 11 a continuación.

Tabla 11. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Malestar con la imagen corporal antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.51	0.55	1.22	0.28	P= .042

Grupo experimental

Distribución de las variables:

Alimentación correcta

En esta variable hubo una diferencia estadísticamente significativa. La distribución de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se puede observar en la Tabla 12.

Tabla 12. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Alimentación correcta, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
14.8	1.99	16.85	.94	P= .002

Hábitos alimentarios

Los datos obtenidos muestran que hubo diferencia estadísticamente significativa. La distribución de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Hábitos alimentarios, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
16.78	1.76	17.92	.82	P= .048

Cambios físicos durante la pubertad

Con respecto a esta variable, la diferencia no fue estadísticamente significativa. La distribución de $\bar{X}$ y DE se encuentra en la Tabla 14.

Tabla 14. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Cambios físicos durante la pubertad, antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
9.85	.949	9.78	.801	P= .836

Dieta restringida

Los análisis realizados en esta variable, permiten observar que hubo diferencia estadísticamente significativa. Las diferencias antes y después de la intervención se pueden apreciar en la Tabla 15, tanto de $\bar{X}$ como de DE.

Tabla 15. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Dieta restringida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.32	0.38	1.12	0.23	P= .035

Tiempos de comida

En esta variable, entre mayor sea el puntaje, existe menos riesgo y en este grupo hubo diferencia estadísticamente significativa. La comparación de antes y después de la intervención se puede apreciar en la Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Tiempos de comida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
2.97	1.05	3.66	0.59	P= .003

Preocupación por el peso y la comida

Se halló diferencia estadísticamente significativa en éste grupo antes y después de la intervención, la $\bar{X}$ y DE se presenta antes y después de la intervención en la Tabla 17.

Tabla 17. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Preocupación por el peso y la comida antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.69	0.63	1.28	0.42	P= .015

Influencia de la publicidad

En este grupo no ocurrió diferencia estadísticamente significativa en esta variable; sin embargo, se logró disminuir la $\bar{X}$. La comparación de la $\bar{X}$ y DE se muestra en la Tabla 18 antes de la intervención y después de la misma.

Tabla 18. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Influencia de la publicidad antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.38	0.34	1.21	0.22	P= .073

Malestar con la imagen corporal

En esta variable sí se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el grupo experimental, y la comparación de $\bar{X}$ y DE antes y después de la intervención se describe en la Tabla 19 a continuación.

Tabla 19. Distribución de $\bar{X}$ y DE de Malestar con la imagen corporal antes y después de la intervención.				
Inicial		Final		Sig.
$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	
1.72	0.50	1.28	0.24	P= .005

8. Discusión y Conclusiones

La comparación estadística demostró que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas intergrupalmente en las variables. Sin embargo, al realizar la misma prueba estadística para muestras relacionadas se hallaron estas diferencias intragrupalmente.

Con base a los resultados antes expuestos puede concluirse que en cuanto a la variable alimentación correcta, aspecto en el cual ambos grupos fueron sometidos, muestran cambios esperados, no así con la variable de hábitos alimentarios, en la cual también fueron incluidos ambos grupos, resultando solo con diferencias estadísticamente significativas el grupo experimental.

Por otra parte, con respecto a la variable cambios durante la pubertad, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos, en los cuales se contemplaron las mismas temáticas, esto puede deberse a que los conocimientos de los púberes sobre la nutrición adecuada o los cambios corporales durante la pubertad son increíblemente escasos, por lo que hay que profundizar en estos aspectos, promoviendo la salud y no como prevención de cierta enfermedad (Borresen, y Rosenvinge, 2000).

Es posible que la carencia de esta información les produzca temor, falsas concepciones e ilusiones cognitivas, las que quizás les hagan adoptar una dieta u otras conductas alimentarias peligrosas, es conveniente motivar a los estudiantes a desempeñar un papel activo en la crítica de la alimentación, la cultura de la delgadez y los factores de riesgo asociados a los TCA, eliminando temas como los referidos a las características y síntomas de dichos trastornos ya que el hecho de hablar de ello aumenta la atención prestada a los síntomas y su aceptación, de modo tal que causa un incremento de la tasa de incidencia (Borresen y Rosenvinge, 2000).

Hay que tomar en cuenta que de acuerdo a las características de la muestra y al observar las medias antes de la intervención, se puede verificar que aunque no se realizó la asignación al azar para determinar los grupos (control y experimental), en

el grupo experimental se presentó un mayor riesgo en todas las variables y en este grupo fue donde se presentaron los principales resultados (cambios estadísticamente significativos). Según Stice, Shaw, y Marti (2006) quienes sugieren que los individuos con alto riesgo de padecer la enfermedad están más motivados para captar los contenidos de los programas preventivos, lo que puede resultar en mayores beneficios.

En relación a las variables dieta restringida, tiempos de comida y preocupación por el peso y la comida, los cambios se mostraron satisfactoriamente, ya que solo el grupo experimental resultó con diferencias estadísticamente significativas, no así en el grupo control, mismo que no recibió esa parte del programa.

En cuanto al malestar con la imagen corporal, se observó un cambio no esperado, pues se encontró diferencia estadísticamente significativa en el grupo control, el cual no recibió esa parte del programa, una explicación posible es el “efecto de contaminación” el cual se presenta debido a la permanencia de los grupos de estudio en una escuela (experimental y control). Las participantes que pertenecen al grupo experimental transmiten la información que han recibido a las que pertenecen al grupo control, este efecto de contaminación produce un cambio en la imagen corporal que se ve reflejado en los resultados.

Respecto al grupo experimental, de igual manera se observó una diferencia estadísticamente significativa pero fue mucho mayor, lo que da a entender que los temas tratados en esta variable tuvo mayor impacto.

Con respecto a la variable influencia de la publicidad se observaron cambios positivos en cuanto a la media en el grupo experimental, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, ya que existe una constante transformación de valores en la sociedad actual, el imperativo social de delgadez, la difusión de modelos corporales y comportamentales a través de los medios de comunicación, los cuales están al alcance de las púberes por lo que deben luchar con los mensajes socioculturales que sostienen que la felicidad y el éxito dependen

de una silueta y un peso similares a los de esbeltas modelos que aparecen en los medios de comunicación (March, et al., 2006; Stewart, 2000).

De manera general se concluye que existe una tendencia a disminuir los factores de riesgo en el grupo experimental, aunque no en todos ellos se encontraron diferencias estadísticamente significativas como ocurrió con las variables cambios físicos en la pubertad e influencia de la publicidad, pero sí hubo cambios con tendencia a los esperados en las medias de éstas.

Dichos resultados se respaldan en los estudios que sugieren que la prevención de TCA dirigida a población de alto riesgo es una estrategia que representa ventajas que se reflejan en los resultados de las intervenciones conocidas bajo el nombre de prevención selectiva (Stice, et al., 2006).

9. Recomendaciones y limitaciones

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

1. Debido a los criterios de inclusión y exclusión se sugiere trabajar con una muestra más grande.
2. Implementar alguna estrategia para no permitir que se presente el efecto de contaminación reflejado en el grupo control.
3. Implementar el seguimiento de los efectos de la intervención en un tiempo prolongado.
4. Trabajar con un número menor de variables para permitir observar mayores cambios.
5. Incluir a padres y docentes informándoles respecto a los primeros signos de los TCA.
6. Proporcionar mayor información a los púberes en cuanto al desarrollo puberal, tanto físico como emocional.
7. Cuidar las características de la persona que implementa la intervención en cuanto a habilidades para el manejo de grupo.

10. Bibliografía

- Acosta, G. V. 2000. Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria: una investigación transcultural entre España y México. Tesis Doctoral. Universidad de Almería, España.
- Aguilar-Ye, A., Puig-Sosa, P. J., Luna, M. L., Sánchez, Z. P., Rodríguez, G. R., y Rodríguez, G. L. 2002. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Rev Mex Pediatr.* 69(5): 190-193.
- Aguilera, B. M. A., y Milián, S. F. 2006. Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, Qro., México, *RESPYN.* 7(1): 19-26.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.* 4ª ed. Masson Editores, Barcelona. pp: 553-564.
- Augestad, L. B., Saether, B., y Gotestam, K. G. 1999. The relationship between eating disorders and personality in physically active women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports.* 9(5): 304-312.
- Ayuso-Gutiérrez, J. L., Palazón, M., y Ayuso-Mateos, J. L. 1994. Treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 15(4): 245-249.
- Behar, A. R. 1998. Trastornos del hábito de comer en adolescentes: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Méd Chile.* 126(15): 1085-1092.
- Borresen, G. R., y Rosenvinge, H. J. 2000. El modelo preventivo escolar noruego: Desarrollo y evaluación. En: *La Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un enfoque multidisciplinar.* (ed) Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (compiladores). Editorial Granica, España. pp: 101-120.
- Brumberg, J. J. 1997. The appetite as voice. En: *Food and culture: A Reader.* Ed. Carole Counihan and Penny van Esterik. New York, NY, USA. pp: 159-179.

- Chapa, A. E. 2005. Alimentación del adolescente sano. En: *Manual de dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y en la enfermedad*. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V., México. pp: 117-125.
- Chaskel, R., Puerta, G., y Aschner, P. 1996. Trastornos de la alimentación. *Rev Col de Psiquiatría*. 15(4): 43-46.
- Chinchilla, M. A. 1995. Anorexia y bulimia nerviosas: Criterios diagnósticos y terapéuticos en atención primaria. En: *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Comportamiento Alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Masson Editores, Barcelona.
- Escamilla, T. T. 2006. *Distribución de Factores de Riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en Púberes Mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo*. Tesis. Lic. en Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, pp: 4-71.
- Escoto, P. M., y Mancilla, D. J. 2007. Programa preventivo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. En: *Intervención psicológica para adolescentes*. (ed) M. R. Ríos (compilador). Psicom Editores, Colombia.
- Facchini, M. 2006. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?. *Arch Argent Pediatr*. 104(4): 345-350.
- Gavilán, M., y Labourdette, S. 2006. La Orientación y la Educación: Investigación en áreas de alta vulnerabilidad psicosocial. *Rev Brasileira de Orient Prof*. 7(2): 103-114.
- Gómez-Peresmitré, G. 1993. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. *Rev Mex Psicol*. 10(1): 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol*. 14: 31-40.

- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. G., L'Esperance, P., Hernández, A., Platas S., y León, R. 2002. Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Rev Mex Psicol.* 19: 125-132.
- Kraemer, H. C., Stice E., Kazdin, A., Oxford, D., y Kupfer, D. 2001. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J. Psychiatry.* 158(6): 848-856.
- Littlton, L. H., y Ollendick, T. 2003. Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review Clinical Child and Family Psychology.* 6(1): 51-66.
- López M. J., y Sallés T. N. 2005. *Prevención de la Anorexia y la Bulimia.* Nau Llibres, España. pp: 15-215.
- Lora-Cortez, I., y Saucedo-Molina, T. J. 2006. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 29 (003): 59-67.
- March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., y Pellicer, A. 2006. Trastornos de la conducta alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp.* 21(1): 4-12.
- Morales, M., y Casanueva, E. 1995. Nutrición en el adolescente. En: *Nutriología Médica.* (ed) Casanueva E., Kaufer-Horwitz A., y Pérez-Lizaur P. Editorial Médica Panamericana, México. pp: 72-84.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA-2005. Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Olvera, L. 2007. Causa anorexia hasta 10% de mortalidad en el mundo. *Gaceta UNAM.* México. 3,955: 6-7.

- Peláez, F. M. A., Labrador, E. F. J., y Raich, E. R. M. 2005. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 5(2): 135-148.
- Raich, R. M. 1994. Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Pirámide, Madrid.
- Ritter M. 1998. Mothers, daughters, culture and criticism. An examination of eating problems in adolescent girls. *Dissertation Abstracts Intenational: The Science and Engineering*. 58(9-B); 5138.
- Rodríguez, C., Fernández, B., Lalaguna, B., González, R., y González-Pinto, A. 2001. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Global*. 1(4): 28-34.
- Rueda-Jaimes, G., Cadena, A. L., Díaz-Martínez, L. A., Ortiz, B. D., Pinzón, P. C. y Rodríguez, M. J., 2005. Validación de la encuesta del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Rev Col Psiquiatría*. 34(3): 375-384.
- Saucedo-Molina, T. J. 2003. *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Saucedo-Molina, T. y Gómez-Peresmitré, G. 2004. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev Psiquiatría*. 31(2): 69-74.
- Saucedo-Molina, T., Escamilla, T. A., Portillo, N. I., Peña, I. A., Calderón, R. Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en púberes, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad de Hidalgo, México. *Rev Invest Clín*. En prensa.
- Soldado, M. M. 2006. Prevención primaria en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile*. 4: 336-347.
- Stewart A. 2000. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: *La Prevención de los Trastornos de la Conducta*

- Alimentaria: Un enfoque multidisciplinar.* (ed) Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (compiladores). Editorial Granica, España. pp: 131-171.
- Stice, E., Shaw, H., y Marti, N. 2006. A Meta-Analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin.* 132(5): 667-691.
- Striegel-Moore, R. y Steiner-Adair, C. 2000. Prevención primaria de los Trastornos Alimenticios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En: *La Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un enfoque multidisciplinar.* (ed) Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (compiladores). Editorial Granica, España. pp: 13-37.
- Suárez, M. A. 2005. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: *Actualización en Trastornos de la Conducta Alimentaria.* (ed) Barriguete ,M. A., y Maldonado, D. M. Intersistemas Editores, México. pp: 7-19.
- Unikel, S. C., Villatoro, V. J. Medina-Mora, I. M. E., Fleiz, B. C., Alcantar, M. E. N., y Hernández, R. S. A. 2000. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en una población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clín.* 52(2): 140-147.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., y Carreño-García, S. 2000. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México.* 46(6): 509-515.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., y Fleiz, C. 2002. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental.* 25(2): 49-57.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., y Medina-Mora Icaza, M. E. 2006. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev. Inv. Clín.* 58(1): 15-27.

ANEXOS

ANEXO 1

Programa de Prevención Primaria

Anexo 1. Programa de Prevención Primaria.

Objetivo General:

Disminuir factores de riesgo asociados a TCA en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo, a través de un programa de prevención primaria.

Objetivos específicos:

- Fortalecer los conocimientos sobre nutrición y alimentación en púberes mujeres, así como su importancia en esta edad, mediante la realización de actividades dinámicas.
- Aclarar dudas relacionadas con alimentación y dietas.
- Fortalecer el criterio de las púberes ante los medios de comunicación.

Muestra. Todas las púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de dos grupos de segundo grado de la Escuela Secundaria General No. 8 “Maestros de México”, de Pachuca, Hidalgo.

*Criterios de Inclusión: Mujeres estudiantes de segundo grado, del grupo “E” y “F”

Mujeres de 12 a 14 años de edad

Mujeres inscritas al ciclo escolar agosto 2007 – julio 2008.

Mujeres que asistan a las nueve sesiones del programa

Mujeres que contesten la preprueba y la posprueba.

*Criterios de Exclusión: Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión.

Límites:

Tiempo: Agosto-Diciembre 2007

Geográfico: Salón de usos múltiples y sala audiovisual de la Escuela Secundaria General No. 8 “Maestros de México” de Pachuca, Hgo.

Recursos:

Humanos: Nutrióloga

Materiales: Instrumento de la investigación, material didáctico, artículos de papelería y material de trabajo.

Acciones y estrategias:

GRUPO CONTROL				
SESIÓN	NOMBRE	OBJETIVO	TEMAS	MATERIAL DIDÁCTICO
1	"Terminología Nutricional"	Aclarar la definición de términos utilizados cotidianamente.	Definición de nutrición, nutrimento, alimentación, alimento y dieta.	Diapositivas
2	"Terminología Nutricional"	Aclarar la definición de términos utilizados cotidianamente.	Definición de nutrición, nutrimento, alimentación, alimento y dieta.	Diapositivas
3	"Los Nutrimientos"	Dar a conocer los tipos de nutrimentos y sus características principales.	Hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y agua; función y características.	Diapositivas, modelos de alimentos
4	"Los Nutrimientos".	Dar a conocer los tipos de nutrimentos y sus características principales.	Hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y agua; función y características.	Diapositivas, modelos de alimentos
5	"El Plato del Bien Comer"	Dar a conocer los diferentes grupos de alimentos, así como sus características, y promover una dieta saludable.	Grupos de alimentos y sus características, características de una alimentación correcta, y importancia de hacer las tres comidas al día.	Plato del bien comer, modelos de alimentos.
6	"El Plato del Bien Comer".	Dar a conocer los diferentes grupos de alimentos, así como sus características, y promover una dieta saludable.	Grupos de alimentos y sus características, características de una alimentación correcta, y importancia de hacer las tres comidas al día.	Plato del bien comer, modelos de alimentos
7	"El Plato del Bien Comer".	Dar a conocer los diferentes grupos de alimentos, así como sus características, y promover una dieta saludable.	Grupos de alimentos y sus características, características de una alimentación correcta, y importancia de hacer las tres comidas al día.	Plato del bien comer, modelos de alimentos
8	"Periódico Mural"	Elaborar y explicar un periódico mural, con temas relacionados a la intervención.	Exposición dirigida a los padres de las participantes, de los directivos y profesores, resumiendo en ella lo aprendido durante la intervención.	Artículos de papelería, información del tema
9	"Periódico Mural"	Elaborar y explicar un periódico mural, con temas relacionados a la intervención.	Exposición dirigida a los padres de las participantes, de los directivos y profesores, resumiendo en ella lo aprendido durante la intervención.	Artículos de papelería, información del tema

GRUPO EXPERIMENTAL				
SESIÓN	NOMBRE	OBJETIVO	TEMAS	MATERIAL DIDÁCTICO
1	"Terminología Nutricional"	Aclarar la definición de términos utilizados cotidianamente.	Definición de nutrición, nutrimento, alimentación, alimento y dieta.	Diapositivas
2	"Los Nutrimentos"	Dar a conocer los tipos de nutrimentos y sus características principales.	Hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y agua; función y características.	Diapositivas, modelos de alimentos.
3	"El Plato del Bien Comer"	Dar a conocer los diferentes grupos de alimentos, así como sus características, y promover una dieta saludable.	Grupos de alimentos y sus características, características de una alimentación correcta, importancia de hacer las tres comidas al día.	Plato del bien comer, modelos de alimentos.
4	"Nutrición y Crecimiento en la Pubertad"	Proporcionar información sobre la importancia de la alimentación en la pubertad y los cambios físicos en ella.	Importancia de la nutrición en la pubertad, el desarrollo puberal y cambios físicos, promoción de la actividad física y beneficios de la misma.	Diapositivas e ilustraciones.
5	"Imagen Corporal"	Lograr la aceptación de la imagen corporal que posee cada púber.	Definición de la imagen corporal, explicación del vínculo de la grasa corporal con el desarrollo en la pubertad y su necesidad para el funcionamiento del organismo, predisposiciones genéticas, peso normal y variabilidad para cada persona.	Diapositivas, Espejo, revistas
6	"Medios de Comunicación e influencia de la publicidad"	Dar herramientas suficientes para criticar y no verse influenciada por los medios de comunicación y publicidad.	Análisis y críticas de anuncios de radio, televisión o revistas sobre los productos y acciones para bajar de peso, distinguir entre mensajes saludables y no saludables.	Televisión, carteles, envolturas de alimentos
7	"¿Qué significa ser delgada?"	Concientizar sobre las consecuencias de la restricción alimentaria.	Oposición a los mensajes culturales y sociales respecto de la belleza, la silueta y las dietas, ¿Quién decidió que la delgadez es un requisito de belleza física?, dietas y consecuencias de la restricción alimentaria.	Rotafolio
8	"Autoestima"	Desarrollar una autoestima adecuada y la seguridad en las púberes.	Cualidades personales, aceptación del propio cuerpo, visualización de ellas mismas en el futuro.	Rotafolio, diapositivas
9	"Periódico Mural"	Elaborar y explicar un periódico mural, con temas relacionados a la intervención.	Exposición dirigida a los padres de las participantes, de los directivos y profesores, resumiendo en ella lo aprendido durante la intervención.	Artículos de papelería, información del tema

Evaluación:

La evaluación del impacto del programa se caracterizó por aplicarse al final del proceso o periodo de realización del proyecto. Este tipo de evaluación implicó la elaboración de una síntesis que se logra con la conjugación de todos los elementos proporcionados desde el inicio del programa para llegar a una formulación global en la que se puso de manifiesto si se alcanzaron o no los objetivos del proyecto. Según el análisis de los resultados que se alcanzaron y sus efectos en los beneficiarios, se encuentran explícitos a través de variables e indicadores que brindan información relevante y objetiva, los cuales se encuentran en el Apéndice 1.

Cronograma:

Actividades	2007				
	Agos.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
1. Presentación del Proyecto a la Escuela Secundaria General No. 8 "Maestros de México".	X				
2. Aplicación de la preprueba (salón de usos múltiples y sala audiovisual).		X			
3. Programa de Prevención (salón de usos múltiples y sala audiovisual).		X	X	X	X
4. Aplicación de la postprueba (salón de usos múltiples y sala audiovisual).					X

Apéndice 1. Variables e Indicadores del Programa de Prevención Primaria.

VARIABLES	INDICADORES
Alimentación correcta	¿En cuántas comidas divides tu alimentación?
	Una dieta es:
	El tiempo que hay que dejar entre alimentos es de:
	¿Debes confiar en las dietas que vienen en las revistas?
	¿Cuáles son los grupos de alimentos?
	Tu alimentación debe ser:
	Los hidratos de carbono o carbohidratos sirven para:
	Una misma dieta puede ser útil para varias personas y obtener los mismos resultados
Hábitos alimentarios	Dejas de comer hasta que:
	Se recomienda iniciar la comida con:
	Cuando quieres bajar de peso:
	¿Tus comidas las realizas a la misma hora?
	¿Qué tienes que hacer si quieres bajar de peso?
	Se debe desayunar:
	El tiempo que le dedicas a cada comida es
	Un bocado se debe masticar
Cambios físicos durante la pubertad	¿Está bien hacer caso a los “tips” de la televisión o revistas sobre mantenerte en forma?
	Durante la pubertad, es el lugar del cuerpo donde se almacena mayor cantidad de grasa:
	El estar delgada es igual a:
	¿Cuál es la importancia de la alimentación a tu edad?
	En la pubertad, el ensanchamiento de cadera significa que:
Dieta restringida	Un peso normal es:
	Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no comes tu lunch, o no cenas)
	Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar
	Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso
Tiempos de comida	Tomas agua para quitarte el hambre
	Acostumbras cenar o merendar
	Acostumbras desayunar
Preocupación por el peso y la comida	Acostumbras realizar tus tres comidas
	Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso
	Evitas comer alimentos “engordadores” (pan, dulces, pizza, frituras, chocolates)
	Cuidas lo que comes para no subir de peso
	Engordar te preocupa

Factores socioculturales (Malestar por la imagen corporal e Influencia de la publicidad)	Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas
	Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo
	Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas
	Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar
	Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad
	Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura
	Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas
	Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión
	Te gustaría tener el cuerpo como Thalía, Belinda o Anahí
	Te molestan que te digan que estas llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma
	Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa

ANEXO 2

Instrumento del Programa de Prevención Primaria.



Anexo 2. Instrumento del Programa de Prevención Primaria.

Folio _____



CUESTIONARIO

Nombre: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Sección I. Lee con atención y subraya una opción por pregunta. No existen respuestas correctas o incorrectas, pues son individuales.

1. ¿En cuántas comidas divides tu alimentación?
a) 3 comidas b) 5 comidas c) 1 comida
2. Dejas de comer hasta que:
a) Esté satisfecha b) Ya no tenga hambre c) Haya acabado todo lo que me serví
3. Durante la pubertad, es el lugar del cuerpo donde se almacena mayor cantidad de grasa:
a) Brazo b) Cadera c) Piernas
4. Una dieta es:
a) Morirte de hambre b) Eliminar ciertos alimentos c) Los alimentos consumidos en el día
5. Se recomienda iniciar la comida con:
a) Pan b) Sopa c) Agua simple
6. El tiempo que hay que dejar entre alimentos es de:
a) 2 horas b) 8 horas c) 4 horas
7. El estar delgada es igual a:
a) Ser guapa b) Ser popular c) Estar sana
8. Cuando quieres bajar de peso:
a) Elimino ciertos alimentos engordadores como pan y tortilla
b) Hago mucho ejercicio y tomo agua durante todo el día
c) Como de todos los alimentos equilibradamente y hago ejercicio
9. ¿Debes confiar en las dietas que vienen en las revistas?
a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre
10. ¿Tus comidas las realizas a la misma hora?
a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre
11. ¿Cuáles son los grupos de alimentos?
a) Carbohidratos, lácteos, leche y derivados, frutas y verduras, leguminosas, sales
b) Agua, Frutas, Verduras y Grasas, carnes, huevos, hortalizas, manteca o sustitutos
c) Frutas y verduras, Cereales y tubérculos, Leguminosas y alimentos de origen animal

12. ¿Cuál es la importancia de la alimentación a tu edad?
a) Crecer, desarrollarme sanamente b) Satisfacer mi apetito c) Concentrarme en la escuela
13. ¿Qué tienes que hacer si quieres bajar de peso?
a) Dejar de comer y hacer ejercicio b) Asistir con una Nutrióloga c) Ponerme a dieta estricta
14. Se debe desayunar:
a) Antes de salir a la escuela b) A cualquier hora de la mañana c) En la hora del recreo
15. Tu alimentación debe ser:
a) Llenadora, balanceada, estable y abundante
b) Completa, variada, suficiente, equilibrada e inocua
c) Saludable, baja en carbohidratos, baja en grasas
16. Los hidratos de carbono o carbohidratos sirven para:
a) Engordar b) Tener energía c) Tener más músculo
17. El tiempo que le dedicas a cada comida es
a) De 10 a 15 minutos b) De 35 a 50 minutos c) De 25 a 30 minutos
18. Un bocado se debe masticar
a) 10 veces b) 16 veces c) 32 veces
19. En la pubertad, el ensanchamiento de cadera significa que:
a) Estoy subiendo de peso b) Que tengo mucha grasa c) Es totalmente normal
20. Una misma dieta puede ser útil para varias personas y obtener los mismos resultados
a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre
21. ¿Está bien hacer caso a los “tips” de la televisión o revistas sobre mantenerte en forma?
a) Nunca b) Algunas veces c) Siempre
22. Un peso normal es:
a) El que va de acuerdo a la talla y edad
b) El que me gustaría tener
c) El de las modelos y artistas

Sección II. Por favor señala con una “X” la frecuencia con que realizas lo que se menciona en cada enunciado. No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que cada persona es diferente.

	1	2	3	4
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Ingieres comidas y/o bebida dietéticas con el propósito de cuidar tu peso				
2. Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no comes tu lunch, o no cenas)				
3. Acostumbras cenar o merendar				
4. Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas				
5. Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas				
6. Evitas comer alimentos “engordadores” (pan, dulces, pizza, frituras, chocolates)				
7. Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar				
8. Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo				
9. Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión				
10. Cuidas lo que comes para no subir de peso				
11. Te la pasas “muriéndote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso				
12. Lllaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas				
13. Acostumbras desayunar				
14. Te gustaría tener el cuerpo como Thalía, Belinda o Anahí				
15. Engordar te preocupa				
16. Tomas agua para quitarte el hambre				
17. Lllaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar				
18. Te molestan que te digan que estas llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma				
19. Acostumbras realizar tus tres comidas				
20. Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad				
21. Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa				
22. Lllaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura				

ANEXO 3

Fotografías de las sesiones durante el programa

Anexo 3. Fotografías de las sesiones durante el programa



Fotografía 1. Aplicación de la prepueba



Fotografía 2. Durante una sesión del programa



Fotografía 3. Durante una sesión del programa

Fotografía 4. Elaboración del periódico mural (grupo control)



Fotografía 5. Elaboración del periódico mural (grupo experimental)

Fotografía 6. Presentación del periódico mural ante directivos, profesores y padres de familia (grupo control)





Fotografía 7. Presentación del periódico mural ante directivos, profesores y padres de familia (grupo experimental)

Fotografía 8. Degustación de platillos saludables elaborados por las púberes



Fotografía 9. Aplicación de la postpueba

Fotografía 10. Tesista Erika Ortega Aguilar

