

Prevención de trastornos alimentarios en jóvenes basada en factores de riesgo y protección



Ana Olivia Ruiz Martinez



Prevención de trastornos
alimentarios en jóvenes
basada en factores
de riesgo y protección



Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca
Rector

Dr. en C.I. Amb. Carlos Eduardo Barrera Díaz
Secretario de Investigación y Estudios Avanzados

Dr. en Ed. Raymundo Ocaña Delgado
Director del Centro Universitario UAEM Zumpango

Dra. en A.D. María Teresa García Rodea
*Directora de la Facultad de Ciencias
de la Conducta*

Mtra. en Admón. Susana García Hernández
*Directora de Difusión y Promoción de la Investigación
y los Estudios Avanzados*

L.L.L. Patricia Vega Villavicencio
Jefa del Departamento de Producción y Difusión Editorial

Ana Olivia Ruiz Martínez

Prevención de trastornos
alimentarios en jóvenes
basada en factores
de riesgo y protección



Universidad Autónoma del Estado de México

México, 2020

Proyecto realizado con financiamiento de la Secretaría de Educación Pública-Subsecretaría de Educación Superior-Dirección General de Educación Superior Universitaria. Número del convenio con la SEP: 2018-15-001-017

PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN JÓVENES
BASADA EN FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
de Ana Olivia Ruiz Martínez

Primera edición, abril de 2020

D.R. © 2019, Universidad Autónoma del Estado de México
Av. Instituto Literario 100 Oriente, Colonia Centro
Código Postal 50000, Toluca de Lerdo, Estado de México
<<http://www.uaemex.mx>>

D.R. © 2019, Juan Pablos Editor, S.A.
2a. Cerrada de Belisario Domínguez 19
Col. del Carmen, Alcaldía de Coyoacán
04100, Ciudad de México
<juanpabloseditor@gmail.com>

Ilustración de portada: Enrique Cambrón Tello

Diseño de portada: Daniel Domínguez Michael

ISBN 978-607-633-017-3 (UAEM)

La presente investigación se privilegia con el aval de dos pares ciegos externos que aprobaron publicar este libro.

El contenido de esta publicación es responsabilidad de los autores.

Impreso en México/Reservados los derechos

ÍNDICE

Introducción	13
--------------	----

PRIMERA PARTE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. Definición de los trastornos alimentarios	19
Anorexia nerviosa	23
Bulimia nerviosa	26
2. Epidemiología de los trastornos alimentarios	31
3. Etiología de los trastornos alimentarios	35
4. Factores asociados a los trastornos alimentarios: riesgo y protección	39
Factores individuales	41
Factores familiares	42
Factores medioambientales/socioculturales	43
Visión ecológica de los trastornos alimentarios	45
5. Consecuencias de los trastornos alimentarios	47
Consecuencias de la anorexia nerviosa	47
Consecuencias de la bulimia nerviosa	49
6. Evaluación de los trastornos alimentarios	51
Diagnóstico	53

ÍNDICE

Entrevistas diagnósticas	56
Instrumentos	60
Criterios de referencia	64
7. Tratamiento	67

SEGUNDA PARTE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: RIESGO Y PROTECCIÓN

Prevención de trastornos alimentarios	75
8. Elementos básicos de prevención	77
Definición de prevención	79
Niveles de prevención	80
Programas preventivos	83
9. Prevención de trastornos alimentarios	87
10. Prevención de trastornos alimentarios en México	93
11. Programa de prevención de trastornos alimentarios basado en factores de riesgo y protección	99
Justificación	99
Objetivos	100
Diseño	100
Consideraciones éticas	103
Aplicación del taller	104
Evaluación del programa	108
12. Impacto del taller de prevención:	
Jóvenes frente al espejo	113
Primaria	113
Secundaria	115
Preparatoria	119
Discusión general	127
Bibliografía	137

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado con recursos de la Universidad Autónoma del Estado de México, Convocatoria de Investigación Científica, Innovación y Desarrollo UAEM 2017, como parte de los trabajos del Cuerpo Académico: Cultura y Personalidad. UAEM-Facico.

*A los jóvenes... compañeros
y maestros en mi andar cotidiano.
Gracias.*

INTRODUCCIÓN

La presente obra aborda los trastornos alimentarios, expresión abreviada con la que se reconocen los trastornos de la ingestión de alimentos o trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, los cuales son procesos psicopatológicos que conllevan graves anomalías en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos; su base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. Entre dichos trastornos destacan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, en los cuales se enfoca el presente trabajo.

Los trastornos alimentarios afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes, aunque recientemente los estudios con población masculina hacen evidente la presencia de psicopatología alimentaria en los hombres. Estas problemáticas son de relevancia clínica y social porque afectan severamente el desarrollo y la calidad de vida de quienes las padecen, incluso ponen su vida en riesgo. Las conductas de restricción y purga extremas hacen que el organismo se deteriore y se presenten múltiples afectaciones físicas y mentales, como consecuencias del trastorno. Desafortunadamente, el diagnóstico suele ser demorado y complejo; por ello resulta complicado, costoso y con una alta tasa de recaídas.

Actualmente se reconoce que los trastornos alimentarios tienen una etiología multifactorial, en la que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí para generar las condiciones que propician el surgimiento de las alteraciones alimenta-

rias. Entre los factores asociados a los trastornos alimentarios destacan los factores de riesgo y protección, que pueden encontrarse en la esfera individual, familiar y ambiental/social, los cuales son de suma importancia no sólo para comprender la etiología sino también para generar alternativas de acción.

Dadas las repercusiones de los trastornos alimentarios y su difícil manejo, se requieren esfuerzos de prevención que ayuden a contrarrestar el riesgo y la presencia de la psicopatología alimentaria. En la presente obra se ofrece un panorama concreto sobre los trastornos alimentarios y se analizan las medidas preventivas realizadas al respecto, a fin de proponer un programa de prevención de trastornos alimentarios aplicable en escenarios comunitarios; todo ello con la intención de ofrecer una herramienta accesible a los trabajadores de la salud, educadores y padres de familia interesados en comprender los trastornos alimentarios en los adolescentes.

Para tal fin, la obra se divide en dos partes. La primera, denominada “Trastornos alimentarios”, ofrece un panorama general del tema mediante la definición, epidemiología, causas y consecuencias, hasta llegar a la evaluación y el tratamiento; cabe resaltar que junto a la etiología se han incluido los factores de riesgo y protección, que resultan de suma utilidad para el propósito preventivo que persigue la presente obra. La segunda parte denominada “Prevención de trastornos alimentarios: riesgo y protección”, está destinada a la prevención de los trastornos alimentarios, por ello inicia con los elementos básicos que guían la prevención de la salud mental desde una mirada psicosocial y ecosistémica; se hace una revisión de las investigaciones que abordan programas preventivos sobre trastornos alimentarios a escalas nacional e internacional, destacando aquellos elementos que han dado mejor resultado en intervenciones dirigidas a adolescentes para ser retomados en el presente. Finalmente, se propone un programa de prevención aplicado en escolares de primaria, secundaria y preparatoria, que se considera útil para responder a las necesidades y recursos escolares y comunitarios.

Para desarrollar los contenidos señalados, se realizó la investigación documental pertinente que permitió concentrar las aportaciones teóricas y empíricas necesarias para sustentar una acción preventiva útil en contextos naturales. El lector encontrará la referencia de documentos obligados, como las declaraciones internacionales sobre pro-

moción de la salud, las clasificaciones diagnósticas internacionales (CIE-10, DSM-5), algunas guías de diagnóstico e instrumentos de tamizaje, entre otros. Un documento esencial que se maneja a lo largo de la obra es la Guía de Práctica Clínica SS-113-08 (SS, 2013): *Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención*, ya que ofrece los lineamientos que establece la Secretaría de Salud en México para la prevención, el diagnóstico y los criterios técnicos de referencia al segundo y tercer nivel de atención.

Por último, se considera pertinente hacer algunos comentarios sobre la propuesta del programa de prevención que se presenta al final de la obra. Este programa fue diseñado por la autora y originalmente llevó el nombre de “Jóvenes sin miedo al espejo”; fue creado para responder a una convocatoria del Instituto Nacional de la Juventud en el año 2011, momento en el que se construyó el manual de aplicación y se registró ante la Secretaría del Trabajo (Ruiz, 2011). A partir de ahí, se continuó trabajando la prevención a través de prácticas y conferencias con jóvenes y padres, así como con personal de salud. En 2014, se logró implementar un piloteo en el nivel primaria, en colaboración con el Hospital Regional de Alta Especialidad Zumpango, como una acción de extensión sanitaria; los resultados fueron positivos y nos permitieron visualizar diversas áreas de oportunidad para mejorar el programa. En consecuencia, el programa original se ha enriquecido y se sigue poniendo en marcha en distintos niveles educativos. Es así como actualmente lleva el nombre de “Jóvenes...frente al espejo”, colocando mayor énfasis en los factores de protección y mejorando los instrumentos para conseguir una mejor medición de los resultados.

Queda la obra a consideración del lector, esperando que resulte útil para comprender esta problemática que aqueja principalmente a la juventud y para motivar la participación activa de todos los actores sociales en la prevención de estos trastornos, con la intención de que cada uno responda desde su ámbito de competencia, ya sea en las instituciones de salud, la escuela, la familia, considerando que es posible ayudar a nuestros jóvenes a vivir una vida más plena, con mayor aceptación y valoración de su ser integral, sin tener que llevar a costas estos problemas que deterioran su vida.

PRIMERA PARTE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

A lo largo del texto se hará referencia a los trastornos alimentarios como una forma abreviada de los nombres extensos que se utilizan en las clasificaciones internacionales, donde son denominados como: trastornos de la ingestión de alimentos y trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Dichos trastornos se refieren a aquellas alteraciones en las actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de alimentos; quien los padece hace modificaciones en el consumo de alimentos que dañan su salud. Estos procesos ocasionan malestar físico y psicológico, limitan el desarrollo en diversas áreas y pueden generar disfuncionalidad en casos severos de desnutrición, complicaciones médicas que requieren hospitalización.

Se definen de la siguiente manera por las clasificaciones internacionales:

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del comportamiento psicosocial (APA, 2014).

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, OMS, 1992), éstos se encuentran clasificados en el “capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento” con el nombre de trastornos de la ingestión de alimentos (F50), e incluye: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado. En el DSM V

se denominan “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”, y engloban los siguientes: pica, rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otro trastorno alimentario de la ingestión de alimentos especificado, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (APA, 2014) (tabla 1).

TABLA 1
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN LA CIE-1 y el DSM-5

<i>CIE-10 MC</i>	<i>DSM-5</i>
<i>Trastornos de la ingestión de alimentos (F50)</i>	<i>Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, englobando los siguientes:</i>
F50.0 Anorexia nerviosa F50.1 Anorexia nerviosa atípica F50.2 Bulimia nerviosa F50.3 Bulimia nerviosa atípica F50.4 Hiperfagia asociada con otras perturbaciones psicológicas F50.5 Vómito asociado con otros disturbios psicológicos F50.8 Otros trastornos alimentarios (pica en adultos, pérdida de apetito psicogénica) F50.9 Trastorno alimentario no especificado	Pica (F50.8, F98.3) Rumiación (F98.21) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (F50.8) Anorexia nerviosa (F50.0) Bulimia nerviosa (F50.2) Trastorno de atracones (F50.8) Otro trastorno alimentario de la ingestión de alimentos especificado (F50.8) Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (F50.9).

FUENTE: OMS (1992); APA (2014).

Al revisar las clasificaciones internacionales que establecen los criterios diagnósticos utilizados por el personal de salud, se aprecia que existen coincidencias en los trastornos de anorexia, bulimia y trastorno alimentario no especificado, incluso en la hiperfagia, que es similar de los denominados trastornos de atracones. Sin embargo, existen algunas discrepancias en la forma de clasificar los trastornos:

mientras que la CIE-10 ubica a la anorexia atípica, la bulimia atípica y el vómito asociado con otros disturbios psicológicos, como trastornos específicos separados, éstos se encuentran en el DSM-5 en el rubro de “Otro trastorno alimentario de la ingestión de alimentos especificado”; el caso inverso ocurre con los “Otros trastornos alimentarios” denominados en la CIE-10, donde se ubica la pica en adultos y la pérdida de apetito, mientras que en el DSM-5 la pica en adultos se encuentra como un trastorno separado. Mención especial merecen la rumiación y la pica en niños, que en la CIE-10 se encuentran ubicados en los “Trastornos emocionales y el comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia”: F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y en la niñez (incluyendo evitación y rumiación) y F98.3 Pica en niños.

Con todo ello, se aprecia la presencia de los trastornos alimentarios en ambas clasificaciones, las cuales se deben manejar adecuadamente en la práctica profesional. El cambio constante en el conocimiento conlleva la revisión permanente de las clasificaciones internacionales; por ejemplo, en la reciente emisión el DSM-5 se reubicaron los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez, para contemplar su presencia en cualquier edad (Vázquez *et al.*, 2015); asimismo, la CIE-11 (OMS, 2018) puntualizará los trastornos específicos y no específicos. Esto pone de relieve la necesidad que tienen los profesionales de la salud de mantenerse actualizados, dada su obligación de responder de manera oportuna al momento de elaborar los diagnósticos; aspecto que resulta crucial cuando deban trabajar dentro de los equipos multidisciplinarios donde se requiere de un lenguaje común, un punto de partida compartido desde el cual cada profesionista pueda aportar lo propio de su disciplina en beneficio del usuario.

A continuación se describe brevemente cada uno de los trastornos alimentarios; dicha información es retomada del DSM-5 (APA, 2014:329-354), por lo que habrá de tener presentes las diferencias con la CIE-10, explicadas con anterioridad.

Pica. Trastorno alimentario caracterizado por la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes, que resulta inadecuado para el grado de desarrollo del individuo. Entre las sustancias no nutritivas se encuentran: papel, jabón, tierra, tiza, piedras, carbón, entre otras.

Trastorno por rumiación. Trastorno alimentario caracterizado por la regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes (varias veces por semana o diario); una vez regurgitado dicho alimento puede volverse a masticar, tragar o escupir.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Este trastorno se caracteriza por evitar o restringir el consumo de alimentos; se manifiesta como falta de interés, rehusarse a consumir los alimentos por su olor, sabor, color o textura, lo que conlleva pérdida de peso, deficiencia nutritiva, necesidad de alimentación suplementaria vía oral o enteral, interferencia en el funcionamiento psicosocial.

Anorexia nerviosa. Trastorno alimentario caracterizado por la restricción de ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso inferior al mínimo normal o esperado en relación con la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física. Este trastorno se acompaña de miedo intenso por engordar o comportamiento persistente para no subir de peso; alteración de la percepción corporal; sobrevaloración del peso o la constitución corporal en la autovaloración, y negación a reconocer el bajo peso.

Bulimia nerviosa. Este trastorno se caracteriza por tener episodios recurrentes de atracones y conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, al menos una vez a la semana durante tres meses, acompañada de sobrevaloración del peso o la constitución corporal en la autovaloración. El atracón se caracteriza por ingerir una gran cantidad de alimento con sensación de descontrol en un determinado periodo de tiempo; en tanto que las conductas compensatorias pueden ser vómito, ayuno, ejercicio, uso de laxantes, diuréticos o medicamentos.

Trastorno de atracones. Se define por la presencia de atracones, ingestión de una gran cantidad de alimentos con sensación de descontrol, en un periodo determinado de tiempo; acompañados de malestar por atracarse. Los atracones se asocian con comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer mucho aunque no se tenga hambre, comer solo debido a la vergüenza de la cantidad de alimento consumida, y sentimientos posteriores de disgusto, depresión o vergüenza, y se deben presentar al menos una vez a la semana.

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. Se refiere a la presencia de síntomas característicos de

algunos de los trastornos señalados pero que no cumplen con todos los criterios de la categoría diagnóstica, por ejemplo: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por atracones de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas (presencia de purgas recurrentes sin atracones).

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativos o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos [...] se utiliza en situaciones en que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno [...] e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico específico (APA, 2014:354).

De acuerdo con estas definiciones, el presente trabajo se delimita al trabajo con la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa debido a que ambas conllevan aspectos psicológicos claramente definidos como miedo intenso a engordar, insatisfacción corporal e influencias de los estereotipos socioculturales sobre peso y figura, los cuales acarrean un comportamiento alimentario inusual, con alteraciones en el consumo o la absorción de los alimentos y deterioro en el funcionamiento y la salud integral.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que se distingue por el bajo peso, el miedo a engordar, la alteración en la percepción de la figura corporal y la restricción alimentaria que compromete la calidad de vida de quien lo padece. En este sentido, Turón y Jarne señalan que:

La anorexia se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. El método para conseguir esta pérdida progresiva de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga (Turón y Jarne, 2000:150).

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa se encuentran establecidos en la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-5 (APA, 2014:338-339) como se muestra en la tabla 2.

TABLA 2
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

<i>CIE-10</i>	<i>DSM-5</i>
<p>Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Habitualmente presente en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque también en hombres, púberes o mujeres mayores. Temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal, por lo cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición y alteraciones endocrinas, metabólicas y en las funciones corporales. Síntomas: dieta restringida, ejercicio excesivo, vómito, purgas, uso de anorexígenos y diuréticos.</p>	<p>Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. Miedo intenso a ganar peso o a encordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.</p>

FUENTE: OMS (1992); APA (2014).

Con la intención de dar mayor precisión a los diagnósticos, ambas clasificaciones ofrecen algunas especificaciones para la anorexia nerviosa; como se aprecia a continuación, este aspecto está más detallado en el DSM-5 que en la CIE-10.

Al respecto, la CIE-10 señala que se deben de excluir:

- Pérdida de apetito.
- Pérdida de apetito de origen psicógeno.

En cambio el DSM-5 recomienda tres tipos de especificaciones de acuerdo con el tipo, la remisión y la gravedad (APA, 2014:339):

Especificaciones por tipo:

- Tipo restrictivo: cuando la pérdida de peso se debe principalmente a conductas restrictivas como la dieta y el ayuno, o al ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: cuando existen episodios recurrentes de atracones, incluso después de consumir pequeñas cantidades de alimento y purgas, uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Especificaciones:

- En remisión parcial: cuando se ha superado el porcentaje de bajo peso pero siguen presentes el miedo a engordar y alteración de la autopercepción corporal.
- En remisión total: cuando ya no se cumplen ninguno de los criterios diagnósticos.

Especificar gravedad actual: se establece de acuerdo con el índice de masa corporal en adultos, de acuerdo con los valores citados a continuación, aunque en niños y adolescentes se utiliza el percentil del IMC:

- Leve: $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $IMC > 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC > 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

La CIE-10 también clasifica como un trastorno específico a la anorexia nerviosa atípica, señalando que se trata de un trastorno que presenta algunas características de la anorexia nerviosa, pero no se alcanza a justificar el diagnóstico completo; por ejemplo, el miedo a engordar o la amenorrea pueden estar ausentes.

En cuanto a las características psicológicas que acompañan a la anorexia nerviosa, se pueden citar otros trastornos que suelen ir a la par, tales como: depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo; además se han identificado algunos rasgos psicológicos de importancia como el perfeccionismo, sentimientos de incompetencia, relaciones interpersonales limitadas, deseo de agrandar a otros (Turón, 1997). Asimismo, se presentan alteraciones cognitivas manifestadas en pensamientos distorsionados sobre la comida, peso y figura corporal, sobrevaloración de la apariencia corporal, susceptibilidad ante los mensajes publicitarios sobre los estereotipos corporales. Algunos tienen dificultad para percibir las dimensiones reales de su cuerpo (Turón y Jarne, 2000), todo el tiempo se sienten gruesos o pasadas de peso, alteran su percepción de hambre y saciedad, manejan una serie de mitos para justificar su restricción, por ejemplo: que no deben comer nada después de cierta hora del día porque ya no hace digestión, que todo lo que comen se convierte en grasa, que mantener el peso bajo es saludable, que pueden estar bien sin comer siempre, sólo tomando agua, etcétera.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; suele presentarse en la adolescencia, aunque esta etapa no es exclusiva ya que también hay casos en la pubertad y en la edad madura; es de inicio insidioso, si bien puede presentarse un episodio único, es común que se presente de manera fluctuante y siga un curso crónico. El desgaste psicológico y físico va deteriorando cada vez más al paciente, acarreando múltiples complicaciones y poniendo en riesgo la salud integral hasta poner en riesgo la vida; así se puede llegar a la muerte debido al bajo peso, las complicaciones médicas o el suicidio.

BULIMIA NERVIOSA

El segundo trastorno en el que se profundiza en el presente documento es la bulimia nerviosa, que si bien en un inicio se estableció

como secuela de la anorexia nerviosa, se fue perfilando como un trastorno específico. Desde el inicio se identificó como una enfermedad con episodios de ingesta voraz y conductas de purga posteriores, que en algunos casos podrían venir después de un periodo de anorexia nerviosa; incluso, en un principio aparecía en el DSM-III como un subtipo de la anorexia nerviosa, pero posteriormente, al analizar la evidencia clínica y científica, se reconoció que hay casos en los que no se presentaba dicho antecedente y que contaba con los elementos clínicos para distinguirla como una entidad nosológica independiente, de tal forma que para la publicación del DSM-III-TR ya apareció como un trastorno específico (Vázquez *et al.*, 2016).

La bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por la presencia de sobreingesta descontrolada y conductas compensatorias posteriores al atracón, con la finalidad de no subir de peso. Como lo señalan Turón y Jarne:

Es un trastorno que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Después del episodio el sujeto se siente malhumorado, con tristeza y sentimientos de autocompasión y menosprecio. Entre los episodios bulímicos, la alimentación puede ser normal; puede estar restringida o en un perpetuo ciclo de grandes ingestas y vómitos (Turón y Jarne, 2000:164).

De igual manera, los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa se encuentran establecidos en la CLE-10 (OMS, 1992) y el DSM-5 (APA, 2014), como se muestra en la tabla 3.

En este caso el DSM-5 también establece especificaciones de remisión y gravedad (APA, 2014:345):

Especificaciones:

- En remisión parcial: cuando algunos pero no todos los criterios se han cumplido durante un periodo continuado.
- En remisión total: cuando no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un tiempo continuado.

Especificar gravedad actual: la gravedad se establece de acuerdo con el promedio de episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

TABLA 3
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA

<i>CIE-10</i>	<i>DSM-5</i>
<p>Accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos. Preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. Puede anteceder un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años.</p>	<p><i>A.</i> Episodios recurrentes de atracones caracterizados por los dos hechos siguientes: 1) ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos superior a lo que ingerirían la que la mayoría de las personas; 2) sensación de falta de control sobre lo que se ingiere en el episodio. <i>B.</i> Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno y ejercicio excesivo. <i>C.</i> Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. <i>D.</i> La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. <i>E.</i> La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

FUENTE: OMS (1992); APA (2014).

- Leve: un promedio de 1 a 3 episodios semanales.
- Moderado: un promedio de 4 a 7 episodios semanales.
- Grave: un promedio 8 a 13 episodios semanales.
- Extremo: un promedio 14 o más episodios semanales.

Con respecto a las características psicológicas de las personas con bulimia, se observa que presentan conductas impulsivas y desorganizadas no sólo en cuanto a la alimentación sino también en otros aspectos de su vida: relaciones interpersonales, escuela, trabajo. Presenta susceptibilidad a diversos factores de estrés, de tal forma que responden circunstancialmente, generando ansiedad que, al momento de desbordarse, las lleva a cometer conductas impulsivas dañinas, como los atracones; inmediatamente después les ataca el malestar, la culpa, que les conduce a las conductas compensatorias, formando así un círculo vicioso que las consume. De esta manera, viven permanentemente en la tensión, el miedo, el descontrol y la decepción personal, llenando su existencia de altibajos emocionales.

Las personas con bulimia albergan una serie de suposiciones erróneas: se sienten insatisfechas con su imagen corporal, depositan en su peso e imagen corporal la esencia de su valía personal, piensan que las demás personas las critican constantemente por su silueta, atribuyen al alimento propiedades falsas (por ejemplo: “no puedo comer nada porque engordo”, “quemar grasa”). Consideran que las conductas compensatorias pueden ayudarles a mantener el peso sin dañarles, incluso llegan a pensar que son saludables y no perciben el exceso (por ejemplo: “para cuidarme hacía zumba hasta desmayarme”), ocultan y niegan el trastorno, reiteradamente se sienten fracasadas no sólo en su propósito de no engordar, sino en el resto de las áreas de su desarrollo personal.

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La estimación estadística de estos trastornos puede resultar compleja dado que comúnmente se encubren y niegan durante largos periodos. Los trastornos con mayores datos epidemiológicos son: anorexia, bulimia y trastorno de atracones, por lo cual en ellos nos centramos en la presente investigación; en cambio, los datos para pica, rumiación, trastorno por evitación/restricción y otros trastornos especificados son escasos. Los trastornos alimentarios afectan a los jóvenes en el ámbito nacional e internacional (tabla 4); por ejemplo en Europa, Hoek y Hoeken (2003) señalan 0.3% de anorexia y 1% de bulimia; específicamente en Barcelona, Guerro-Prado, Romero y Chinchilla (2001) reportan de 0.5 a 1% de anorexia y de 1 a 3% de bulimia; en Irán, país asiático, se presenta 0.9% de anorexia y 3.2% de bulimia (Nobakht y Dezhkam, 2000); en el continente americano, en particular en México, se señala 0.5% de anorexia y 1% de bulimia.

La anorexia nerviosa se presenta principalmente en mujeres jóvenes con una prevalencia entre 0.4% (APA, 2014), aunque se advierte que con los cambios en los criterios de DSM V puede existir mayor visibilidad del trastorno, lo que se mostrará en futuros estudios (Vázquez *et al.*, 2015).

La bulimia nerviosa afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes; su presencia oscila entre 0.14 y 3.2% (Hoek y Hoeken, 2003, Mancilla *et al.*, 2007). El trastorno de atracones suele presentarse en mujeres y hombres jóvenes, con 3.2% de prevalencia, aunque se requieren mayores estudios al respecto (Morales *et al.*, 2015).

TABLA 4
PREVALENCIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO EN LOS ÁMBITOS
NACIONAL E INTERNACIONAL

<i>Región</i>	<i>Fuente</i>	<i>Anorexia</i>	<i>Bulimia</i>	<i>Trastorno de atracones</i>
Europa	Keski y Mustelin (2016)	1-4	1-2	1-4
Estados Unidos	DSM-5 (APA, 2014)	0.4	1-1.5	1.6-0.8
México	Benjet <i>et al.</i> (2012)	0.5	1.0	1.4
América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Venezuela)	Kolar <i>et al.</i> (2016)	0.1	1.16	3.53

FUENTE: elaboración propia a partir de los artículos y manual diagnóstico.

Los datos de prevalencia en México indican que a escala nacional existe 0.6% de bulimia en hombres y 1.8% en mujeres, mayores de 18 años (Rivera, Parra y Barriguete, 2005). En cambio, en la Ciudad de México se calcula que existe 0.5% de anorexia, 1.0% de bulimia y 1.4% de trastorno de atracones en ambos sexos (Benjet *et al.*, 2012).

Si bien estos trastornos se presentan mayoritariamente en mujeres, pues 90% de las personas afectadas pertenecen a sexo femenino, también se llegan a encontrar en hombres, aunque con menor frecuencia. En las mujeres se pretende la delgadez idealizada, en el caso de los hombres puede buscarse la delgadez o bien la musculatura para cumplir con el estereotipo masculino. Las estadísticas de prevalencia y género muestran que la edad de la pubertad y la adolescencia parecen especialmente importantes debido a los cambios físicos y psicológicos que implican un proceso de ajuste en espec-

tos tales como: identidad, independencia, relaciones sociales y desarrollo sexual, lo cual se vuelve aún más complejo ante las exigencias sociales incongruentes en cuanto a la independencia-dependencia, las oportunidades de desarrollo limitadas, el tipo de alimentación y actividad física imperantes, así como la difusión de un ideal estético irreal que parece proponer un modelo corporal único en contraposición con la diversidad corporal real, lo que imprime mayor exigencia para las mujeres (CNEGSR, 2004).

3. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

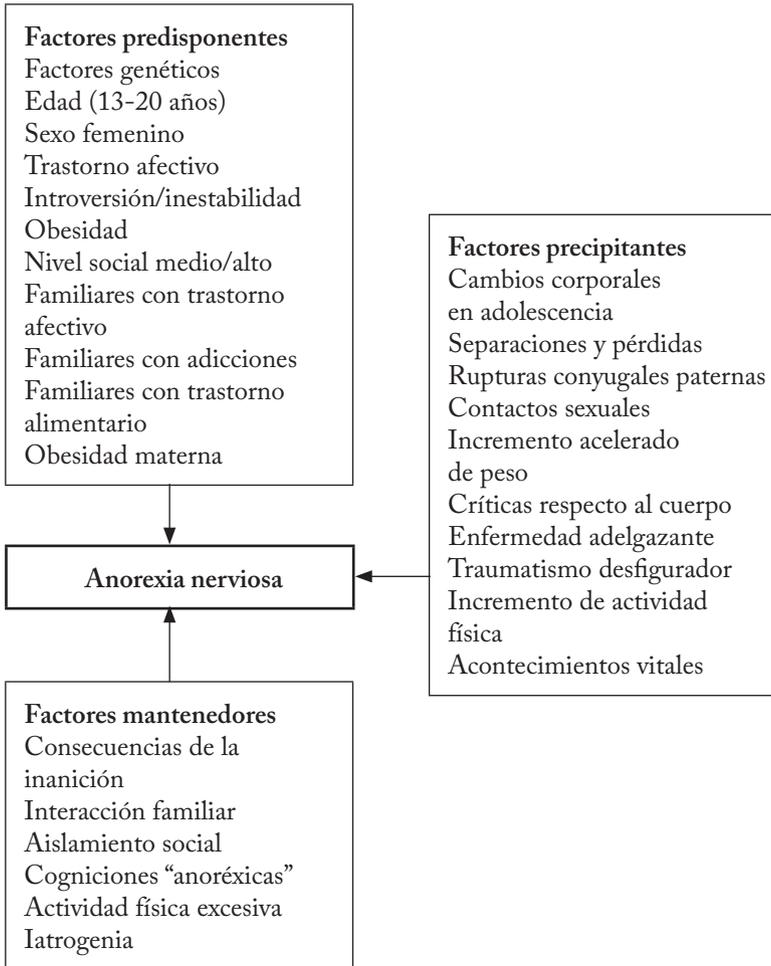
En cuanto a las causas de los trastornos alimentarios, se reconoce de manera unánime su origen multifactorial, en donde confluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Desde la postura biológica se explora la participación genética, los mecanismos neuroquímicos en el proceso de hambre-saciedad y la regulación energética y metabólica. La visión psicológica pone el acento en la formación de hábitos alimentarios, manejo de emociones y relaciones familiares, en tanto que el enfoque sociocultural señala la difusión de la cultura de la delgadez, la sobrevaloración de la apariencia física, uso de la publicidad y la influencia de las relaciones sociales (Méndez, Vázquez y García, 2008; Ruiz *et al.*, 2010a). Todos estos enfoques se complementan en la ardua tarea de comprender y brindar soluciones ante el problema.

Buscando la comprensión del origen del trastorno, se han desarrollado diversos modelos teóricos específicos para anorexia y bulimia nerviosa, ofreciendo propuestas sobre factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

En el modelo explicativo de la anorexia nerviosa, Toro y Vilardell (1987) reconocen la multicausalidad del trastorno a través de factores predisponentes como: genética, edad, género, introversión e inestabilidad, obesidad, antecedentes familiares de obesidad y psicopatología y nivel socioeconómico alto, que al conjuntarse con los factores precipitantes —entre los que destacan los cambios corporales, aumento de peso, contactos sexuales, sucesos vitales (pérdidas, divorcio, etc.) y críticas con respecto a la apariencia— dan lugar a la

aparición del trastorno, el cual se desarrolla y se mantiene por factores como consecuencia de la inanición, pérdida de peso, cogniciones distorsionadas, aislamiento social e interacciones familiares evasivas o conflictivas (figura 1).

FIGURA 1
FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES
DE ANOREXIA NERVIOSA



FUENTE: Toro y Vilardell (1987).

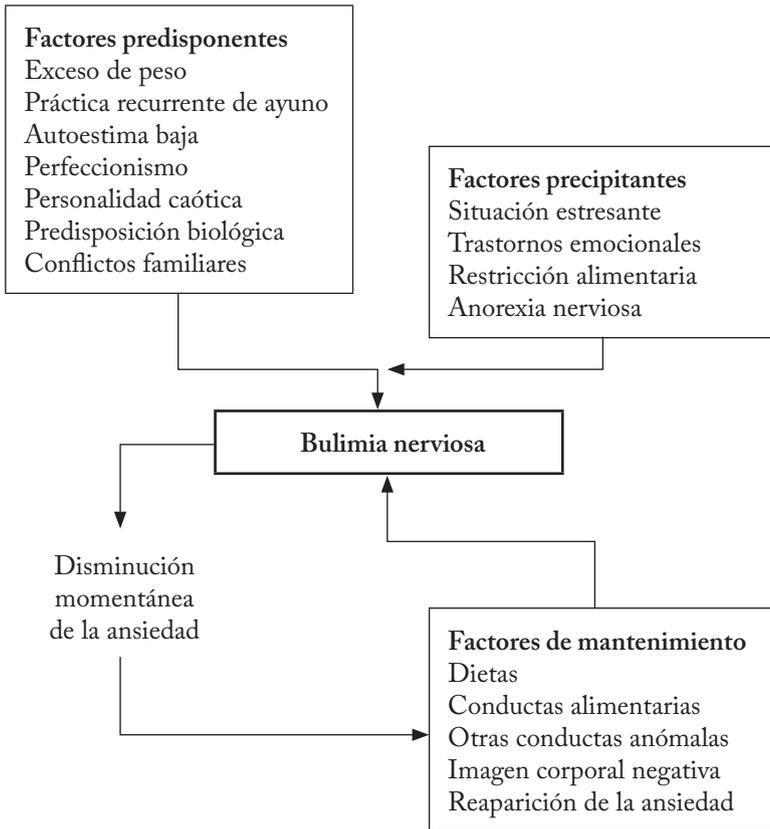
De esta manera, se observa que los factores predisponentes son los elementos que están presentes en la vida de los individuos desde antes que se manifieste el trastorno, inclusive podrían desembocar en otra patología; por su parte, los factores precipitantes se refieren a sucesos que desencadenan el trastorno actual, mientras que los factores mantenedores son aquellas creencias, prácticas o entornos que permiten que el trastorno siga presente. Todos estos factores conforman los modelos funcionales desde una perspectiva teórica, por lo que dicha clasificación suele ser utilizada en diferentes trastornos mentales.

Por su parte, Cervera (1996) considera que en la presencia de la bulimia nerviosa intervienen factores predisponentes tales como predisposición biológica, exceso de peso, ayuno, autoestima baja, perfeccionismo, personalidad caótica y conflictos familiares, que al conjuntarse con los factores precipitantes como una situación estresante, restrictiva alimentaria, o bien con trastornos como la anorexia o del estado de ánimo, contribuirían a desencadenar la aparición de la bulimia nerviosa, misma que se mantendría por la disminución momentánea de la ansiedad, imagen corporal negativa, conductas restrictivas y la reaparición de la ansiedad, volviéndose así un círculo vicioso en el que se ven atrapadas algunas jóvenes, quienes sienten que son incapaces de controlar su forma de comer y se mantienen insatisfechas de su imagen corporal (figura 2).

Estos modelos resultan relevantes al ofrecer explicaciones posibles sobre la forma en que interactúan diversos factores para que aparezcan y se mantengan los trastornos alimentarios, a partir de los cuales se han desarrollado diferentes modelos empíricos para explicar la etiología con base en la evidencia empírica. Al respecto, Raich (1994) ofrece una breve revisión de algunos modelos:

- Modelo evolutivo de Stringel-More. Considera que la orientación interpersonal de las mujeres y la belleza como aspecto central de la feminidad, sumados al estrés de la adolescencia y la aceptación de factores socioambientales que establecen estereotipos, propician estos trastornos.
- Modelo de Levine y Smolack. Establece una continuidad parcial entre la dieta restrictiva patológica, el trastorno subclínico y el trastorno alimentario.

FIGURA 2
 MODELO DE FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES
 Y MANTENIMIENTO DE BULIMIA NERVIOSA



FUENTE: Cervera (1996).

- Modelo de Raich. Considera que la influencia sociocultural que idolatra la delgadez permea el contexto educativo y familiar y se combina con carencias personales de autoestima, afrontamiento, perfeccionismo y necesidad de aprobación, generando insatisfacción corporal y, cuando esto se suma a un evento estresante, entonces aparecen conductas alimentarias nocivas (restricción, hiperfagia, purga) y finalmente el trastorno alimentario.

4. FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: RIESGO Y PROTECCIÓN

A partir de los modelos teóricos y empíricos sobre los trastornos alimentarios, la prolífica investigación de las últimas décadas aporta evidencia sobre los factores asociados a la psicopatología alimentaria, la cual parte de un enfoque multifactorial que pretende entender las características del individuo y su interacción con los diferentes contextos —familiar, escolar, sociocultural— en los que se desenvuelve a la persona afectada, todo ello con la intención de comprender los factores y vías de influencia que pueden contribuir a la presencia de alguna alteración alimentaria o bien disminuir su incidencia.

En el campo de la salud mental, desde antaño se ha puesto énfasis en realizar estudios que permitan identificar individuos y grupos de alto riesgo en psicopatología, con la finalidad de desarrollar estrategias de prevención e intervención efectivas. La identificación de los factores de riesgo y protección en niños y adolescentes se aborda desde la psicopatología evolutiva para entender la presencia del trastorno mental como un proceso evolutivo que resulta de colocar al individuo en un contexto determinado; se recomienda que dichos factores tomen en consideración la etapa evolutiva y la situación que rodea al individuo, lo que llevaría a la identificación de factores más específicos (Tsiantis y Macri, 1988).

En forma general, “se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud” (Herrera, 1999). En contraparte, los factores protectores son aquellos atributos y condiciones que contribuyen a la resistencia de la psicopatología (Buendía, 1998),

entendida la resistencia como el proceso de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes (Masten, Best y Garmezy, 1990). Estos conceptos resultan importantes al momento de trabajar en la promoción y prevención en el campo de la salud mental (Rodríguez y Minoletti, 2013).

Cabe señalar que el trabajo sobre factores de riesgo ha derivado en una ramificación de conceptos que intenta clarificar la presencia de indicadores, marcadores o mecanismos de riesgo, así como factores proximales, mediales y distales, reconociendo que todos ellos se trabajan en el sentido de aumentar probabilidades de ocurrencia del problema en cuestión, más no de causalidad; en tanto que los estudios sobre factores y mecanismos de protección están íntimamente vinculados con los conceptos de resistencia y resiliencia (Cova, 2004). Esta distinción entre los factores de riesgo y protección puede resultar un tanto ficticia porque en ocasiones un mismo aspecto psicológico puede tener efectos de riesgo y protección; por ejemplo, cuando la autoestima está disminuida tiene un efecto de riesgo, en cambio, cuando se encuentra en un nivel alto puede tener un efecto protector; otra advertencia es que estos factores de riesgo y protección no se encuentran separados, sino que están en constante interacción. A pesar de ello, la aproximación de riesgo y protección resulta útil al momento de una identificación de factores que no esté sesgada solamente hacia lo negativo, lo patológico, sino que permita escudriñar sobre aquellos elementos y recursos positivos presentes a pesar de la problemática; el enfoque de riesgo y protección da la pauta para las necesidades de atención, lo cual resulta por demás relevante al momento de diseñar programas de prevención y tratamiento.

Entrando de lleno en la psicopatología alimentaria, se señala que los principales factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios son: autoestima baja, insatisfacción corporal, problemas afectivo-emocionales, disfunción familiar, cultura de la delgadez, etc. No obstante, existe menor investigación en torno a los factores protectores, entre los que se encuentran: alta autoestima, proyecto de vida, familia con buena comunicación y apoyo, permanencia escolar, locus de control interno, sentido de vida, resiliencia alta, actividades sociales e intelectuales-culturales compartidas en familia y comunidad (Páramo, 2011; Ruiz *et al.*, 2010b).

De esta manera, se muestra que algunos aspectos individuales, familiares y socioculturales pueden ejercer un efecto de riesgo y/o protección en la presencia de los trastornos alimentarios; por ejemplo: la disfunción familiar actuaría como un factor de riesgo, pero la comunicación y el apoyo familiar actuarían como factores protectores. En la tabla 5 se presentan los factores asociados a los trastornos alimentarios considerando las esferas individual, familiar y medioambiental/social. Dada la amplia diversidad de los factores, a continuación se precisan algunos que pueden ser retomados para las intervenciones preventivas.

FACTORES INDIVIDUALES

Entre los factores individuales de los trastornos alimentarios se encuentra una amplia variedad que va desde las características biológicas, como genética, peso, edad y género, hasta aspectos aprendidos, como los hábitos alimentarios. En esta categoría se encuentran diferentes elementos, tales como: *a*) personales: autoestima, personalidad, perfeccionismo; *b*) afectivo-emocionales: miedo a engordar, miedo a madurar; *c*) cognitivos: pensamientos obsesivos, creencias erróneas, y *d*) conductuales: alimentación desordenada, consumo de sustancias. A continuación se analizan algunos de estos factores:

- *Imagen corporal.* Se refiere a la manera en que la persona percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, incluyendo aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales (Rosen, 1995; Thompson, 1990). Se forma a partir de un proceso dinámico de socialización en el cual se asimila qué características corporales son deseables en su contexto; cuando existe gran discrepancia entre la imagen ideal y la real suele presentarse malestar e insatisfacción con la imagen corporal (Myers y Biocca, 1992), que se presenta como uno de los principales factores de riesgo para los trastornos alimentarios (Vázquez *et al.*, 2004).
- *Autoestima.* Es una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real o ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión (González-Arratia, 2001); se considera que un déficit en la autoestima influye en

la aparición de trastornos alimentarios, especialmente cuando depositan su autovaloración en la autoimagen, se comparan socialmente e internalizan el ideal de delgadez (Portela *et al.*, 2012), en tanto que la autoestima alta basada en competencias escolares y otras actividades actuaría con un efecto protector (Geller, Zaitsoff y Srikameswaran, 2002).

- *Resiliencia*. Es la capacidad para adaptarse y ajustarse por medio de la interacción entre atributos individuales y su ambiente (familiar, social y cultural), lo que posibilita la superación del riesgo y la adversidad en forma constructiva (González-Arratia, 2007); a pesar de la complejidad del concepto, se coincide en que conlleva elementos biológicos y de personalidad del individuo, así como elementos del medio, tales como familia, comunidad, grupos de pares (González-Arratia, 2016). En relación con los trastornos alimentarios, la investigación sobre resiliencia y factores protectores apenas comenzó a atenderse en las últimas décadas (Rodin, Striegel-More y Silberstein, 1990); lo investigado coincide en señalar la importancia de la autoestima y suma el bienestar emocional, el logro académico (Croll *et al.*, 2002) y las relaciones familiares fuertes, así como el compartir actividades sociales con la familia (Ruiz, 2010).

FACTORES FAMILIARES

El reconocimiento de los factores familiares asociados a los trastornos alimentarios es de suma importancia tanto en la etiología como en la recuperación. En este rubro, se incluyen aspectos como: funcionamiento familiar, relaciones parentales, estresores familiares, psicopatología familiar, actitudes y prácticas alimentarias en la familia (Ruiz *et al.*, 2013). A continuación se puntualizan el funcionamiento familiar y las prácticas alimentarias como elementos susceptibles para trabajarse en los programas de prevención.

- *Funcionamiento familiar*. Se refiere al conjunto de interrelaciones que se generan al interior entre los integrantes de la familia. Es el aspecto familiar más estudiado en relación con los trastornos alimentarios, que puede actuar como factor de riesgo en caso de un funcionamiento deteriorado, baja cohesión,

comunicación y flexibilidad. Aunque también se reconoce que puede tener un efecto protector cuando presenta orientación al logro y se comparten actividades intelectuales-culturales (Ruiz *et al.*, 2010b).

- *Prácticas de crianza alimentaria.* Son acciones o comportamientos que los padres utilizan para guiar la conducta alimentaria de sus hijos; integra el concepto de conocimientos, creencias, percepciones y significados que los padres, especialmente la madre, tienen sobre el proceso de alimentación de su hijo, mismas que impactan en el tipo de alimentos que ofrecen a sus hijos (Valdez, 2016). Estas prácticas adquieren varias clasificaciones: *a)* presión para comer, restricción alimentaria, modificación alimentaria; *b)* control, manipulación, modelamiento, sustitución, evitación de problemas, que puede ser evaluada directamente con los padres o de acuerdo con la percepción de los hijos. El control excesivo al momento de orientar la alimentación de los hijos produce efectos contrarios de consumo de productos poco saludables, en cambio, el control encubierto disminuye el consumo de comida chatarra y aumenta el consumo de frutas y verduras (Campos, 2015).

FACTORES MEDIOAMBIENTALES /SOCIOCULTURALES

Estos factores se refieren a los aspectos compartidos por la sociedad, las costumbres, los significados compartidos, los sistemas establecidos, conformando la esfera macrosocial que imprime su influencia sobre los individuos de forma directa o indirecta; entre éstos se encuentra las presiones de amigos y familiares sobre el peso y la imagen corporal, la influencia de los medios de comunicación, los estereotipos corporales de delgadez para las mujeres y de musculatura para los hombres, procesos de aculturación (Portela *et al.*, 2012), falta de aplicación de la legislación sanitaria sobre alimentación y trastornos alimentarios, falta de servicios de salud.

- *Influencia sociocultural.* Se refiere al efecto que ejerce la presión social para cumplir con los estereotipos corporales aceptados y acostumbrados dentro de un contexto histórico-sociocultural, lo cual es transmitido por las personas cercanas (familia y

amigos) y por los medios de comunicación; de manera especial se ejerce presión hacia la delgadez en las mujeres, constituyendo así la cultura de la delgadez (Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989); recientemente se estudia el estereotipo de musculatura para los hombres. Se ha encontrado que las mujeres mexicanas pueden ser más susceptibles a la publicidad (Mancilla *et al.*, 2010) y que la asimilación del modelo estético y las relaciones sociales que aprecian la delgadez pueden actuar como factores de riesgo de los trastornos alimentarios (Ruiz *et al.*, 2010a). La influencia sociocultural que favorece los estereotipos corporales se puede contrarrestar con regulación de veracidad en los medios de comunicación, educación y formación de audiencias críticas (Rodríguez y Gómez, 2007).

TABLA 5
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS
A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>Área</i>	<i>Riesgo</i>	<i>Protección</i>
Individual	Índice de Masa Corporal Género femenino Adolescencia Autoestima baja Insatisfacción corporal Inestabilidad emocional Perfeccionismo Personalidad obsesiva Dieta restrictiva Alimentación caótica	Autoestima alta Logro académico Locus de control interno Bienestar emocional Resiliencia Sentido de vida Alimentación y ejercicio saludable
Familiar	Obesidad familiar Psicopatología parental Disfunción familiar Control alimentario excesivo por la madre	Vínculos familiares fuertes Comunicación familiar Actividades sociales e intelectuales en familia Presencia de la madre en el hogar

TABLA 5 (CONTINUACIÓN)

<i>Área</i>	<i>Riesgo</i>	<i>Protección</i>
Medioambiental/ sociocultural	Presión hacia la delgadez de amigos y familiares Cultura de la delgadez Estereotipos corporales: delgadez y musculatura Influencia de la publicidad Falta de regulación sanitaria	Disponibilidad de alimento saludable Permanencia escolar Actividades comunitarias Audiencias críticas Educación

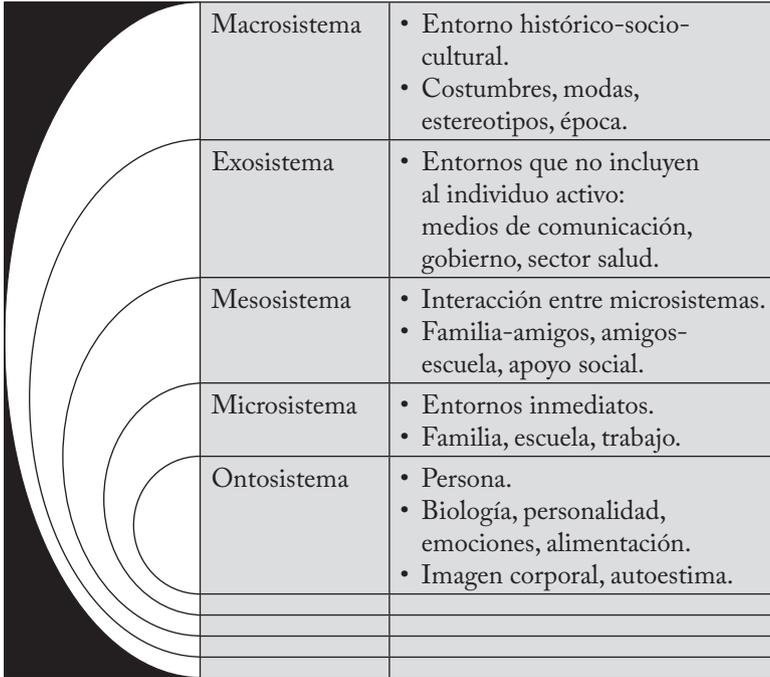
FUENTE: elaboración propia a partir de la revisión de estudios empíricos.

VISIÓN ECOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Estos factores de riesgo y protección tendrían cabida en una visión más amplia y compleja, como el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994). Este modelo puede ser aplicado a los trastornos alimentarios si ubicamos en cada uno de los subsistemas, desde el contológico hasta el macrosistema, aquellos factores que han mostrado efectos de riesgo o protección en la psicopatología alimentaria (figura 3), lo que puede resultar en una aproximación útil para comprender cómo el individuo se va desarrollando en entornos cada vez más complejos, explicados a través de distintos niveles interdependientes con los que interactúa de manera regular y por largos periodos; en dichos niveles se dan procesos proximales y distales que impactan favorable o desfavorablemente en el curso de la vida.

Este enfoque permite apreciar que el entorno está formado como un conjunto de estructuras unidas y superpuestas que van desde el interior del individuo hasta el exterior entorno sociocultural, por lo que podrían ser contemplados al momento de prevenir. Hay que recordar en todo momento que los aspectos que rodean al individuo se entretajan de tal forma que condicionan sus procesos de salud-enfermedad; así, la presencia del trastorno alimentario no depende únicamente del individuo, sus características o sus decisiones, sino

FIGURA 3
 MODELO DE BRONFENBRENNER
 EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



FUENTE: elaboración propia con base en Bronfenbrenner (1994).

que se alberga en un ecosistema que lo favorece mediante sus prácticas y condiciones establecidas, por lo que el cambio de comportamientos nocivos y la adquisición de prácticas más saludables conlleva elementos que están fuera del alcance del individuo y requieren la intervención de otros actores sociales. En consecuencia, si sólo nos centramos en lo individual estaremos negando esta realidad y sobre-responsabilizando o culpabilizando al afectado (Rueda *et al.*, 2008, citado en Sanjuán, 2014); además estaremos soslayando la responsabilidad de otros sectores de la sociedad.

5. CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las consecuencias de los trastornos alimentarios abarcan aspectos físicos, psicológicos y sociales, deteriorando la calidad de vida de quien los padece y de las personas más cercanas que le acompañan ante la presencia del trastorno, como familiares y amigos; incluso pueden considerarse las consecuencias en las instituciones escolares, sanitarias y sociales, que ven mermada la salud de su población juvenil y elevados sus costos de atención. La Secretaría de Salud (SS) señala:

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa están relacionadas con una tasa de morbilidad de 33% después de casi 12 años de la primera admisión en servicios hospitalarios. Se han reportado tasas de mortalidad estandarizada de 5.1 para la anorexia nerviosa y de 1.7 para la bulimia nerviosa; las principales causas de muerte son el suicidio, las arritmias y enfermedades infecciosas (SS, 2013:9).

CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Las complicaciones médicas de los trastornos alimentarios son complejas, afectan diversos sistemas del organismo y deterioran severamente su calidad de vida. Recientemente, el *International Journal of Eating Disorders* le dedicó un número especial a la actualización de las complicaciones médicas de los trastornos alimentarios; en la tabla 6 se muestran las correspondientes a la anorexia.

La paciente con anorexia presenta delgadez extrema, piel seca, cabello frágil, uñas quebradizas, lanugo, dificultad para conservar la temperatura, amenorrea. Se presentan problemas como anemia leve, presión arterial baja, menor volumen circulatorio y vasoconstricción, problemas renales; asimismo, la disminución del potasio puede acarrear problemas cardíacos. En los aspectos gastrointestinales se identifica un abdomen hundido, inapetencia, estreñimiento, náusea, vómito, hemorroides; comúnmente existe alternancia entre diarrea y estreñimiento, así como alteraciones neuropsicológicas en tiempos de reacción y memoria (Turón y Jarne, 2000). Por su parte, el DSM-5 (APA, 2014) señala entre los marcadores diagnósticos algunas alteraciones hematológicas, bioquímicas, endocrinas, cardíacas, óseas, hidroelectrolíticas, entre otras. Destaca de manera particular el riesgo de suicidio, con una tasa de 12 casos por cada millón de habitantes.

TABLA 6
COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

<i>Área</i>	<i>Complicación</i>
Gastrointestinales (Norris <i>et al.</i> , 2016)	Retardo en tránsito intestinal, motilidad y vaciamiento gástrico Perforación y necrosis Pancreatitis
Cardiovasculares (Sanchs <i>et al.</i> , 2016)	Complicación estructural en miocardio Hemodinámica alterada Repolarización/conducción anormal Vascular periférica alterada Hipotensión
Ginecológicos (Kimmel <i>et al.</i> , 2016)	Descenso de la libido Ansiedad sexual Depresión posparto Interrupción temprana de la alimentación al seno materno
Enfermedades óseas (Misra, Golden y Katzman, 2016)	Disminución de la densidad mineral Daño en la calidad del hueso Riesgo incrementado de fractura

FUENTE: Norris *et al.* (2016); Sanchs *et al.* (2016); Kimmel *et al.* (2016) y Misra *et al.* (2016).

Dependiendo de la gravedad de la anorexia nerviosa, algunas personas pueden mantener sus actividades sociales, académicas y laborales, aunque otras presentan aislamiento y, conforme el deterioro físico aumenta, es difícil mantener el nivel académico y profesional. Asimismo, se presenta la comorbilidad con ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y consumo de sustancias adictivas.

CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

En cuanto a las consecuencias de la bulimia nerviosa, la paciente suele presentarse con peso normal o un peso por encima de su peso recomendado, e incluso con sobrepeso; en este caso su delgadez no la delata físicamente. En casos prolongados puede percibirse el desgaste dental y las callosidades en el dorso de la mano por generarse el vómito introduciendo los dedos a la boca. En la tabla 7 se observan las complicaciones de la bulimia y conductas purgativas.

Ante las alteraciones alimentarias puede presentarse distensión abdominal, estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parótidas, alteraciones electrolíticas, endocrinas, cardíacas (Turón y Jarne, 2000), irregularidades menstruales, problemas gástricos como desgarros esofágicos, perforación gástrica y afectaciones rectales (APA, 2014).

Con respecto a la comorbilidad psicopatológica, la bulimia nerviosa se relaciona de manera preponderante con ansiedad, falta de control de impulsos y la depresión-ansiedad; también puede presentarse el consumo de sustancias adictivas (APA, 2014).

Como se observa en el curso crónico de los trastornos alimentarios, el funcionamiento y la salud integral se van deteriorando cada vez más, afectando múltiples sistemas del organismo, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario que resulta poco accesible y costoso.

Estas consecuencias evidencian la imperiosa necesidad de actuar en torno a la prevención, la detección temprana y el tratamiento interdisciplinario que al ponerse en marcha pueden conseguir la remisión del trastorno, aunque hay que reconocer que las recaídas son frecuentes (Méndez, Vázquez y García, 2008). De esta manera, tanto la persona como la familia que le acompaña entran en un camino desalentador y complejo que exigirá el mayor de sus esfuerzos

TABLA 7
 COMPLICACIONES DE LA BULIMIA NERVIOSA
 Y CONDUCTAS PURGATIVAS

<i>Área</i>	<i>Complicación</i>
Cabeza y cuello (Forney <i>et al.</i> , 2016)	Caries Pérdida de piezas dentales Inflamación de las parótidas Sangrado oral
Gastrointestinales (Forney <i>et al.</i> , 2016)	Esofagitis Reflujo Acidez Regurgitación Prolapso rectal Constipación Disfunción intestinal Ruptura de la arteria gástrica posterior Síndrome de intestino irritable
Cardiovascular (Forney <i>et al.</i> , 2016)	Arritmias asociadas a hipocalcemia Daño muscular Insuficiencia congestiva Hipotensión
Ginecológicos (Kimmel <i>et al.</i> , 2016)	Sentimientos negativos ante el embarazo Ganancia de peso excesiva Nacimientos prematuros Baja puntuación en la prueba de Apgar del hijo al nacer Depresión posparto

FUENTE: Forney *et al.* (2016) y Kimmel *et al.* (2016).

para encontrar el tratamiento multidisciplinario adecuado, adherirse al mismo y salir adelante de esta complicada situación (Ruiz *et al.*, 2013).

6. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Si bien es cierto que la evaluación de los trastornos alimentarios requiere de personal especializado, también es cierto que las primeras señales suelen manifestarse fuera del sector salud. Generalmente las personas cercanas al adolescente con alguna alteración alimentaria serán los primeros en percatarse de algunos cambios en sus pensamientos, emociones y comportamientos. Por ello es importante que amigos, padres y profesores que se encuentran en contacto con adolescentes puedan identificar algunos cambios que podrían alertarlos para brindar apoyo y llevarlos a una evaluación completa. Algunos de estos indicadores de riesgo son:

- Disminución de peso inexplicable
- Preocupación desmedida por la apariencia física
- Deseos de adelgazar más allá del peso saludable
- Obsesión por el peso corporal
- Cambios en la variedad y cantidad de alimentos consumidos
- Ejercicio excesivo
- Someterse a dieta restrictiva
- Aislarse para alimentarse
- Emociones negativas asociadas a la alimentación
- Tomar medicamentos para controlar el peso
- Ayunos prolongados, saltarse comidas
- Vómito o diarrea inexplicables

Ahora bien, al hablar de evaluación formal es importante recordar que ésta consiste en estimar, apreciar o calcular el valor de algo,

por lo que conlleva un juicio de valor. Para tal efecto, hay que tener en cuenta la perspectiva teórica y la definición conceptual de aquello que se pretende valorar, en este caso la presencia de los trastornos alimentarios, a partir de lo cual se pueden determinar los métodos para recabar la información pertinente y completa para poder emitir el juicio adecuado sobre la presencia de esta psicopatología.

En este sentido, se reconoce que la evaluación clínica no se da en automático, sino que es un proceso que conlleva planeación, recopilación de datos, análisis de la información para emitir un juicio y la comunicación de dicha valoración. En primer lugar, el clínico pretende conocer al paciente y entender aquello que le afecta, los factores implicados, el grado de afectación y las consecuencias generadas; por ello recopila información en el nivel físico, sociodemográfico, conductual, cognitivo y ambiental (Bernstein y Nietzel, 1982). Asimismo, se reconoce que la evaluación se lleva a cabo al inicio, durante y al finalizar el proceso de intervención para poder evaluar sus efectos; aunque ello resulta complicado al inicio, ya que la mayoría de las pacientes con trastorno alimentario suelen presentar resistencia y van condicionadas por sus familiares, dado que ellas niegan el trastorno y se resisten a recibir atención.

En el campo de la salud, la evaluación la realiza personal especializado, como médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales. Los trabajadores de la salud realizarán las acciones de evaluación propias de su perfil profesional y el equipo multidisciplinario debe conocer los términos en que se realizan dichas evaluaciones para poder colaborar conjuntamente en pro de la salud y el bienestar del usuario. De manera específica, ante los problemas de salud mental, como los trastornos alimentarios, generalmente el psiquiatra establece el diagnóstico clínico y el psicólogo realiza la evaluación clínica de las características que presenta el afectado; aunque, como lo menciona el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, al referir el Informe de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos:

La Psicopatología es, en consecuencia, la ciencia base tanto de la Psiquiatría como de la Psicología Clínica, como la disciplina dedicada al estudio científico del comportamiento trastornado o anómalo; mientras estas dos disciplinas son, en cambio, ciencias aplicadas, que utilizan sus propios recursos terapéuticos para el abordaje de los

trastornos del comportamiento, en función de la etiología relevante en cada caso y de la tecnología de la que cada una dispone (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003:8).

Los trabajadores de la salud del primer nivel de atención son comúnmente los que tendrán un primer acercamiento, directo o indirecto, ya sea con los pacientes o con sus familiares, cuando se acercan a pedir atención debido al trastorno o por alguna de las complicaciones físicas o mentales que acarrearán. En este sentido, es necesario recordar que en los espacios de atención primaria no se cuenta con el equipo interdisciplinario completo para el tratamiento de los trastornos alimentarios, así que el que se encarga de la evaluación inicial es el médico general, ubicado en el primer nivel de atención en las instituciones de salud, y de ahí refiere al paciente a servicios más especializados de segundo o tercer nivel, dependiendo de la evolución y la gravedad del caso. De esta manera, apegados a la realidad, la evaluación responderá tanto a las necesidades del paciente como a las condiciones y los recursos sanitarios disponibles en la región.

DIAGNÓSTICO

Para evaluar la presencia de los trastornos alimentarios prevalece la perspectiva biomédica, por lo tanto la evaluación por excelencia es el diagnóstico clínico, que implica la distinción de un trastorno específico, tomando en consideración los signos y los síntomas presentes en el usuario, lo que se debe complementar con la proposición etiológica sobre las causas de la situación actual, el pronóstico de la evolución del caso y las recomendaciones terapéuticas.

En este caso, el diagnóstico se establece mediante una entrevista diagnóstica basada en los criterios clínicos establecidos en alguna clasificación internacional (CIE-10 o DSM-5), aunque en éstas sólo se encontrarán los criterios diagnósticos y los elementos descriptivos (tipos o especificaciones) necesarios para distinguir el trastorno en cuestión, mientras que el análisis etiológico y el pronóstico son más bien escasos, por lo que se requiere que el especialista que brinde el diagnóstico profundice en dichos aspectos utilizando su conocimiento y experiencia para obtener la información relevante que le permita

tomar las decisiones pertinentes para la intervención en beneficio del paciente.

Adicionalmente, en el DSM V (APA, 2014) también se encuentra la sección de diagnóstico diferencial con la intención de advertir sobre otros trastornos que pueden compartir algunas características y confundir el diagnóstico. En el caso de la anorexia nerviosa, se mencionan las afectaciones médicas, tales como: enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo, cáncer o SIDA, que conllevan una descompensación en el peso corporal además de trastornos mentales como depresión mayor, esquizofrenia, consumo de sustancias, ansiedad, obsesivo-compulsivo, dismorfia corporal, bulimia nerviosa y trastorno de evitación de ingesta de alimentos. Con respecto a la bulimia nerviosa, se señala que se debe distinguir de otros trastornos alimentarios como: *a)* la anorexia nerviosa de tipo con atracones/purga, cuando la paciente cumple todos los criterios de anorexia y los atracones sólo se presentan durante los episodios de anorexia y *b)* trastorno de atracones, en el cual la frecuencia de atracones es constante en ausencia de conductas compensatorias; otros trastornos por considerar serán la depresión mayor y de personalidad límite que puede acompañarse de conductas impulsivas, entre otros síndromes físicos.

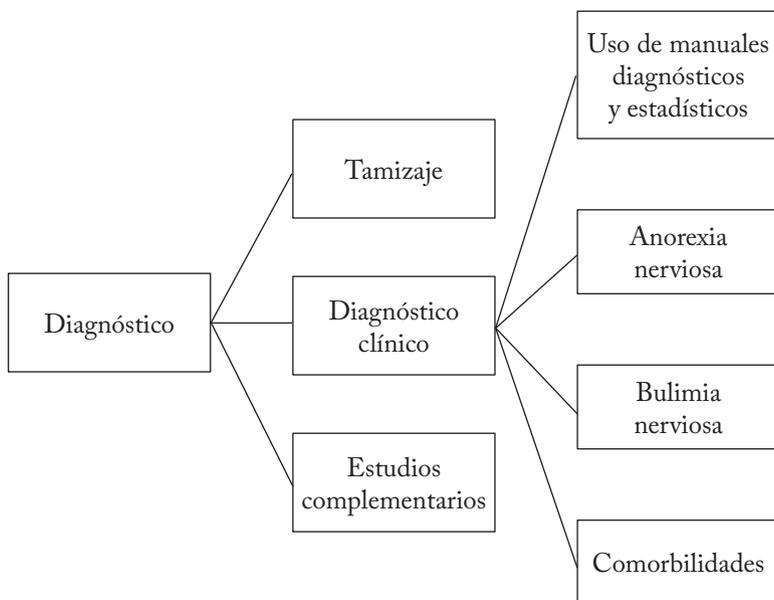
Con respecto a la evaluación, en la Guía de Práctica Clínica (GPC SS-113-08) se desglosan el tamizaje y el diagnóstico mediante el uso de manuales diagnósticos y estadísticos para anorexia y bulimia, así como la evaluación de otras complicaciones físicas y mentales que acompañan a los trastornos alimentarios (figura 4). Para ello, ofrece herramientas para la evaluación, señalando como escalas de clasificación clínica los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; posteriormente, ofrece un instrumento de tamizaje y las guías de entrevista diagnóstica semiestructurada.

En primer lugar, se aborda el tamizaje que pretende identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, esperando incidir tempranamente para evitar la afectación y las comorbilidades que le acompañan. En ese sentido, se recomienda aplicar herramientas de tamizaje a adolescentes, para lo cual se cuenta con diferentes instrumentos; en especial se recomienda el “Cuestionario de conductas alimentarias” (CAR) desarrollado y validado en México (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004), que permite identificar el riesgo de la psicopatología alimentaria a través de aspectos

tales como: preocupación por engordar, comer en exceso, pérdida de control al comer, conductas compensatorias (vómito, ayuno, dieta, ejercicio, pastillas, diuréticos, laxantes). Se recomienda que se aplique a personas con bajo IMC, pacientes preocupados por el peso, signos de desnutrición, vómitos, mujeres con alteraciones menstruales y menores con alteraciones en el crecimiento.

En segundo lugar, se aborda el diagnóstico clínico, para lo cual se utilizan los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR; en este caso, la versión más actualizada con la que se puede trabajar es el DSM V; el uso de las clasificaciones internacionales para establecer el diagnóstico responde a la tendencia a estandarizar los procesos de evaluación para homogeneizar los diagnósticos y favorecer la comunicación interpersonal y, aunque pretenden ser ateóricos, debe reconocerse que en estas clasificaciones impera una postura biomédica.

FIGURA 4
ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



FUENTE: elaboración propia basada en la Guía de Práctica Clínica SS-113-08 (SS, 2013).

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

Los trabajadores de la salud saben que la técnica por excelencia para establecer el diagnóstico es la entrevista clínica, que debe ser realizada por personal capacitado con conocimientos y habilidades que le permitan emitir un juicio experto sobre la presencia del trastorno alimentario.

En cuanto a las entrevistas para diagnóstico clínico, existen algunas que forman parte de protocolos de entrevista completas e integrales, los cuales evalúan distintos problemas de salud mental y dedican una sección a los trastornos alimentarios; en cambio, otras entrevistas están dirigidas a evaluar exclusivamente la presencia de algún trastorno del comportamiento alimentario. A continuación se describen brevemente algunas de las usadas frecuentemente:

Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview). Fue creada por médicos y psiquiatras estadounidenses y franceses; es una entrevista diagnóstica estructurada, breve y útil para evaluar 17 trastornos psiquiátricos contenidos en el DSM III-R: depresión mayor, episodio manía, dependencia de alcohol, dependencia de drogas, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia, ansiedad generalizada, anorexia, bulimia, trastornos psicóticos, etc. Para la mayoría de las secciones, si una o dos preguntas son contestadas negativamente se descarta el diagnóstico (Lecrubier *et al.*, 1997). La Mini suele utilizarse para dar seguimiento a la evaluación clínica de los pacientes, considerando los criterios de DSM-IV y CIE-10; existen distintas versiones: Mini-Screm, Mini-Plus, Mini-Kid (Sheehan *et al.*, 1998). Respecto de los trastornos alimentarios, en México la GPC recomienda, como punto de buena práctica, el uso de la Mini-Plus sección M y N (2000, citado en SS, 2013:34), porque se considera válida y disponible en español, y ofrece los formatos correspondientes para anorexia nerviosa (tabla 8) y bulimia nerviosa (tabla 9), aunque no presentan datos de validez específica para trastornos alimentarios en población mexicana.

Dada la brevedad de la guía de la Mini-Plus, es importante recordar que debe ser aplicada por personal clínico con adecuada formación y experiencia, que le permitan obtener la información relevante y concisa para establecer el diagnóstico apegado a lo establecido en la CIE-10 y el DSM V.

TABLA 8
INDICADORES DE LA ESCALA MINI-PLUS
PARA ANOREXIA NERVIOSA

<p>Estatura Peso (el más bajo en los últimos tres meses) ¿El peso del paciente es inferior al peso mínimo correspondiente a su estatura?</p>
<p>¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? ¿A pesar de estar bajo de peso, temía ganar peso o ponerse gorda/o? ¿Se consideraba gorda/o, o que una parte de su cuerpo es demasiado gorda? ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que tenía de sí mismo? ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? Para mujeres, ¿en los últimos tres meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?</p>
<p>Autores: Sheehan, Janavs, Baker, Harnett-Sheehan, Knapp, Sheehan, Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine. Versión en español de Ferrando, Bobes, Gilbert, Soto, Soto. Mini 5.0.0 (1 de enero de 2000).</p>

FUENTE: SS (2013).

TABLA 9
INDICADORES DE LA ESCALA MINI-PLUS PARA BULIMIA NERVIOSA

<p>¿En los últimos tres meses, se ha dado usted atracones en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de dos horas? ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted al menos dos atracones por semana? ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos? ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?</p>
--

TABLA 9 (CONTINUACIÓN)

<p>¿Cumplen los síntomas del paciente los criterios de anorexia nerviosa?</p> <p>¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo del peso mínimo?</p>
<p>Autores: Sherman, Janavs, Baker, Harnett-Sheehan, Knapp, Sheehan, Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora, Lépine. Versión en español de Ferrando, Bobes, Gilbert, Soto, Soto. Mini 5.0.0 (1 de enero de 2000).</p>

FUENTE: SS (2013).

WMH-CIDI, Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview). Es la entrevista clínica estructurada elaborada por la OMS, de uso nacional e internacional, cuyos orígenes se remontan a las entrevistas diagnósticas desarrolladas por Robins en los años ochenta; posteriormente fue retomada en 1990, con revisiones en 1997 y utilizada en 1998 para la Encuesta Mundial de Salud Mental. Su objetivo es evaluar los trastornos mentales correspondientes a la CIE-10 y el DSM-IV, considerando 12 meses y de toda la vida, de uso clínico y de investigación, para medir prevalencia, gravedad, comorbilidad, carga, uso de servicios y medicamentos, brechas y barreras de tratamiento; cuenta con confiabilidad de buena a excelente en las diferentes secciones (Wittchen, 1994; Green *et al.*, 2012). En México se realizó la adaptación siguiendo los criterios establecidos por la OMS por un grupo de expertos del Instituto Nacional de Psiquiatría (Medina-Mora *et al.*, 2009). En relación con la psicopatología alimentaria, se ha utilizado la versión de la CIDI para adolescentes (WMH-CIDI-A), para estimar la prevalencia de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones en la población general de adolescentes (Benjet *et al.*, 2012).

El apartado de trastornos de la conducta alimentaria de la WMH-CIDI-A para diagnosticar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, contiene 38 reactivos que abordan los siguientes aspectos:

- Anorexia nerviosa
 - Medición de peso y talla para compararlo con las tablas de referencia.

- Miedo a engordar, preocupación por bajo peso.
 - Peso corporal más bajo después de los 12 años.
 - Conductas para mantener el peso bajo (dieta, ejercicio).
 - Alteración en periodos menstruales.
 - Percepción de sobrepeso o partes del cuerpo muy gordas.
 - Dependencia del nivel de autoestima conforme al peso.
 - Comentarios de que su peso bajo no es saludable.
 - Edad de inicio de peso bajo y preocupaciones relacionadas con el peso.
 - Curso de problemas alimentarios 2-6, 7-12 meses y en el último mes.
- Bulimia nerviosa
 - Presencia de atracones al menos dos veces por semana; en los atracones come más rápido de lo normal, sensación de pérdida de control; come hasta sentirse incómodo, continúa comiendo aunque ya no tenga hambre.
 - Sentimientos de culpa/enojo/depresión después del atracón.
 - Miedo de aumentar de peso.
 - Autoestima y confianza dependientes del peso y la imagen corporal.
 - Preocupación por las consecuencias del atracón a largo plazo.
 - Edad de inicio de los atracones.
 - Curso del atracón, 2-6, 7-12 meses y en el último mes.
 - Conductas compensatorias para controlar el peso al menos dos veces por semana durante tres meses (ayuno, dieta líquida, pastillas, diuréticos o medicamentos, laxantes enemas, ejercicio excesivo, masticar/escupir).
 - Edad de inicio de las conductas compensatorias.
 - Curso de las conductas compensatorias 2-6, 7-12 meses y en el último mes.
 - Discapacidad
 - Interferencia del problema alimentario con sus actividades en el último mes o 12 días, actividades del hogar, laborales, relaciones interpersonales, sociales.
 - Días de incapacidad debido a problemas alimentarios.

- Uso de servicios
 - Consulta con médicos u otro profesional sobre problemas alimentarios y peso.
 - Edad en que habló inicialmente con su médico de sus problemas alimentarios.
- Eficacia de tratamiento recibido
- Edad en que recibió tratamiento la primera vez
- Número de profesionales consultados
- Tratamiento sobre problemas con su alimentación o peso en los últimos 12 meses

EDE, Exploración de los trastornos alimentarios (Eating Disorders Examination). Fue creada por Fairburn y Cooper (1993, citado en Vázquez *et al.*, 2010); se trata de una guía de entrevista destinada a evaluar los síntomas de los trastornos alimentarios, especialmente anorexia y bulimia, así como episodios de atracón. Está formada por 61 reactivos distribuidos en cinco áreas: *a)* restricción, *b)* bulimia, *c)* preocupación por la comida, *d)* preocupación por la silueta, *e)* preocupación por el peso.

IDED, Entrevista para el diagnóstico de trastornos alimentarios (Interview for Diagnostic of Eating Disorders). Incluye la evaluación general y la historia del problema, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, con posibilidades de retomar algunas preguntas específicas para el trastorno por atracón; es una herramienta útil para que el clínico establezca el diagnóstico de algún trastorno alimentario y para especificar sus subtipos; de amplio uso nacional e internacional, con adecuadas propiedades psicométricas (Kutlesic *et al.*, 1998).

INSTRUMENTOS

Por otra parte, existen diversos instrumentos de autorreporte para evaluar los síntomas y características de los trastornos alimentarios; se utilizan como instrumentos de tamizaje o bien como herramientas de evaluación durante el tratamiento ofrecido; proporcionan datos confirmatorios y complementarios al diagnóstico, pero no tienen el

alcance de establecer, a partir de las puntuaciones obtenidas, un diagnóstico clínico. Estos instrumentos son de amplio uso en los ámbitos nacional e internacional; la mayoría de ellos se creó en países desarrollados de Europa o América del Norte, por lo que suelen ser adaptados y validados para poblaciones de otros países, como los de América Latina (Mancilla y Gómez, 2006), aunque también existen instrumentos creados en países en vías de desarrollo, como en el caso de México.

Al respecto, Franco, Álvarez y Ramírez (2011) presentan una revisión de instrumentos validados en mujeres mexicanas, incluyendo aquellos que sirven para tamizar, medir síntomas y características de trastornos alimentarios, o bien para medir factores de riesgo; señalando que a partir del año 2000 existen publicaciones tendientes a fortalecer la creación, adaptación y validación de instrumentos, de tal forma que México puede contar con diversos instrumentos válidos y confiables. Algunos de los instrumentos revisados por dichos autores son de uso recomendado en la GPC, por lo que se describen brevemente a continuación.

CAR, Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo. Fue elaborado para la población mexicana, basándose en los criterios del DSM IV, como parte de la “Encuesta sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en población estudiantil”, la cual se fue modificando para mayor precisión a lo largo de los años 1997, 2000 y 2003 (Unikel *et al.*, 2006); posteriormente se presentó la validación del cuestionario (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004). Su objetivo es evaluar la frecuencia de prácticas de conductas alimentarias de riesgo para los trastornos alimentarios sin importar con qué elementos se relacionen. Es un instrumento de autorreporte, formado por diez reactivos con cuatro opciones de respuesta, que se agrupan en los factores: *a)* atracón-purga, *b)* medidas compensatorias, *c)* restricción; con punto de corte >10 para distinguir personas con riesgo de trastorno alimentario, sus propiedades psicométricas indican que cuentan con adecuada validez (64.7% de la varianza explicada) y una buena consistencia interna ($\alpha = 0.83$). El uso de este instrumento está incluido en la GPC (SS, 2013) como un punto de buena práctica (tabla 10).

EAT, Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test). Fue creado para población canadiense por Garner y Garfinkel en 1979,

TABLA 10
CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

<i>Descripción</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia: dos veces por semana</i>	<i>Con mucha frecuencia: más de dos veces por semana</i>
1. Me he preocupado de engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especificar: _____				
9. He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especificar: _____				
10. He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especificar: _____				

Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo.

FUENTE: Unikel, Bojórquez y Carreño (2004).

es considerado un índice para los síntomas de anorexia nerviosa, de amplio uso internacional. La versión original cuenta con 40 reactivos con seis opciones de respuesta y fue validado en mujeres con y sin anorexia nerviosa, posteriormente se propusieron tres factores: *a*) dieta, *b*) bulimia, *c*) preocupación por la comida y control oral, agrupando 26 reactivos (Garner *et al.*, 1982). En México, el EAT ha mostrado ser un instrumento válido y confiable, con punto de corte de 28 para anorexia y bulimia nerviosas, ofreciendo una puntuación total y cinco factores: *a*) restricción alimentaria, *b*) bulimia, *c*) motivación para adelgazar, *d*) preocupación por la comida, *e*) presión social percibida (Álvarez-Rayón *et al.*, 2004). Derivados de este instrumento, también se cuenta con la versión corta de EAT-26, y la versión infantil CHEAT ambos con 26 reactivos.

BULIT, Test de Bulimia. Fue elaborado por Smith y Thelen (1984) con población femenina de Estados Unidos, mujeres con y sin bulimia nerviosa; tiene como objetivo evaluar y detectar los síntomas de bulimia nerviosa. Formado inicialmente por 32 reactivos de autorreporte, con cinco opciones de respuesta, es un instrumento de amplio uso nacional e internacional. En población mexicana ha alcanzado adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, estableciendo su límite de corte en 85 puntos (Álvarez, Mancilla y Vázquez, 2000).

BITE, Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo. Fue elaborado por Henderson y Freeman en 1987 a partir de estudios de mujeres con bulimia y atracón y sus respectivos grupos de control que participaron en cuatro estudios. El BITE tiene como objetivo la evaluación de la severidad de los síntomas bulímicos basada en los criterios del DSM-III. Se conforma de 33 reactivos, divididos en dos subescalas: *a*) síntomas, *b*) gravedad; en la primera escala se maneja un punto de corte de 20, que indica altos patrones de trastorno alimentario y la presencia de sobreingesta, y en la segunda se requieren cinco puntos para considerar una severidad clínicamente significativa.

EDE-Q, Eating Disorder Examination y Eating Disorder Questionnaire. Fue creado por Fairburn y Beglin en 1994; es una herramienta derivada de la EDE para evaluar restricción alimentaria, preocupación por el peso y la figura. Es un instrumento de autorreporte con

28 reactivos de seis opciones de respuesta (Vázquez *et al.*, 2010). Su adaptación en México señala una adecuada confiabilidad y una conformación factorial de tres y siete elementos (Unikel *et al.*, 2018).

Es importante recordar que además de la entrevista diagnóstica y los instrumentos de detección, es necesaria una evaluación médica completa con algunos estudios de laboratorio y gabinete, que deberán ser prescritos por personal especializado. Asimismo, hay que considerar la evaluación de los factores de riesgo y de otras afectaciones físicas y mentales que acompañan a los trastornos alimentarios, donde destacan los trastornos de consumo de sustancias, de ansiedad, conducta obsesiva-compulsiva, personalidad, control de impulsos, conductas suicidas; enfermedades como diabetes mellitus en el caso de bulimia, obesidad, problemas digestivos y endocrinos.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Después de la fase de diagnóstico se evalúa la necesidad de canalizar al paciente a una atención más especializada mediante los criterios de referencia, entre los que destacan el bajo peso, mala respuesta al tratamiento ambulatorio, depresión mayor, ideación e intento suicida (tabla 11).

Una vez que se ha realizado la valoración clínica preliminar, los pacientes con trastorno alimentario deben ser referidos al segundo o tercer nivel de atención para valoración y manejo, debido al manejo complejo, multidisciplinario y especializado que se requiere y a las afectaciones físicas y mentales características de dichos trastornos que deterioran la salud y la calidad de vida de quienes los padecen.

En ocasiones la paciente es derivada por los servicios de atención primaria al segundo nivel para ingresar al servicio hospitalario de psiquiatría, que se encargará de corroborar el diagnóstico y coordinar el tratamiento multidisciplinario, señalando las especialidades que deberán de participar y si se requieren estudios complementarios. En otras ocasiones, los pacientes entran a hospitalización en otras áreas médicas debido a las comorbilidades que acompañan a los trastornos alimentarios; dependiendo de la gravedad del caso, se in-

TABLA 11
RECOMENDACIONES SOBRE LA REFERENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>Recomendación</i>	<i>Derivación</i>	<i>Criterios</i>
Revaloración por especialista	Referencia a médico psiquiatra (2º y 3er nivel)	Diagnóstico de trastorno alimentario Pérdida de peso (10-25%) Episodios bulímicos
Envío urgente a hospitalización	Hospitalización	Pérdida de peso (50%) Alteraciones de conciencia Convulsiones Deshidratación Alteraciones: hígado, riñón, páncreas Disminución de potasio y sodio Arritmia, bradicardia Síncope o hipotensión Sangrado digestivo Dilatación gástrica
	Valoración del servicio de psiquiatría de hospital	Negativa absoluta a comer o beber Sintomatología depresiva con riesgo de autolesión Conductas autolesivas importantes

FUENTE: SS (2013).

gresará por urgencias, terapia intensiva o alguna de las especialidades, como cardiología, gastroenterología, etc. La hospitalización es urgente cuando el trastorno y sus complicaciones ponen en riesgo la vida del paciente, por lo que la intención será estabilizarlo (Turón y Jarne, 2000).

7. TRATAMIENTO

La evaluación de los trastornos alimentarios por medio del tamizaje permite la identificación de las personas de riesgo para su posterior diagnóstico; una vez confirmado el diagnóstico, las personas tendrán que ser remitidas al tratamiento multidisciplinario. La elección de cualquier tratamiento depende de la evaluación inicial del paciente, donde se valoran aspectos tales como: personalidad, sintomatología presente, gravedad y nivel de afectación (aguda, meseta, crónica), comorbilidad, etc. Si bien el tema del tratamiento es sumamente complejo y excede los alcances del presente estudio, dirigido a la prevención, se considera importante incluir algunas reflexiones y consideraciones generales sobre el tratamiento, así como algunas recomendaciones bibliográficas para los interesados en profundizar en este aspecto.

La complejidad de los trastornos alimentarios sumada a la búsqueda tardía de atención, debido a la renuencia por parte del paciente, los escasos servicios especializados e incluso el estigma social, ocasionan que las personas afectadas lleguen tardíamente al tratamiento, lo que conlleva mayor deterioro físico y mental, peor pronóstico y una alta tendencia a las recaídas, así como un proceso difícil y costoso para el paciente, su familia y las instituciones. Con todo ello debe lidiar el equipo multidisciplinario para lograr la mejoría del paciente.

En el curso de atención establecido, el tratamiento inicia en el primer nivel de atención y de ahí se deriva a los niveles superiores. Al respecto, Unikel y Caballero señalan:

Es necesario contemplar que no todos los trastornos alimentarios son susceptibles de ser tratados en el primer nivel de atención, ya que la complejidad sintomática y psicodinámica de los mismos requiere un manejo especializado. Sin embargo, la mayor parte de los casos se constituyen por trastornos alimentarios no especificados o incluso solamente las conductas de riesgo. Por lo que son precisamente este tipo de pacientes los que pueden detectarse y tratarse... en el primer nivel de atención (Unikel y Caballero, 2010:19).

En este sentido, la *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*, elaborada por personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, indica que en el primer nivel de atención se realiza el manejo inicial de los trastornos alimentarios con sintomatología incipiente y corta duración a través del manejo médico, psiquiátrico, nutricional y psicológico (terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, intervención motivacional, prevención de recaídas) (Unikel y Caballero, 2010).

Sin embargo, la atención requerida no siempre fluye de manera ideal; hay que recordar que las pacientes ocultan su padecimiento tanto como les sea posible e incluso cuando reciben atención médica, psicológica o nutricional, pueden mentir, simular sus síntomas o fingir otros que desvíen la atención del clínico. En este sentido, hay que comprender que las pacientes tienen poca conciencia de su problema, temen ser descubiertas, perder nuevamente el control, tener que enfrentar su realidad de que se están haciendo daño a sí mismas sin lograr detenerse, aunque lo hayan intentado múltiples veces; por lo tanto se requiere de un equipo especializado en este tipo de trastornos con la experiencia suficiente para establecer una relación terapéutica empática y al mismo tiempo firme capaz de orientar el tratamiento.

Ahora bien, en los casos que sí dan continuidad a los procedimientos de búsqueda de atención y referencia establecidos, se llega al segundo o tercer nivel de atención, donde los pacientes deberían ser recibidos por el psiquiatra para establecer un tratamiento interdisciplinario y llevar su seguimiento ambulatorio; mientras que en casos extremos, donde se encuentra en riesgo la vida de los pacientes, se requiere la hospitalización y una vez estabilizados, se refiere a psiquiatría para que coordine el tratamiento multidisciplinario de manera ambulatoria (SS, 2013).

Desafortunadamente, en pocas regiones existen servicios especializados, lo que sumado a todo lo anterior, contribuye a que los pacientes no sean identificados con oportunidad y, aun cuando ya han sido diagnosticados, se les otorguen las citas tan alejadas en tiempo y espacio que se interrumpa el seguimiento adecuado. Es común encontrar pacientes que deambulan de consultorio en consultorio de diferentes especialidades, algunos buscando ayuda, otros quizá evadiéndola, pero pocos con un tratamiento integral que les permita recuperarse de esta complicada situación de salud. Con todo ello se genera la brecha de tratamiento tan común en el ámbito de la salud mental.

Es importante reconocer que pueden existir opciones intermedias entre el tratamiento ambulatorio y la especialización a través de clínicas especializadas y hospitales de día, donde se brinda la atención especializada por un equipo multidisciplinario y se realizan las comidas, sin perder completamente el contacto con su vida cotidiana; es así como se conservan las actividades indispensables y las redes de apoyo social que podrían resultar favorecedoras del bienestar (Turón y Jarne, 2000). Sin embargo, estas opciones no suelen estar incluidas en el servicio de salud público, quedando restringidas para aquellas personas que cuentan con recursos económicos suficientes para cubrir estos servicios particulares.

De esta manera, se aprecia que para sacar adelante los casos de trastorno alimentario es necesario el trabajo interdisciplinario, donde el psiquiatra encabeza la organización del tratamiento, indicando las diversas disciplinas convocadas a participar en cada caso en específico, tales como: medicina (con sus diferentes especialidades), psicología, nutrición, enfermería, etc. En el ámbito hospitalario, el psiquiatra se encargará del diagnóstico, atendiendo la etiología, las características clínicas del caso, el curso, el pronóstico, la administración de psicofármacos, la evaluación de las comorbilidades y la referencia a las áreas especializadas.

Por su parte, el psicólogo suele encargarse de la evaluación psicológica inicial (personalidad, cognitiva, afectivo-emocional, conductual), psicoterapia individual desde alguna de las corrientes psicológicas pertinentes, siguiendo los principios fundamentales de toda psicoterapia: establecer la relación paciente-terapeuta, aliviar los síntomas, reducir la discapacidad psicosocial, prevenir recaídas

y mejorar la adherencia al tratamiento. La psicoterapia ha mostrado tener un efecto benéfico ante los problemas de salud mental, con diferente gravedad, acarreado una mejoría al paciente, disminuyendo el número de internamientos, el costo del tratamiento y manteniendo el rendimiento laboral; sin embargo no todas las personas reciben el tratamiento psicológico correspondiente (Serrano, 2012). Además de la atención individual, se pueden implementar acciones grupales de psicoeducación y brindar atención a la familia mediante orientación, consejería, entrenamiento o psicoterapia familiar, ayudándoles a comprender el problema, identificando su sentir, su pensar y sus pautas de comportamiento ante el trastorno y generando alternativas para acompañar a su paciente en el camino de la recuperación y las frecuentes recaídas.

A continuación se enlistan las recomendaciones que ofrece la APA en la *Guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios (Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, APA, 2006)*.

1. Gestión psiquiátrica:

- Establecer y mantener la alianza terapéutica.
- Coordinación y colaboración con otros clínicos.
- Evaluación y monitoreo de síntomas y conductas de los trastornos alimentarios.
- Evaluación y monitoreo de la condición médica general del paciente.
- Evaluación y monitoreo del estatus y seguridad psiquiátrica del paciente.
- Proveer evaluación y tratamiento familiar.

2. Elección del sitio de tratamiento.

3. Elección del tratamiento específico para anorexia nerviosa:

- Rehabilitación nutrimental: recuperar el peso, normalizar patrones de alimentación, y percepciones de hambre y saciedad, corregir secuelas psicológicas de la desnutrición.

- Intervención psicosocial: mejorar la disponibilidad para el tratamiento, cambiar actitudes y comportamientos asociados al trastorno, mejorar las relaciones interpersonales, abordar conflictos y comorbilidad psicológica.
- Tratamiento farmacológico: evaluar y en su caso administrar medicamentos psicotrópicos (antidepresivos, antipsicóticos).

4. Elección del tratamiento específico para bulimia nerviosa:

- Asesoramiento de rehabilitación nutricional: ayudar a estructurar su alimentación caótica, fomentar alimentación variada y saludable.
- Intervenciones psicosociales: reducir comportamientos de restricción, atracón y purga, mejorar actitudes alimentarias, fomentar alimentación y ejercicio saludable, atender problemas psicológicos (desarrollo, identidad, imagen corporal, autoestima, afrontamiento, solución de problemas, sexualidad, agresión, disfunción familiar) y comorbilidad psicopatológica.
- Tratamiento farmacológico: evaluar y en su caso administrar medicamentos psicotrópicos (antidepresivos).
- Combinación de intervenciones psicosociales y medicamentos: antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.

En suma, esta primera parte de la obra brinda un panorama general de los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, exponiendo que son alteraciones alimentarias con un origen multicausal, que afectan principalmente a las mujeres adolescentes y jóvenes, aunque cada vez es más frecuente en hombres. Si bien presentan una baja incidencia, su relevancia radica en las graves consecuencias físicas y mentales que determinan el desarrollo y deterioran la calidad de vida de quienes los padecen, ante lo cual el diagnóstico y el tratamiento resultan complejos y costosos, por lo que se requiere actuar de manera preventiva.

SEGUNDA PARTE
PREVENCIÓN DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS: RIESGO
Y PROTECCIÓN

PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Una vez comprendido el panorama general de los trastornos alimentarios, expuesto en la primera parte de esta obra, se observa que los trabajadores de la salud cuentan con diferentes vías de acción para la evaluación y la intervención de estos trastornos. En primer lugar, se debería encontrar el tamizaje y las intervenciones de prevención, no sólo entre las personas que asistan al primer nivel de atención sino también fuera del ámbito comunitario, donde se encuentran las personas no identificadas. En segundo lugar, se encuentra la atención clínica que, como se ha mostrado, consiste en establecer el diagnóstico clínico y brindar el tratamiento interdisciplinario a las personas que presentan alguno de los trastornos alimentarios, el cual se realiza generalmente de manera tardía, acarreando consecuencias graves y altos costos para la sociedad, evidenciando así la necesidad de proponer alternativas preventivas.

En consecuencia, esta segunda parte de la obra tiene por objetivo presentar un panorama breve sobre la prevención de trastornos alimentarios y hacer una propuesta basada en factores de riesgo y protección con población comunitaria; para alcanzar dicho objetivo se parte de los fundamentos básicos de la prevención en el área de salud mental, la revisión de estudios previos sobre prevención de trastornos alimentarios y se comparte la experiencia del diseño, implementación y evaluación del programa en ambientes naturales.

8. ELEMENTOS BÁSICOS DE PREVENCIÓN

Actualmente se reconoce que la salud es un estado que va mucho más allá de no estar enfermo, sino que se refiere a un estado de bienestar con posibilidades de desarrollo desde lo individual hasta lo comunitario, que abarca aspectos tanto físicos como mentales, por lo que es mejor utilizar el concepto de salud integral. En este sentido, los trastornos alimentarios han sido ubicados tradicionalmente en la denominada salud mental y se han abordado desde una perspectiva biomédica tradicional; no obstante, cuando se tiene una comprensión más compleja esta mirada resulta insuficiente, sobre todo para realizar trabajos de prevención. Por eso se recurre a enfoques más amplios de tipo psicosocial y ecosistémicos (Glanz y Bishop, 2010) que permitan trascender la visión curativa y retomem los elementos individuales, familiares y contextuales en la búsqueda del bienestar y la calidad de vida.

Esta visión amplia para prevención y promoción de la salud no es nueva, ha sido reconocida oficialmente desde la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, tal como señala la Carta de Ottawa:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar

o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986:1).

Desde esta perspectiva, la promoción y prevención de la salud incluyen factores individuales, sociales, económicos y políticos, por lo que se necesita la participación de diversas disciplinas que contribuyan con su conocimiento y sus métodos, venidos de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, para alcanzar el éxito de las intervenciones en la Atención Primaria para la Salud (APS), asegurando el derecho de la población de alcanzar equitativa y solidariamente el mayor nivel de salud posible (Rodríguez y Minoletti, 2013).

En este sentido, se requieren acciones dirigidas a que la persona obtenga conocimientos y desarrolle habilidades para conseguir estilos de vida saludable; el fortalecimiento de la participación comunitaria y la gestión de políticas públicas tendientes a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan negativamente en la salud de la población. Dentro de lo cual resaltan tres estrategias básicas de promoción de la salud: *a*) abogacía: acciones individuales o colectivas para conseguir compromisos políticos y cambios en las políticas públicas para crear las condiciones de vida saludable; *b*) movilización social: participación y organización de las personas que pertenecen a una comunidad; *c*) educación: información y entrenamiento para que las personas sean agentes activos en la conservación de su salud.

Cabe señalar que la psicología de la salud ha participado principalmente a través de la educación sobre estilos de vida saludable, bienestar, motivación y habilidades personales (Sanjuán, 2014), en tanto que la psicología social se esmera en la comprensión de los determinantes sociales, el fomento del empoderamiento, la participación y organización social y la gestión pública, para lo cual se complementa con otras disciplinas sociales, económicas y políticas; ambas ramas de la disciplina con el mismo fin de beneficiar la integridad de la persona, pero a veces con esfuerzos y resultados inconexos.

DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN

La OMS (2004) señala que la prevención es una prioridad de la salud pública, necesaria para hacer frente a los diferentes problemas de salud mental, y reconoce que las acciones preventivas pueden contribuir a la disminución del riesgo de presentar algún trastorno, y dado que éstos provienen de múltiples factores, se requiere de esfuerzos interdisciplinarios e intersectoriales que generen alternativas de prevención sensibles a la cultura y apegadas a las necesidades y los recursos de la población, con el fin de proporcionar evidencias sobre los efectos obtenidos y difundir el conocimiento en favor de la salud.

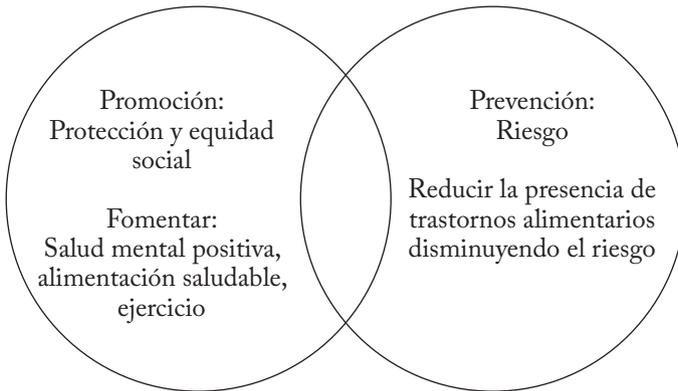
Debido a las dificultades para distinguir entre promoción y prevención, a continuación se retoman los objetivos propuestos para cada una de ellas, en el informe compendiado: “Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas”, elaborado por la OMS:

La promoción de la salud mental tiene como objetivo ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de la salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupo [...] varían en su alcance para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental (OMS, 2004:18).

La prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad (Mrazek y Haggerty, 1994, citado en OMS, 2004:18).

En este sentido, la promoción y la prevención son distintas, ya que la primera va dirigida al fomento de la salud, a la creación o el mantenimiento de los aspectos positivos dirigido a las personas que están bien o a aquellas que tienen una afectación pero que también pue-

FIGURA 5
INTERRELACIÓN ENTRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



FUENTE: elaboración propia.

den trabajar sus aspectos fuertes; mientras que la segunda pretende evitar algún trastorno mental en aquellas personas que se encuentran en riesgo o evitar mayores daños en quienes ya presentan la psicopatología. Siendo así, sus objetivos son complementarios, de tal forma que algunas intervenciones conllevan elementos de ambos con la intención de alcanzar una óptima calidad de vida en la población (figura 5). Por ello se dice que “las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental” (OMS, 2004:18). Es esta línea de trabajo la que se sigue en el programa de prevención de trastornos alimentarios que se propone en la presente obra.

NIVELES DE PREVENCIÓN

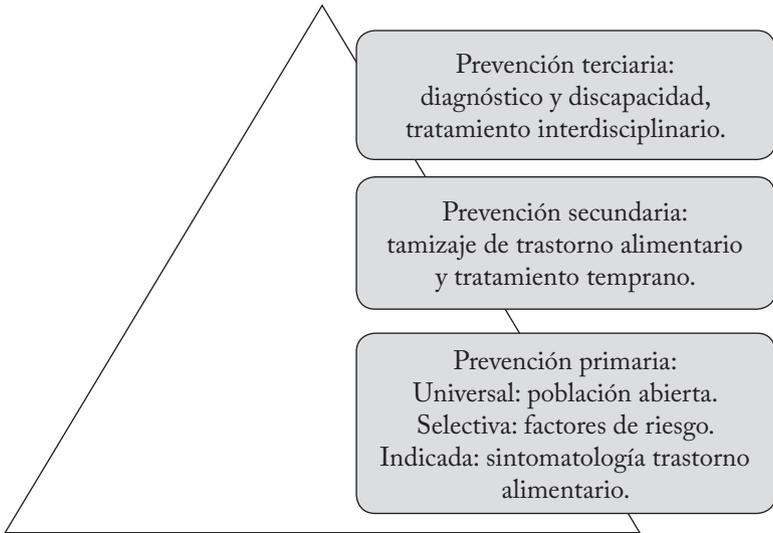
Es sabido que en términos de salud pública se reconocen tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. En la prevención primaria se trata de evitar que las personas lleguen a desarrollar síntomas de alguna enfermedad o trastorno. En la prevención secundaria se detectan y se tratan las enfermedades en su inicio con el fin de impedir o re-

trasar su desarrollo y para ello se utiliza el tamizaje; es así como se detectan personas con síntomas, casos subclínicos o casos clínicos incipientes. En la prevención terciaria se brinda el tratamiento cuando la enfermedad o el trastorno ya están instaurados, intentando reducir o eliminar sus consecuencias. En el ámbito de la salud mental, lo anterior se complementa con el tipo de población a la que van dirigidas las acciones de prevención (Mrazek y Haggerty, 1994, citado en OMS, 2004:18), como se muestra a continuación:

- En la prevención primaria se incluyen las acciones preventivas universales, selectivas e indicadas:
 - Universal: intervenciones dirigidas al público general o a grupos que no han sido identificados con riesgo.
 - Selectiva: dirigida a individuos o grupos específicos con riesgo para desarrollar un trastorno mental, con factores de riesgo psicológico o social.
 - Indicada: dirigida a población con alto riesgo, con la presencia de signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, pero que en este momento no cumplen con los criterios clínicos.
- En la prevención secundaria se incluye la detección temprana y el tratamiento temprano de los síntomas y los trastornos mentales.
- En la prevención terciaria se encuentran las intervenciones que pretenden reducir la discapacidad, la rehabilitación y la prevención de recaídas.

Esta clasificación de los niveles preventivos son aplicables a los distintos trastornos mentales, y los trastornos alimentarios no son la excepción. En la figura 6 se ilustra la forma en que se podrían vislumbrar estos niveles de prevención de los trastornos alimentarios; en primer lugar, se trabajaría en el nivel de la prevención primaria: *a*) universal con poblaciones adolescentes y juveniles; *b*) con grupos que tengan factores de riesgo como insatisfacción corporal, apropiación de modelos estéticos, entre otros; *c*) indicada con las personas que presentan sintomatología de trastorno alimentario. En segundo lugar,

FIGURA 6
NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS
A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS



FUENTE: elaboración propia retomando los niveles de prevención (OMS, 2004).

se llevarían a cabo acciones de tamizaje e intervención en el primer nivel de atención. En tercer lugar, se llevaría a cabo el tratamiento para los casos diagnosticados con comorbilidades asociadas y discapacidad, mediante acciones de rehabilitación y la prevención de recaídas, para lo cual se requiere el tratamiento interdisciplinario ubicado en el segundo y el tercer nivel de atención.

Las acciones preventivas pueden estar enfocadas a los diferentes actores sociales, como individuos, familias, empresas, etc.; por ello se clasifican en: individuales, grupales y comunitarias. Si bien el alcance de una intervención está determinado en gran medida por el tipo de población a la que va dirigida así como a los recursos disponibles (humanos, temporales, económicos) que suelen ser escasos, hay que recordar en todo momento que se debe mantener una perspectiva amplia. Desde una visión de salud pública, se requiere superar la visión meramente individual y curativa, con la finalidad de asegurar el desarrollo sano de los integrantes de la sociedad (Lazcano *et al.*, 2013).

Al momento de intervenir en con las personas, los grupos y las comunidades, se tiene que ser cuidadoso de conservar la visión psicosocial y ecosistémica para evitar concentrarse únicamente en lo individual y dejar de lado las condiciones ambientales, como lo propone el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994).

PROGRAMAS PREVENTIVOS

Los programas de prevención se definen como “un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social con el propósito de resolver un problema que atañe a algún conjunto de personas” (Fernández-Ballesteros, 1996:24, citado en Sanjuán, 2014).

De acuerdo con Fernández y Gómez (2007), para desarrollar un programa de intervención preventiva se deben realizar los siguientes pasos:

- 1) Evaluación de necesidades y recursos
- 2) Diseño y planificación: elaboración, selección o adaptación de un programa
- 3) Implementación del programa
- 4) Evaluación del programa
- 5) Diseminación del programa

Los programas deben tener objetivos claros, la población a la que van enfocados, el contexto en que se van a aplicar, duración del programa, contenido y técnicas de evaluación continua. Asimismo, es importante que considere los recursos humanos y materiales con los que ya se cuentan en la comunidad, para aprovecharlos mediante el establecimiento de alianzas entre los diversos actores sociales involucrados, tales como individuos, familias, escuelas, centros de salud, hospitales, empresas, etc. De tal manera que el trabajador de la salud no sólo debe ser conocedor de la problemática por abordar sino también entender el contexto en el que se desenvuelven sus participantes y contar con habilidades de gestoría institucional, así como

de intervención comunitaria, porque la disposición de la comunidad es determinante de principio a fin.

Una forma de trabajar la prevención es por medio de intervenciones grupales que implican el trabajo con agrupaciones formadas naturalmente, por ejemplo, en las escuelas, o formados a partir de determinadas características, por ejemplo, convocatoria. En dichas intervenciones se aborda una problemática de salud específica, se establecen objetivos generales para el grupo en conjunto, más que individuales, aunque éstos también pueden ser analizados, y se ponen en práctica las estrategias pertinentes para lograr disminuir riesgos o conductas nocivas. Son altamente recomendables porque en el grupo el individuo puede reconocer que el problema que vive no es exclusivo, que otras personas también lo padecen, aunque con diferentes manifestaciones; puede reconocer diversos grados de afectación del problema y otras formas de solución. Esta interacción de escenarios cuidadosamente contruidos fomenta el apoyo social, caracterizado por el afecto y el cuidado, que ha sido asociado a la salud mental y la calidad de vida. Cabe precisar que cuando se trabaja con grupos con conductas alimentarias de riesgo o con trastorno alimentario, hay que ser cuidadosos al seleccionar a los participantes y en el monitoreo de las sesiones de trabajo, porque una característica que les distingue es la escasa conciencia de su problemática, la evasión, la simulación y la amplia gama de conductas destructivas que han desarrollado en el curso del trastorno, las cuales sirven de barrera ante su inestabilidad emocional, sus obsesiones y compulsiones, su frustración por no encontrar la salida a su problemática; así que se requiere un manejo sensible y organizado.

Un aspecto crucial es la evaluación a lo largo del programa, ya desde el inicio se tiene que partir de una detección de necesidades y recursos; es esa necesidad social la que le da vida al programa. Posteriormente se continúa evaluando a lo largo de toda la implementación y por último se realiza la evaluación final sobre los objetivos, el impacto, los resultados y la pertinencia del programa mismo. Para cumplir con esta tarea, el trabajador cuenta con herramientas metodológicas cuantitativas y cualitativas para capturar lo sucedido en el programa de manera ordenada y sistemática, lo cual va a depender en gran medida del ambiente en el contexto en el que se haya aplicado; si se aplica con un enfoque de investigación, las condicio-

nes y variables de deberán ser controladas ciñéndose a las características de un estudio experimental; en cambio cuando se aplica en contextos naturales, la aplicación suele ser más flexible, acorde a las necesidades y los recursos presentes (Sanjuán, 2014).

En general, los programas de promoción y prevención de la salud basados en la comunidad actúan sobre los factores de riesgo que afectan a la población, a grupos o individuos determinados, buscando la modificación de conductas nocivas, así como en los factores de protección que permiten que las personas hagan frente y eviten la aparición de trastornos. Si bien los usuarios reciben orientación y entrenamiento individual, se debe recordar que los programas resultan más provechosos cuando incluyen estrategias que buscan impactar al ambiente en el que se desenvuelve la persona. Por ello, las intervenciones de promoción y prevención en el campo de la salud mental no se limitan a los servicios especializados, sino que se enlazan con otros servicios de salud y con otros sectores, como el sector educativo, de desarrollo social, de impartición de justicia, etc. (Rodríguez y Minoletti, 2013).

9. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La intención de la prevención en el campo de los trastornos alimentarios consiste en la reducción de los factores de riesgo y síntomas del trastorno. En este sentido, se ha trabajado en el nivel de prevención primaria con diversos esfuerzos que van desde brindar información e identificar grupos de riesgo, hasta implementar estrategias para reducir factores de riesgo, tales como dieta restrictiva o estereotipos culturales (García-Camba, 2001). En este sentido, los programas de prevención se han clasificado de la siguiente manera: *a*) primera generación: programas psicoeducativos concentrados principalmente en brindar información de los daños que acarrearán este tipo de trastornos, fueron dirigidos a población general; *b*) segunda generación: didácticos, centrados en contrarrestar la influencia sociocultural y promoción de alimentación saludable, dirigidos a población general; *c*) tercera generación: interactivos, buscan disminuir los factores de riesgo en poblaciones con riesgo de presentar algún trastorno alimentario (Stice y Shaw, 2004).

En concordancia, Páramo (2011) señala que los programas de prevención para conductas de riesgo general en adolescentes incluyen atención personalizada, detección temprana, programas escolares y comunitarios, capacitación del personal que trabaja con adolescentes, incorporación de la familia y los pares en la prevención. Estos programas enfatizan el trabajo sobre los factores de riesgo que están asociados a la presencia de los trastornos, así como la inclusión de los factores de protección que mejoran la resistencia de las personas para evitar la presencia o el impacto de la psicopatología en cuestión;

ambos pueden ser individuales, familiares, comunitarios o institucionales (Rodríguez y Minelotti, 2013).

Al respecto, Turón (2000) recomienda incluir los siguientes aspectos en los programas de prevención primaria para trastornos alimentarios:

- 1) Proporcionar información sin ser exhaustivos en aspectos psicopatológicos, sino orientados hacia la salud.
- 2) Modificar conductas precursoras (por ejemplo, dieta).
- 3) Detectar grupos de riesgo para trabajar con ellos.
- 4) Sensibilizar y concientizar sobre estereotipos culturales.
- 5) Brindar prevención escolar.
- 6) Dar seguimiento de las personas con riesgo y mediante prevención secundaria.

El desarrollo de un programa de prevención hace necesaria la revisión de la literatura científica que muestre las evidencias empíricas alcanzadas por otros autores. En esta línea de pensamiento, León (2010) hace una revisión de diferentes estudios con la finalidad de sustentar su estudio de prevención; en primer lugar, analiza los estudios de revisión (tabla 12) y posteriormente los metaanálisis (tabla 13). A partir de lo anterior señala que la mayoría de los estudios han obtenido resultados positivos sobre los conocimientos adquiridos, factores de riesgo y la sintomatología; algunos resultados sólo se mantienen a corto plazo y no en el seguimiento; también observa que conforme el criterio de selección de los estudios se hace más estricto, los resultados de los programas aparecen como modestos o inconsistentes, pero afortunadamente los estudios se van haciendo cada vez más estructurados. Asimismo, señala que es conveniente considerar los siguientes componentes en los programas preventivos: trabajar con población en riesgo, preferentemente mujeres, aunque pueden incluirse hombres; intervenir a partir de los 11 a 12 años; modalidad interactiva; evaluación con instrumentos válidos y confiables; instructores expertos en trastornos alimentarios, y expandir hacia otros actores sociales.

En esta línea de pensamiento, Rodríguez *et al.* (2009), en su revisión de 12 programas de prevención, señalan que en el campo de los trastornos alimentarios prevalece la prevención primaria, selec-

TABLA 12
ESTUDIOS DE REVISIÓN SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS
DE TRASTORNO ALIMENTARIO

<i>Autores</i>	<i>Estudios analizados</i>	<i>Principales resultados</i>
Levine y Piran (2001)	22	Adquisición de conocimientos. Mejoría actitudinal. Cambios conductuales. No se conservan los efectos a largo plazo.
Pratt y Woolfenden (2007)	8	Reducción en interiorización de estereotipos.
Ruiz-Lázaro (2003)	15	Diversidad metodológica. Estudios más estructurados.
Taylor (2005)	13	Prevención selectiva reducen factores de riesgo. Prevención universal, peso y alimentación saludable.

FUENTE: elaboración propia a partir de los estudios empíricos.

tiva, dirigida a mujeres, modalidad psicoeducativa que alcanza niveles de calidad alta. En cuanto a los contenidos más frecuentes (autoestima, imagen corporal, alimentación saludable, actividad física, información sobre trastornos alimentarios), crítica a los medios de comunicación masiva y hasta al activismo sociopolítico, verificando que en los programas presentados no se encuentran efectos nocivos, contrariamente a lo señalado en décadas anteriores.

Por su parte, Yager y O'Dea (2008), al revisar 27 programas de prevención de trastornos alimentarios en universitarios, encontraron que se trabaja con muestras pequeñas, mujeres, estudiantes de psicología, con escaso seguimiento. Los elementos de mayor importancia para la prevención fueron: medios de comunicación masiva, autoestima, educación para la salud. Otros autores también concuerdan con los resultados positivos, encontrando mejoría en los siguientes aspectos: manejo de ansiedad, regulación emocional, disminución

TABLA 13
ESTUDIOS DE METAANÁLISIS SOBRE INTERVENCIONES
PREVENTIVAS DE TRASTORNO ALIMENTARIO

<i>Autores</i>	<i>Estudios analizados</i>	<i>Principales resultados</i>
Stice y Shaw (2004)	51	Incremento de conocimientos. Reducción de factores de riesgo: insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo. Reducción de sintomatología alimentaria.
Stice, Shaw y Marti (2007)	66	Disminución de factores de riesgo . Disminución de la patología alimentaria.
Watson <i>et al.</i> , (2016)	13 Universal 85 Selectiva 8 Indicada	Efectos pequeños y moderados, dependientes del tipo de prevención. Universal: alfabetización mediática. Selectiva: disonancia cognitiva, cognitivo-conductual, peso saludable. Indicada: cognitivo-conductual.
Le <i>et al.</i> , (2017)	112	Efecto pequeño y moderado en factores de riesgo y síntomas. Universales: alfabetización. Selectiva: disonancia cognitiva, cognitivo-conductual.

FUENTE: elaboración propia a partir de los estudios empíricos.

de dieta restrictiva, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo (Casados y Helguera, 2008; Gómez *et al.*, 2013; Pineda y Gómez, 2006).

Al respecto, Stice y Shaw (2004) presentaron un metaanálisis de programas de prevención de trastornos alimentarios, en el cual encontraron mayor frecuencia de intervenciones selectivas, interactivas, con multis sesiones, para mujeres adolescentes; en cuanto a los resultados, muestran que algunos no tuvieron efecto, pero otros sí redujeron las características de los trastornos alimentarios hasta por

dos años. En la revisión de los metaanálisis se observa que los estudios cada vez van adquiriendo mayor rigor metodológico, lo que permite hacer un análisis más fino en cuanto al nivel de prevención y la perspectiva teórica utilizada. Existe mayor evidencia para la prevención selectiva, donde la disonancia cognitiva ha resultado la mejor opción, seguida de la cognitivo-conductual; se logran cambios positivos en la disminución de los factores de riesgo y la sintomatología, aunque los efectos son pequeños o moderados, como suele ocurrir en los estudios de salud mental con población abierta.

Los autores revisados concuerdan en la necesidad de continuar ejecutando programas preventivos con soporte metodológico adecuado, temporalidad longitudinal, y advierten que el uso de las tecnologías de la información puede ser útil para la realización de las sesiones y la elaboración del material didáctico.

10. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MÉXICO

De igual manera, es pertinente revisar lo realizado en México, donde se cuenta con algunos estudios relevantes en torno a la prevención de la anorexia y la bulimia. En la tabla 14 se muestra que predomina el nivel de prevención selectiva, ya que se trabaja con adolescentes femeninas con riesgo por mostrar alguna de las actitudes o conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, por ejemplo: dieta o insatisfacción corporal. Las muestras trabajadas oscilan entre 15 y 58 personas, se utilizan de pre-test y postest con grupo de comparación; se han probado los efectos de los programas al comparar dos formatos distintos de intervención, así la intervención psicoeducativa aparece comparada con intervenciones de diversa índole, como disonancia cognoscitiva, cognitivo-conductual, audiencias críticas y realidad virtual. Los resultados muestran cambios favorecedores en algunas actitudes y conductas asociadas a los trastornos alimentarios; los efectos dependen del formato de intervención que se utilice y su impacto es de leve a moderado.

Por otra parte, en México la prevención de los trastornos alimentarios está establecida en la *Guía de práctica clínica SS-113-08* (SS, 2013), la cual indica que de la prevención primaria se desprende la promoción de la salud sobre estilos de vida y educación para la salud (figura 7). Recordemos que éste es un lineamiento oficial que pretende estandarizar el actuar del personal de salud del primer nivel de atención para que pueda realizar la identificación de los factores de riesgo de trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), así como acciones específicas de prevención, tamizaje, diagnóstico y referencia

TABLA 14
INTERVENCIONES PREVENTIVAS
DE TRASTORNO ALIMENTARIO EN MÉXICO

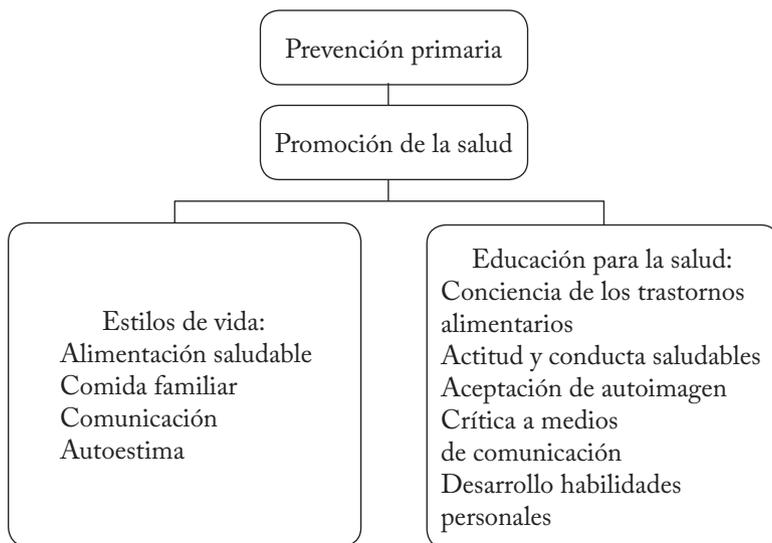
<i>Autores</i>	<i>Estudio</i>	<i>Principales resultados</i>
Pineda y Gómez (2006)	20 mujeres adolescentes Prevención selectiva: disonancia cognoscitiva <i>vs.</i> psicoeducativo	Mejores resultados con disonancia cognitiva Reducción dieta restringida Elección de figura normopeso
Rodríguez y Gómez (2007)	19 mujeres adolescentes Prevención selectiva: audiencias críticas <i>vs.</i> psicoeducativo	Audiencias: menos preocupación peso/ comida y conducta compulsiva Psicoeducativo: más figura normopeso y menor insatisfacción Sin efecto en influencia de la publicidad y dieta
Escoto <i>et al.</i> (2010)	15 mujeres adolescentes. Prevención selectiva: cognitivo-conductual <i>vs.</i> control	Reducción en insatisfacción corporal y evitación de actividades sociales
Gómez <i>et al.</i> (2013)	58 adolescentes Prevención selectiva: psicoeducación <i>vs.</i> realidad virtual forzada	Ambos programas resultan positivos Mejoría en imagen corporal Menos conducta de riesgo

FUENTE: elaboración propia a partir de los estudios revisados.

oportuna, para mejorar la atención brindada en beneficio de las personas y las comunidades, ofreciendo evidencias y recomendaciones en los siguientes rubros:

- Prevención primaria
- Diagnóstico
- Criterios técnico-médicos de referencia

FIGURA 7
RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA
SOBRE TRASTORNOS ALIMENTARIOS



FUENTE: elaborado a partir de *Guía de práctica clínica SS-113-08* (SS, 2013).

En primer lugar se hace referencia a la promoción de salud a través de estilos de vida saludables, señalando que el aspecto nutricional es un componente esencial de estos trastornos, por lo que es necesario fomentar una alimentación sana, variada y en cantidades óptimas que permita obtener los nutrientes necesarios para la subsistencia y el desarrollo integral; es conveniente compartir cuando menos una comida con la familia, dado que éste es el círculo primario en el que se aprende la selección, preparación, porciones consumidas; además, ahí se establecen los significados de la comida y se cumplen funciones de socialización más allá de lo alimentario. Asimismo, se recomienda facilitar la comunicación y mejorar la autoestima para contrarrestar variables personales de riesgo, tales como: perfeccionismo, baja autoestima e insatisfacción corporal. Especial atención merece la sobrevaloración de la imagen corporal, ya que la idealización de la delgadez o la musculatura genera insatisfacción corporal desde edades tempranas, lo cual se acentúa en las personas que presentan sobrepeso u obesidad, quienes reciben críticas u ofensas por su

condición corporal. En este sentido, se recomienda evitar conversaciones, bromas y críticas sobre el peso, la alimentación y la imagen corporal, ya sean directos sobre el adolescente o indirectamente sobre otras personas, porque al emitir estos discursos de sobrevaloración del cuerpo y desaprobación de aquellos cuerpos que no cumplen con el ideal, se van transmitiendo mensajes que se interiorizan y generan malestar con el propio cuerpo.

En segundo lugar, se señala que la prevención primaria se realiza mediante acciones de promoción de la salud, como la educación para la salud, la cual puede definirse como un procedimiento transdisciplinario cuyo propósito es cambiar los estilos de vida para favorecer la calidad de vida (Flórez, 2007). La evidencia muestra que los principales factores de riesgo son la dieta restrictiva, obesidad parental, obesidad infantil y menarca temprana. Al respecto, se recomienda crear conciencia de los trastornos alimentarios; asimismo, se reconoce como factor de riesgo que los padres tengan una preocupación excesiva por el peso y la figura de sus hijos y que intenten cambiar su apariencia. En este sentido, se recomienda promover actitudes y conductas alimentarias saludables, aceptación de la autoimagen, fomentar una postura crítica y combativa ante los medios de comunicación y los estereotipos socioculturales, fomentar la autoestima y el afrontamiento ante el estrés.

Dicha guía de la Secretaría de Salud concentra sus acciones en las instituciones sanitarias y reconoce la carencia de programas psicoeducativos, por eso señala como punto de buena práctica la atención individual y grupal al interior de la institución, lo que queda puntualizado de la siguiente manera:

Debido a la falta de programas psicoeducativos en nuestro medio, se sugiere implementar estas recomendaciones en el ámbito asistencial, ya sea en consulta individual o mediante la creación de grupos de medicina preventiva (SS, 2013:17).

Si bien existe reconocimiento de la carencia, las propuestas de solución a través de la consulta individual o creando grupos en medicina preventiva, parece insuficiente para cubrir lo establecido en los acuerdos internacionales y las leyes nacionales y locales sobre la prevención de trastornos alimentarios, lo cual es todavía más desalen-

tador cuando sabemos bien que en las comunidades estas acciones son inexistentes para la población. En consecuencia, la generación de acciones preventivas con programas en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario, se presentan como opción benéfica para educar a la población y contrarrestar los factores de riesgo y la ocurrencia de los trastornos alimentarios.

Siguiendo esta idea, es importante recordar que las acciones de la prevención de los trastornos alimentarios en el nivel comunitario deben utilizar los recursos humanos y materiales disponibles en la región (Robinson, 2006), por lo tanto, hay que considerar a las dos instituciones que albergan naturalmente a los adolescentes: la familia y la escuela.

Al respecto, Serra (2015) señala que la familia es el espacio idóneo para promover aspectos positivos del individuo y fuertes relaciones interpersonales; invita a los padres a actuar sobre aspectos específicos relacionados con los trastornos alimentarios: potenciar la autoestima de los hijos, valorarlos por otros aspectos que no sea su apariencia; explicarles los cambios de la adolescencia; favorecer una imagen corporal positiva, hábitos alimentarios y estilos de vida saludables; compartir la comida familiar con frecuencia, cuidar la alimentación saludable de los hijos, y desarrollar un sentido crítico hacia los medios de comunicación, así como fortalecer los elementos de la dinámica familiar: comunicación familiar y actividades compartidas, lo cual indica que debe predicarse con el ejemplo. Es decir que los padres deberían contar con una autoestima alta, estar satisfechos con su imagen corporal, adaptados a la etapa de vida que cursan, contar con hábitos alimentarios saludables y hacer ejercicio, comer con su familia, tener una postura crítica ante la publicidad y los estereotipos, compartir actividades con sus hijos y tener habilidades de comunicación... Puesto de esa manera, quizá resulte un poco complicado encontrar ese tipo de padres, o acaso será que por ahí tendríamos que empezar, o como dicen los estudiosos de la prevención, es necesario incluir diferentes actores para que las estrategias preventivas tengan mejor resultado.

El otro nicho de los adolescentes es la escuela. Estos centros educativos generalmente son los escenarios en los que se han desarrollado las investigaciones de prevención, ya que es el espacio de enseñanza y formación por excelencia. En ella se encuentra un individuo en

preparación, no sólo académica sino social; el adolescente está desarrollando su personalidad, hábitos, creencias, etc., en este espacio de socialización, es decir, está aprendiendo de la influencia social, a veces sin percatarse de ello. Así, la escuela está educando como escenario natural de desarrollo; algunas instituciones que han aprovechado este papel preponderante en la formación se han encargado de desarrollar programas específicos de promoción y prevención a través de materiales didácticos, detección precoz y programas de prevención (Serra, 2015).

Reconociendo esta fortaleza, Levine y Smolack (2006) recomiendan que se desarrollen programas de prevención de trastornos alimentarios con base escolar, proponiendo una aproximación ecológica que se vincule con la comunidad. Para ello sería necesario una revisión del currículo escolar a fin de compaginar los objetivos académicos con los de la prevención; identificar las necesidades específicas de cada centro educativo para determinar, de acuerdo con las características de su población (edad, género, etnia, etc.), qué tipo de prevención (universal, selectiva o indicada) es la más conveniente y con ello diseñar e implementar estrategias tales como: alfabetización cultural y de medios, desarrollo de habilidades como afrontamiento, manejo de expectativas saludables, etcétera.

En síntesis, la investigación sobre trastornos alimentarios ha desarrollado programas preventivos que cada vez están mejor estructurados y arrojan evidencia que recomienda el uso de estos programas. Asimismo, se cuenta con recomendaciones y lineamientos oficiales nacionales e internacionales que apoyan la promoción y la prevención para contrarrestar la psicopatología alimentaria.

11. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS BASADO EN FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos alimentarios, específicamente la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracones, afectan de manera importante la salud integral de quien los padece; físicamente, se asocian con problemas digestivos, cardíacos y nutricionales; psicológicamente, causan malestar significativo y disfuncionalidad, además suelen acompañarse de estados de ansiedad y depresión, comprometiendo de esta manera el desarrollo integral y la calidad de vida de los jóvenes que los padecen. Las complicaciones pueden ser de tal gravedad que en el caso de la AN se señala aproximadamente 10% de mortalidad. Lo anterior se agrava al considerar las dificultades en su detección, lo costoso de su tratamiento multidisciplinario y las altas tasas de recaídas.

En consecuencia, resulta relevante la prevención y detección temprana de esta problemática en poblaciones juveniles donde pueda advertirse de los riesgos y fomentar los factores protectores, a la vez que se abre la posibilidad de identificar a los individuos afectados por algún trastorno alimentario que aún no haya sido diagnosticado. Una detección oportuna ofrece la posibilidad de una canalización eficaz a los servicios de salud y se asocia con un mejor pronóstico en el tratamiento, mientras que una detección tardía se relaciona con la cronicidad del trastorno.

Desafortunadamente, la detección de dichos trastornos suele ser tardía, lo que implica que la salud de los afectados se deteriora du-

rante largo tiempo y de manera grave. Por ello, es indispensable realizar acciones de prevención y detección temprana que permitan que los jóvenes estén informados, disminuyan los factores de riesgo y aumenten los factores de protección para evitar estos trastornos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los efectos de una intervención psicológica para disminuir las actitudes y conductas de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios, mediante el manejo de factores de riesgo y protección individuales, familiares y socioculturales, en escolares del Estado de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar la presencia de conductas y actitudes alimentarias de riesgo, así como los factores asociados en escolares de 10 a 18 años, de ambos sexos, pertenecientes al Estado de México.
- Adaptar el taller “Jóvenes frente al espejo” para la disminución de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, considerando aspectos personales, familiares y socioculturales que actúan como factores de riesgo y protección asociados a los trastornos alimentarios, con la intención de adecuarlo al contexto de aplicación.
- Implementar el taller “Jóvenes frente al espejo” con escolares de 10 a 18 años de ambos sexos, pertenecientes al Estado de México.
- Valorar las actitudes, conductas y factores de riesgo de trastornos alimentarios, antes y después de la implementación del taller.

DISEÑO

FASES

Se presenta un estudio en dos etapas, la primera descriptiva la segunda preexperimental:

Primera fase: detección de conductas y factores de riesgo de trastorno alimentario. Consiste en obtener datos descriptivos de las variables de interés en 100 escolares del Estado de México.

Segunda fase: prevención de los trastornos alimentarios mediante un taller interactivo. Consiste en la evaluación, adaptación e implementación del taller para aquellos escolares que presentan actitudes y conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Esta fase se trabaja desde un diseño de grupo único con preprueba y posprueba.

DETECCIÓN

Se inicia con una muestra de 100 personas de ambos sexos, con edades de 10 a 18 años, para identificar aquellas que presentan riesgo de trastorno alimentario y medir también los factores asociados a trastorno alimentario.

En la primera fase (100 estudiantes) se consideran los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser estudiante del Estado de México.
- Tener de 12 a 20 años.
- Sexo indistinto.
- Contar con la autorización de padres, tutores y/o autoridades escolares.

Criterios de exclusión:

- No ser estudiante del Estado de México.
- Tener edad inferior o superior a la requerida.
- No contar con la autorización de padres, tutores y/o autoridades escolares.

Criterios de eliminación:

- Contestar los instrumentos de manera incompleta.

PREVENCIÓN

Posteriormente, las personas identificadas con riesgo participan en un taller interactivo de cinco sesiones, de dos semanas cada una; el grupo de intervención no deberá exceder las 20 personas para el manejo adecuado de las sesiones; en caso de que el número de personas con riesgo sea mayor, el total de participantes puede dividirse en dos o más grupos para impartirles el taller por separado.

Para la segunda fase se deben agregar los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Obtener puntuaciones altas en el “Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo” (CAR).

Criterio de exclusión:

- Tener puntuaciones bajas en el CAR.
- Tener algún trastorno alimentario identificado (canalización).

Criterio de eliminación:

- Dejar de asistir al programa, alcanzar más de 20% de inasistencias.

PROCEDIMIENTO

Para iniciar la investigación, se debe solicitar autorización de los encargados escolares y los padres de los participantes a través de consentimiento bajo información. Posteriormente se acude a las aulas para explicar el objetivo del estudio y procedimientos a los participantes, con la intención de que acepten contestar los cuestionarios voluntariamente.

En la primera fase, se deben aplicar instrumentos de cribado o tamizaje como recomienda la Guía de Práctica Clínica, los cuales permiten evaluar los síntomas y conductas de riesgo con instrumentos tales como: “Cuestionario de actitudes alimentarias” (EAT-26), “Cuestionario de conductas de riesgo” (CAR); asimismo, se pueden aplicar instrumentos que evalúen diferentes factores de riesgo y pro-

tección, por ejemplo: “Cuestionario de imagen corporal” (BSQ), “Autoestima” (IGA), “Cuestionario de resiliencia”, “Funcionamiento familiar” (Apgar), “Cuestionario de prácticas alimentarias”, “Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal” (CIMEC).

En la segunda fase, se aplica la intervención en modalidad de taller interactivo. El programa actúa como variable independiente y las conductas alimentarias y los factores asociados actuarán como variables dependientes, que tienen que ser evaluadas con instrumentos válidos y confiables, antes y después de impartir el taller. Asimismo, se deben elaborar los informes finales para las instituciones participantes.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Si bien la versión original del *Manual de prevención de trastornos alimentarios* (Ruiz, 2011), en el que se basan los resultados aquí expuestos contiene el programa desglosado y la carta descriptiva del taller, también se reconoce que existen diversas técnicas para cumplir con los objetivos planteados. Por ello, se considera que cada instructor puede hacer las adecuaciones pertinentes, ya que cada uno se enfrentará a una situación específica en su contexto natural; se sabe también que cada instructor tiene un bagaje propio de técnicas que le permiten elegir la más adecuada de acuerdo con el grupo y el escenario donde realiza sus intervenciones. Por ello, sólo de manera complementaria se comparte aquellas técnicas utilizadas que en opinión de los participantes les parecieron significativas para desarrollar el taller y alcanzar los objetivos planteados:

- La Olla
- Dibujando-me
- Cambiando de zapatos
- Intercambio de emociones

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que la presente propuesta es una intervención psicológica aplicada a seres humanos, es importante que aquellos interesados en aplicarla respeten íntegramente los lineamientos éticos internaciona-

les y nacionales establecidos por la OMS, la Declaración de Helsinki y la Secretaría de Salud.

APLICACIÓN DEL TALLER

Es importante recordar que el programa de prevención de trastornos alimentarios se diseñó con anterioridad retomando los elementos que la literatura especializada recomienda, tales como incrementar el rendimiento de los programas preventivos: nivel de riesgo, sexo, edad, modalidad interactiva, número y duración de sesiones, contenido, escenario (Stice, Shaw y Marti, 2007); se toma en consideración lo recomendado para trabajar con escolares mexicanos (Valdez, 2016).

En este sentido, toda persona encargada de aplicar un programa sabe que deberá partir de su propia detección de necesidades y a partir de ello hacer las modificaciones pertinentes para que sea adecuado a su contexto. Asimismo, hay que recordar que aunque se está abordando una problemática multifactorial, donde existe gran diversidad de factores que contribuyen a que se presente el trastorno, y que algunos de esos factores no están en las manos del adolescente, se debe mantener una postura amplia para generar la crítica y el desarrollo de habilidades para enfrentar las vicisitudes de la adolescencia en un contexto sociocultural que enaltece los estereotipos corporales de delgadez y musculatura, ajenos a los cuerpos reales. Por eso se requiere que la persona que aplique el programa cuente con la formación y las habilidades necesarias para abordar responsablemente este tipo de temas, mediante una postura empática y firme, evitando caer en la sobrerresponsabilización de los participantes.

Para describir las características del presente programa, se retoman los componentes considerados en la elaboración de programas preventivos analizados por León (2010):

- Nivel de prevención: se presenta un programa de prevención selectiva.
- Población: personas con riesgo, identificado a través de puntuaciones altas en el “Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo” (CAR); también pueden utilizarse las puntuaciones en otros instrumentos de cribado e inclusive de factores de riesgo.

- Sexo: dirigido principalmente a mujeres, aunque también pueden participar hombres, ya que si bien los trastornos alimentarios se presentan principalmente en mujeres, poco a poco va incrementando la evidencia de la presencia de este tipo de problemáticas en hombres.
- Edad: aplicable a adolescentes de 12 a 20 años.
- Modalidad: se trabaja mediante un taller interactivo.
- Número de sesiones: multis Sesiones, cinco sesiones de dos horas cada una.
- Contenido: las temáticas incluyen actitudes/conductas alimentarias, factores de riesgo y factores de protección.
- Evaluación: utilizar instrumentos válidos y confiables para la población mexicana.
- Escenario: aplicable en escuelas, centros de salud, espacios juveniles, etcétera.
- Instructor: experto en trastornos alimentarios.

A continuación se presenta el contenido que se propone trabajar en cada una de las sesiones (tabla 15):

TABLA 15
CONTENIDO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
I Presentación	Encuadre Preevaluación
Desarrollo saludable	Desarrollo integral del adolescente. Alimentación y actividad física saludable Conductas de riesgo y trastornos alimentarios
II Autoestima y autoimagen	Autoestima Autoimagen
III Emociones	Emociones Alimentación emocional Regulación emocional

TABLA 15 (CONTINUACIÓN)

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>
Problemas y resiliencia	Problemas del adolescente Afrontamiento Resiliencia
IV Familia	Comentarios y críticas sobre peso y figura Conflicto Comunicación
Influencia social	Relaciones sociales Modelo estético Medios de comunicación
V Cierre	Posevaluación Cierre

FUENTE: elaboración propia adaptado del manual original (Ruiz, 2011).

TABLA 16
INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>¿Qué evalúa?</i>	<i>Definición</i>	<i>Instrumento</i>
Actitudes alimentarias	Disposición hacia la alimentación, peso y figura corporal, considerando elementos cognitivos, emocionales y conductuales.	EAT-26 Test de actitudes alimentarias
Conductas alimentarias	Conjunto de acciones que realiza la persona en relación con los alimentos, basados en el proceso hambre-saciedad y adquiridos en un contexto histórico-sociocultural.	CAR Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo

FUENTE: elaboración propia

TABLA 17
 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS
 A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>¿Qué evalúa?</i>	<i>Definición</i>	<i>Instrumento</i>
Imagen corporal	Se refiere a la manera en que la persona percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, incluyendo aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales (Rosen, 1995; Thompson, 1990).	BSQ Cuestionario de imagen corporal
Autoestima	Es una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real o ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión (González-Arratia, 2001).	IGA Cuestionario de autoestima
Resiliencia	Es la capacidad para adaptarse y ajustarse a través de la interacción entre atributos individuales y su ambiente (familiar, social y cultural), que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad en forma constructiva (González-Arratia, 2007).	Cuestionario de resiliencia
Funcionamiento familiar	Se refiere al conjunto de interrelaciones que se generan al interior de la integrantes de la familia.	Apgar familiar
Influencia sociocultural	Se refiere al efecto que ejerce la presión social para cumplir con los estereotipos corporales aceptados y acostumbrados dentro de un contexto histórico y sociocultural, lo cual es transmitido por las personas cercanas (familia y amigos) y por los medios de comunicación.	CIMEC Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal.

FUENTE: elaboración propia a partir de los artículos de validación.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En la primera parte del presente trabajo, en la sección de evaluación, se hizo referencia al uso de herramientas para la evaluación de los trastornos, entre las que se revisaron las entrevistas diagnósticas y los instrumentos estandarizados, de los cuales se han elegido algunos que pueden ser de utilidad para valorar los efectos del programa.

Esta intervención preventiva de nivel selectivo implica la medición de las actitudes y conductas de riesgo de trastornos alimentarios mediante los instrumentos de tamizaje, así como de los factores asociados a los trastornos alimentarios mediante instrumentos específicos. Se recomienda el uso de los instrumentos válidos y confiables para población mexicana expuestos a continuación (tabla 16).

Asimismo, se cuenta con una amplia variedad de instrumentos para evaluar los factores de riesgo y protección, que al ser tan diversos permiten contar con escalas de diferente índole que van desde lo individual hasta lo sociocultural. En la tabla 17 se muestran algunos de estos instrumentos validados para población mexicana.

Si bien estos instrumentos no son exhaustivos, se recomiendan por la solidez teórico-conceptual y las propiedades psicométricas que han alcanzado a lo largo de su trayectoria, colocándolos como instrumentos válidos y confiables para población mexicana; en algunos de ellos de uso internacional, como se muestra a continuación.

Cuestionario de actitudes alimentarias (EAT-26):

Autorreporte que evalúa actitudes y conductas características de los trastornos alimentarios; es la versión corta de EAT-40 creada por Garner y Garfinkel en 1979. Consta de 26 preguntas con seis opciones de respuesta, contempla tres factores: hacer dieta, bulimia y preocupación por la alimentación, control oral. Mayor puntuación señala mayor número de síntomas de trastorno alimentario, especialmente de anorexia con características restrictivas y compulsivo/purgativo.

Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR):

Este instrumento de autorreporte fue elaborado para población mexicana, que mide las conductas alimentarias como preocupación por

engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos). Fue elaborado por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004). Consta de diez preguntas con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0 = nunca o casi nunca, 1 = algunas veces, 2 = con frecuencia —2 veces a la semana—, 3 = muy frecuentemente —más de dos veces en una semana—) y un alta confiabilidad ($\alpha = 0.83$) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7 por ciento.

Cuestionario de imagen corporal (BSQ):

Su objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción, fue creado y validado en la población americana por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 34 preguntas con seis opciones a respuesta (1-6). En México fue validado por Vázquez, Galán, López, López, Álvarez, Mancilla, Caballero, Unikel (2011), con un Alfa de Cronbach de 0.98 y dos factores: *a*) malestar con la imagen corporal y *b*) insatisfacción corporal; el punto de corte para población mexicana es 110; puntuaciones iguales o mayores a dicha puntuación indican la presencia de insatisfacción corporal.

Cuestionario de autoestima (IGA-2000):

Es un instrumento de autoinforme que consta de 25 reactivos, con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca) y ha sido diseñado para la evaluación de la autoestima en niños y adolescentes de 7 a 15 años de edad. El instrumento mostró que “sus propiedades psicométricas son adecuadas para la medición de la estructura de autoestima (González-Arratia, 2001).

Cuestionario de resiliencia:

Es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la

resiliencia organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica), yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos 1-5 (varianza 37.82% Alpha de Cronbach total = 0.9192). Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser ($kmo = 0.90$, $p = 0.001$). La consistencia interna con los 32 ítems para esta investigación es alta ($\alpha = 0.885$). Las dimensiones del cuestionario son tres: factores protectores internos que mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha = 0.8050$ con 14 reactivos); factores protectores externos que evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha = 0.7370$ con 11 reactivos); empatía, el cual se refiere al comportamiento altruista y prosocial ($\alpha = 0.7800$, con 7 reactivos). Los valores altos indican mayor resiliencia (González-Arratia, 2016).

Apgar familiar:

Instrumento breve para obtener una visión rápida de los componentes del funcionamiento familiar, considerando que la función familiar es el cuidado y apoyo que recibe un individuo por parte de su familia. Fue creado por Smilkstein en 1978 y sus resultados indican funcionalidad *vs.* disfuncionalidad. En población mexicana se propone una interpretación por niveles de satisfacción con la función familiar: 0-3 baja, 4-6 media, 7-10 alta y se obtuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.77$); el análisis factorial arrojó un solo factor que evalúa la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de la satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares (Gómez y Ponce, 2010).

Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal (CIMEC):

Fue elaborado y validado en población española por Toro, Salame-ro y Martínez (1994). Su objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez), consta de 40 preguntas en tres opciones de respuesta y se propone su punto de corte internacional en 24. En México aún no se esta-

blece el punto de corte para su población. Fue adaptado y validado en población mexicana por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), cuenta con una buena consistencia interna ($\text{Alfa} = 0.94$) y una estructura factorial de cuatro componentes: *a*) influencia de la publicidad, *b*) malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso, *c*) influencia de los modelos estéticos corporales y *d*) la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos. Mayor puntuación indica mayor influencia sociocultural hacia la delgadez. Se utilizaran las subescalas: influencia de la publicidad e influencia de los modelos estéticos corporales.

12. IMPACTO DEL TALLER DE PREVENCIÓN: JÓVENES FRENTE AL ESPEJO

El programa presentado tiene una trayectoria de aplicación en escuelas de educación básica y media básica a lo largo de los años recientes; poco a poco ha ido madurando y mejorando. Al inicio estaba más concentrado en la conceptualización de los trastornos y los factores de riesgo asociados y, poco a poco, con la experiencia de las aplicaciones y la invaluable retroalimentación de los participantes, ha girado hacia los factores protectores con la intención de fortalecer a los adolescentes para que puedan hacer frente a las situaciones que los orillen a una problemática de este tipo.

PRIMARIA

En el nivel básico, se ha aplicado en escolares de primaria; en la primera fase participaron 107 alumnos de ambos sexos con edades de 9 a 11 años, quienes cursaban 5° y 6° de primaria, en una institución pública, de los cuales se eligió a los 20 estudiantes que obtuvieron las puntuaciones más altas en el instrumento de tamizaje (CAR) o en el BSQ para que participaran en la segunda fase, que consiste en la aplicación de la intervención preventiva. El taller se desarrolló en cinco sesiones de manera interactiva, abordando temáticas como: concepto y factores de riesgo de los trastornos alimentarios, influencia socio-cultural, autoconcepto, autoimagen, emociones, estrés y afrontamiento. Se compararon los resultados antes y después de la intervención, lo cual indicó que al inicio 8.9% de las mujeres y 15.7% de los hombres

rebasaron el punto de corte del CAR, haciéndose presentes las conductas alimentarias de riesgo en ambos sexos. El análisis comparativo se realizó con las medias grupales, con una media inicial de una media grupal de 35.00 (17.83) y una media final de 20.76 (DE = 7.66); si bien hay una disminución en las puntuaciones, ésta no alcanza la significancia estadística ($t = 0.28$, $sig = 0.78$). Asimismo, se realizó el comparativo de los menores que rebasaron el punto de corte al inicio y al final (tabla 18), mostrando que 66.67% sí logró disminuir su nivel de riesgo (para mayor información véase Zamora, 2016).

TABLA 18
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS SOBRE LAS CONDUCTAS
DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA

<i>CAR</i>		
<i>Participante</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
29	Riesgo	Sin riesgo
72	Riesgo	Riesgo
102	Riesgo	Sin riesgo
69	Riesgo	Sin riesgo
76	Sin riesgo	Riesgo
73	Riesgo	Sin riesgo
10	Riesgo	Sin riesgo
25	Sin riesgo	Sin riesgo
31	Sin riesgo	Sin riesgo
88	Sin riesgo	Sin riesgo
98	Sin riesgo	Sin riesgo
105	Sin riesgo	Sin riesgo
3	Sin riesgo	Sin riesgo
40	Sin riesgo	Sin riesgo

TABLA 18 (CONTINUACIÓN)

<i>CAR</i>		
<i>Participante</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
55	Sin riesgo	Sin riesgo
74	Sin riesgo	Sin riesgo
83	Sin riesgo	Sin riesgo
Rebasaron punto de corte	6	2
Cambio positivo		66.67%

FUENTE: Zamora (2016).

SECUNDARIA

A continuación se presentan los resultados estadísticos sobre evaluación inicial, resultados del taller y recomendaciones para el nivel secundaria. En primer lugar, se presentan los resultados generales de todos los estudiantes evaluados; en segundo lugar, se presentan resultados del taller sólo con aquellos alumnos que asistieron a la evaluación inicial y final.

EVALUACIÓN INICIAL SECUNDARIA

Se contó con la participación de 86 alumnos de primero y segundo grados del turno matutino, de los cuales fueron 42 mujeres y 44 hombres, de 11 a 14 años.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos alimentarios como anorexia, bulimia y atracón, se evaluaron las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes alimentarias, la imagen corporal y la influencia sociocultural.

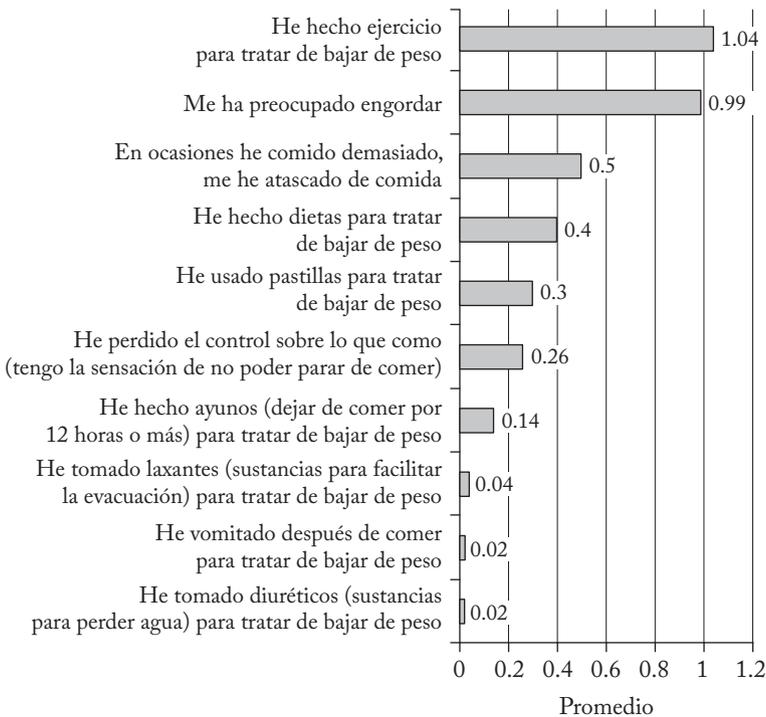
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN SECUNDARIA

Los participantes presentan pocas conductas alimentarias de riesgo, alcanzan un promedio de 3.5 en un rango que oscila de 0 a 40 puntos; sólo 1.2% de la población refiere que estas conductas son pro-

blemáticas para su persona. Entre las conductas que pueden preocupar a algunos alumnos se encuentran: hacer ejercicio para bajar de peso y preocupación por engordar, lo cual, si bien no se encuentra en un nivel problemático, podría requerir orientación (figura 8).

En este sentido, se recomendó a la institución brindar información a los estudiantes y sus padres sobre orientación nutricional acerca de una alimentación adecuada en la etapa adolescente, que les permita entender que no es necesario preocuparse sino ocuparse en llevar un estilo de vida saludable, con porciones adecuadas a su edad, alimentos saludables (frutas, verduras y carnes), evitar la comida chatarra y hacer ejercicio, no para bajar de peso sino para mantenerse en buenas condiciones de salud, socializar y divertirse.

FIGURA 8
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

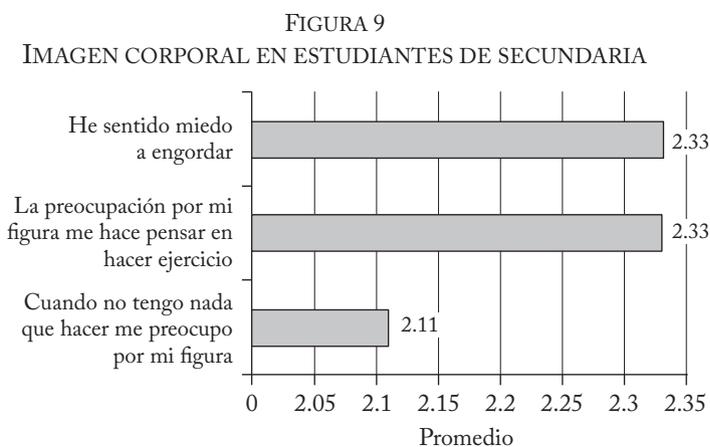


FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

IMAGEN CORPORAL EN SECUNDARIA

En cuanto a la imagen corporal, los participantes presentan una percepción adecuada de su apariencia personal en términos generales, mostrando agrado por su cuerpo, haciendo referencia a la salud y a las múltiples actividades que realizan a lo largo del día, lo cual se refleja en el promedio obtenido de 56.70 en un rango que oscila entre 34 y 204; aunque sí se encuentran algunos alumnos que están insatisfechos con su imagen corporal, los cuales representan 4.8% de los evaluados. Entre las inquietudes manifestadas en esta área se encuentran el miedo a engordar, preocupación por la figura y pensar en hacer ejercicio para bajar de peso (figura 9).

En este sentido, se recomendó a la escuela brindar a los alumnos orientación al momento de abordar los temas de desarrollo humano, así como en su casa, sobre los cambios corporales naturales que irán experimentando conforme avanza la edad. Es importante ayudarles a entender los cambios biológicos y psicológicos propios de la adolescencia; enseñarles a mantener una alimentación balanceada, a ser constantes en sus deportes o actividades físicas, a cuidar sus horas de sueño. También es importante generar y cuidar que haya un ambiente de respeto y aceptación entre todos los integrantes de la comunidad estudiantil, evitando burlas o sobrenombres que afecten su imagen corporal.



FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

EVALUACIÓN DEL TALLER: JÓVENES FRENTE AL ESPEJO EN SECUNDARIA

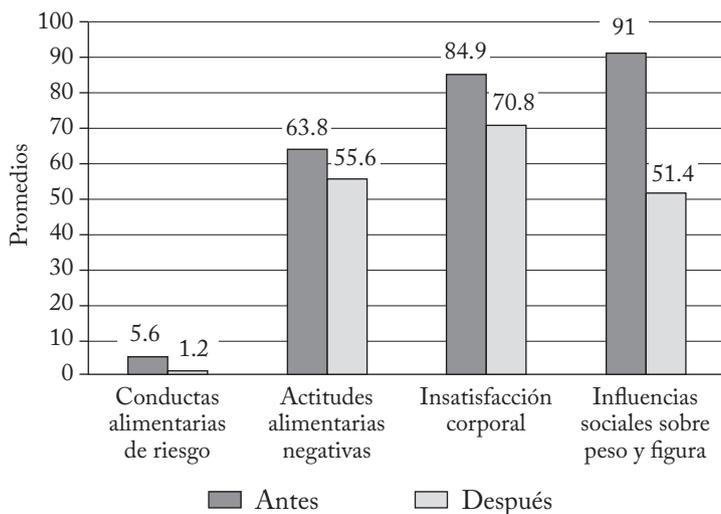
Una vez aplicados los cuestionarios, se seleccionó a aquellos estudiantes que podrían beneficiarse más del taller. Se extendió una lista de 16 invitados y sólo uno de ellos no se presentó. Además, el personal de la institución incluyó a otros estudiantes que consideraron que podrían beneficiarse del contenido del taller. En total se trabajó con 19 estudiantes (nueve mujeres y nueve hombres), logrando beneficiar al 100% de los estudiantes.

Al finalizar el taller se realizó un grupo focal para que los estudiantes expresaran qué les pareció el taller, qué aprendieron, qué recomendaciones se llevan de lo aplicado. Los estudiantes expresaron su agrado por haber participado y haber tenido la oportunidad de participar en un taller en esta modalidad de enseñanza. Señalaron que les ayudó a conocerse mejor, a valorarse, a aceptar que todos tienen cualidades, a identificar y manejar sus emociones, porque sienten que sus cambios psicológicos los hacen sensibles, enojones o tristes; también señalaron que en el taller aprendieron a reconocer que cuando tienen un problema deben buscar soluciones. Indicaron que el taller les pareció muy bueno, muy interactivo; los temas son de su interés y les inquietan. Aunque de manera grupal no refieren problemas alimentarios, sí existen algunos menores que se encuentran preocupados por su apariencia física. En cuanto al método empleado, consideraron que la técnica “Dibujando-me” es muy útil porque los hace reflexionar y creen que les servirá más allá del taller.

Asimismo, se compararon los resultados obtenidos en los cuestionarios antes y después de la aplicación del taller; los resultados fueron favorables ya que se logró la disminución significativa de las conductas alimentarias de riesgo ($t = 6.95, p > 0.001$), la insatisfacción corporal ($t = 2.19, p < 0.05$) y la influencia sociocultural ($t = 11.45, p < 0.0001$), que incluye el modelo estético y la publicidad que fomentan los estereotipos corporales para hombres y mujeres. En cuanto a las actitudes alimentarias negativas, si bien disminuyeron, no alcanzaron niveles significativos (figura 10).

Con ello se dio por concluido el taller, considerando que se alcanzó el objetivo planteado inicialmente. Se agradeció a la institución y se recomendó que se sigan aplicando actividades extracurriculares que favorezcan el sano desarrollo de los adolescentes.

FIGURA 10
IMPACTO DEL TALLER DE PREVENCIÓN
DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN SECUNDARIA



FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

Como comentario adicional, señalamos que entre las sesiones del taller se encontró que existen otros temas que inquietan a los adolescentes, especialmente la violencia y la inseguridad social; consideran que su comunidad se está volviendo más insegura, con delitos, adicciones, vandalismo, que afectan cada vez a más personas. Se recomienda que se indague sobre esta problemática que preocupa a su comunidad escolar.

PREPARATORIA

A continuación se presentan los resultados estadísticos sobre evaluación inicial, resultados del taller y recomendaciones para estudiantes de nivel medio básico, en una escuela preparatoria oficial. En primer lugar se presentan los resultados generales de todos los estudiantes evaluados y en segundo lugar se presentan resultados del taller, sólo con aquellos que alumnos que asistieron en la evaluación inicial y final.

EVALUACIÓN INICIAL EN PREPARATORIA

Se contó con la participación de 122 alumnos de 1º, 2º, 3er grado del turno matutino, de los cuales fueron 65 mujeres y 57 hombres, de 15 a 19 años, con un promedio de 16.25 años.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos alimentarios, como anorexia, bulimia y atracón, se evaluaron las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes alimentarias, la imagen corporal y la influencia sociocultural.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN PREPARATORIA

Los participantes presentan pocas conductas alimentarias de riesgo; alcanzan un promedio de 4.07 en un rango que oscila de 0 a 40 puntos; 5% de la población refiere que estas conductas son problemáticas para su persona. Entre las conductas que pueden preocupar a algunos alumnos se encuentran: hacer ejercicio para bajar de peso, comer demasiado hasta atascarse de comida y preocupación por engordar, lo cual si bien no se encuentra en un nivel problemático podría requerir orientación (figura 11).

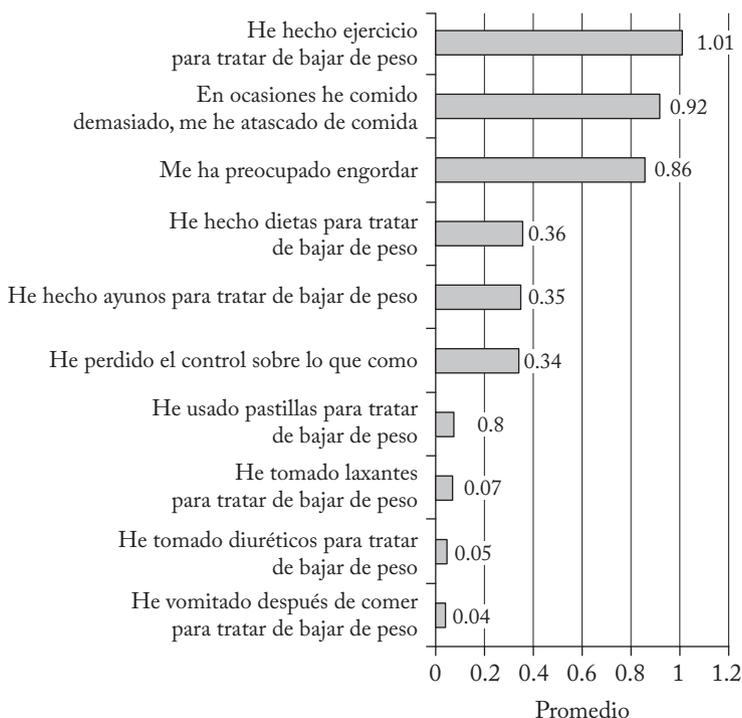
IMAGEN CORPORAL EN PREPARATORIA

En cuanto a la imagen corporal, los participantes presentan una percepción adecuada de su apariencia personal en términos generales, mostrando agrado por su cuerpo; hacen referencia a la salud y a las múltiples actividades que realizan a lo largo del día, lo cual se refleja en el promedio obtenido de 66.59 en un rango que oscila entre 34 y 204; aunque sí se encuentran algunos alumnos que están insatisfechos con su imagen corporal, los cuales representan 10% de los evaluados. Entre las inquietudes detectadas en esta área se encuentran: preocupación por la figura en momentos de ocio, relacionan preocupación por la figura y ejercicio, se comparan e imaginan como personas delgadas y musculosas, miedo a engordar (figura 12).

Se presentan algunas diferencias en la imagen corporal de acuerdo con el sexo:

- Las mujeres tienen más miedo de engordar o se sienten gordas, o llegan a sentirse mal por su apariencia física.

FIGURA 11
 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
 EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA



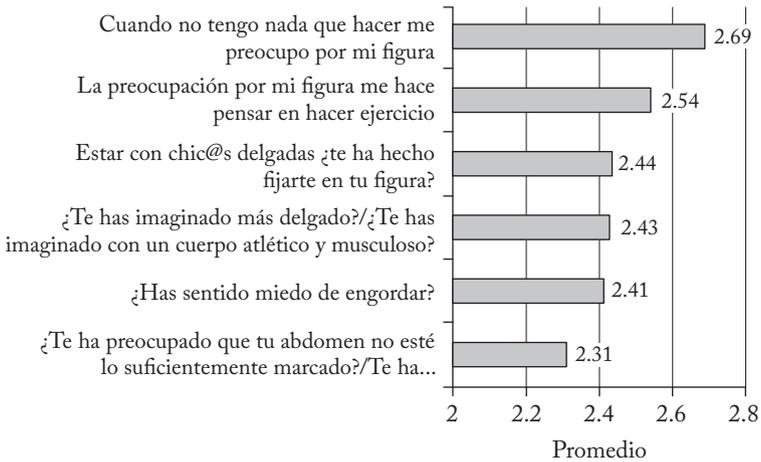
FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

- Los hombres se comparan con figuras masculinas musculosas y se preocupan y desean tener un cuerpo más firme y musculoso, que los hace pensar en hacer ejercicio.

INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN PREPARATORIA

Se evaluó la influencia sobre los modelos estéticos corporales, es decir, qué tan asimilados tienen los modelos de delgadez y musculatura, los cuales son transmitidos tanto por las personas cercanas como por los medios de comunicación. Se encontró una media de 28.02, con un rango de 20 a 55, indicando que se encuentran en un nivel de influencia bajo. Algunas de las influencias que reciben se relacionan

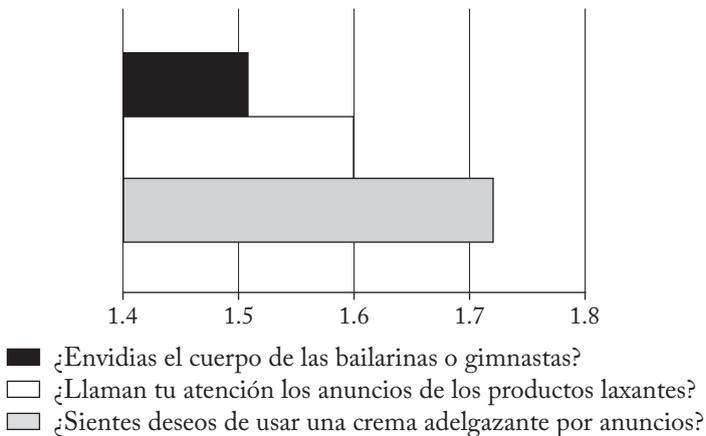
FIGURA 12
IMAGEN CORPORAL EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA



FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

con los productos adelgazantes, publicidad o envidia por cuerpos delgados o atléticos (figura 13).

FIGURA 13
INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES SOBRE EL MODELO ESTÉTICO EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA



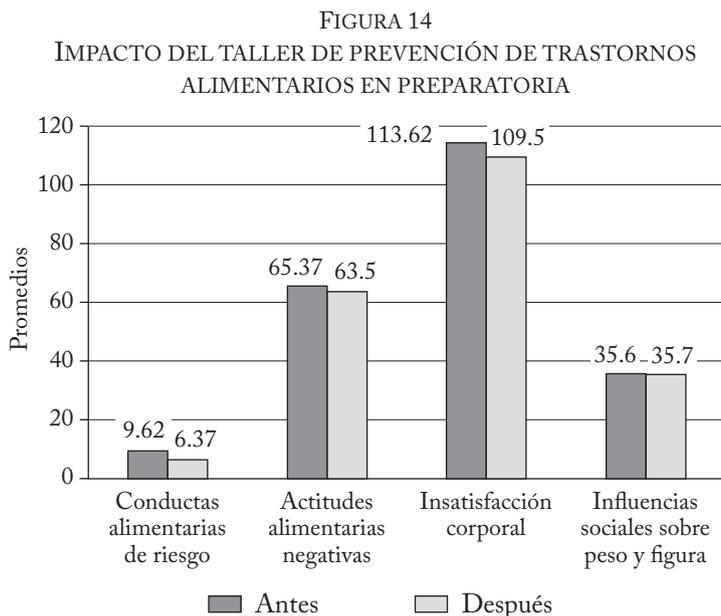
FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

TALLER: JÓVENES FRENTE AL ESPEJO EN PREPARATORIA

Una vez aplicados los cuestionarios, se seleccionó a aquellos estudiantes que podrían beneficiarse más del taller. Se extendió una lista de 16 invitados, sin embargo, solamente nueve lograron concluirlo, lo que equivale a 56.25% de beneficiados.

La evaluación del taller se realizó tanto de manera cuantitativa como cualitativa.

Se compararon los resultados obtenidos en los cuestionarios antes y después de la aplicación del taller; los resultados fueron favorables, ya que se logró la disminución de las conductas alimentarias de riesgo, las actitudes alimentarias negativas, la insatisfacción corporal y la influencia sobre el modelo estético que fomenta los estereotipos corporales para hombres y mujeres (figura 14)



FUENTE: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

La evaluación cualitativa se realizó a lo largo del taller mediante el discurso, los ejercicios escritos que realizaron los estudiantes y un grupo focal en la sesión de cierre. En cuanto al contenido, señala-

ron que les ayudó a comprender la etapa que están pasando, a expresar sus dudas, a conocerse mejor, a darse cuenta de algunos de sus problemas (principalmente emocionales y relacionales), y a reconocer que todos tienen necesidades y posibilidades de buscar apoyo, así como a reafirmar que la falta de aceptación, inseguridad, baja autoestima, necesidad de aceptación y pertenencia social, si no se resuelven, pueden llevarlos a problemas más graves como: problemas alimentarios, de adicciones, de embarazo, etcétera.

En esta población ya se encuentran instauradas diferentes problemáticas psicológicas, las cuales incluyen problemas emocionales; en esta etapa sí logran identificar sus emociones, pero no saben cómo expresarlas. Especialmente demandan afecto y apoyo pero al mismo tiempo se retraen, no saben cómo expresarse ahora que ya no son unos niños pero siguen requiriendo afecto; algunos de ellos están en la búsqueda de la independencia, por lo que retan a la autoridad constantemente, lo que les genera conflictos y distanciamiento familiar. Un aspecto que resulta intenso y de difícil manejo son las relaciones afectivo-sexuales, que impactan su identidad, su imagen corporal, su estabilidad emocional, entran en conflicto ante sus necesidades erótico-afectivas y la presencia o ausencia del otro significativo.

El trabajo con los adolescentes permitió identificar que cuentan tanto con factores de riesgo como de protección, con una tendencia baja hacia los trastornos alimentarios, pero con la presencia de dificultades emocionales (inestabilidad, manifestaciones ansiosas y depresivas) y relacionales (relación padres-hijos, noviazgo). Estas problemáticas podrían trabajarse con mayor profundidad con los diferentes actores educativos: estudiantes, profesores y padres. Especialmente, se recomienda el trabajo con los padres en el aspecto afectivo-emocional y comunicación, y educación sexual con elementos erótico-afectivos.

Asimismo, expresaron su agrado por participar y haber tenido la oportunidad de conocer a otros compañeros. Refirieron que el taller les gustó porque les hizo reflexionar y se sintieron apoyados; además de que los temas fueron de su interés, aunque consideran que fue un poco corto. Algunos no conocían la modalidad de taller y les pareció interesante, incluso sugirieron que podrían trabajarse otras temáticas de su interés, como amor y noviazgo.

Con ello se dio por concluido el taller, considerando que se alcanzó el objetivo planteado inicialmente; se hicieron las siguientes recomendaciones a la institución educativa:

En cuanto a las conductas y actitudes alimentarias de riesgo, es conveniente que los estudiantes y sus padres reciban orientación nutricional sobre un estilo de vida saludable, compartiendo las horas de la comida, con porciones adecuadas a su edad, alimentos saludables (frutas, verduras y carnes), evitar la comida chatarra, y hacer ejercicio, no para bajar de peso sino para mantenerse en buenas condiciones de salud, socializar y divertirse.

Con respecto a la imagen corporal, se recomienda fomentar la aceptación integral de la persona, no centrada en la apariencia, utilizar activamente el tiempo libre, así como generar actitudes críticas hacia la sobrevaloración de la imagen corporal impuesta a través de estereotipos estéticos. En la casa y la escuela hay que generar y cuidar que haya un ambiente de respeto y aceptación entre todos los integrantes, evitando burlas o sobrenombres que afecten su imagen corporal. Evitar la crítica destructiva hacia su imagen y apariencia física, recordando que en esta etapa están cambiando física y psicológicamente, por lo que son más sensibles.

Asimismo, se recomienda generar una actitud y conciencia críticas hacia los medios de comunicación masiva que promueven estereotipos corporales de delgadez y musculatura, a través de productos adelgazantes o la presentación de cuerpos idealizados. Requieren aprender a seleccionar el tipo de materiales publicitarios y empezar a reflexionar acerca de lo que les están transmitiendo.

DISCUSIÓN GENERAL

La presente obra pretende ofrecer aportaciones en dos vertientes complementarias: por una parte, muestra un panorama general de los trastornos alimentarios desde una perspectiva ecosistémica y, por otra parte, propone un programa de acción preventiva con sus respectivas evidencias empíricas e implicaciones prácticas.

Por ello, en la primera parte se definen los trastornos alimentarios y se muestra su relevancia debido a las graves afectaciones que acarrea para las personas que los padecen, alterando su desarrollo integral desde edades tempranas. Se parte de la identificación de cada trastorno de acuerdo con sus principales características físicas, psicológicas y sociales, sumando además los criterios diagnósticos y sus respectivas actualizaciones en DSM-5 y la CIE 11, los cuales resultan útiles para el personal de salud (Vázquez *et al.*, 2015); se enfatiza en la anorexia y la bulimia nerviosas, sobre las cuales versa más adelante el programa preventivo. Se agregan datos epidemiológicos y las consecuencias que acarrearán los trastornos alimentarios, destacando que si bien la prevalencia puede parecer un porcentaje menor, ya que oscila entre 0.2% y 3.2% principalmente en mujeres adolescentes, la realidad es que el grado de afectación es severa y más grave aun porque muchos casos siguen ocultos y otros tantos sin tratamiento adecuado, lo que aumenta las complicaciones físicas (gastrointestinales, cardiovasculares, etc.) y mentales (ansiedad, depresión, suicidio, etc.) (APA, 2014; Forney *et al.*, 2016; Norris *et al.*, 2016; Sanchs *et al.*, 2016).

Asimismo, en la etiología se retoman factores relacionados con los trastornos alimentarios, los modelos explicativos y el enfoque ecológico que va desde lo individual hasta lo macrosistémico. A partir de ahí se analizan diferentes factores que pueden tener efectos de riesgo o de protección para desencadenar actitudes y conductas alimentarias nocivas, entendiendo que estos factores pueden ser de índole individual, familiar y social. Es importante destacar que la inclusión de los factores protectores pretende romper una visión unilateral sobre la psicopatología, que por costumbre sólo suele fijarse en los aspectos deteriorados, dejando de lado los aspectos positivos. En este caso, se reconoce la relevancia de aspectos como alta autoestima, familia con buena comunicación y apoyo, permanencia escolar, resiliencia alta, actividades sociales e intelectuales-culturales compartidas en familia y comunidad (Croll *et al.*, 2002; Geller, Zaitsoff y Srikameswaran, 2002; Páramo, 2011). De esta manera, al contemplar tanto el riesgo como la protección, se brinda una visión equilibrada entre los aspectos individuales, familiares y sociales que aumentan o disminuyen el riesgo de padecer estas problemáticas (Ruiz, 2010), que resultan componentes indispensables en los programas de promoción y prevención (Rodríguez y Minoletti, 2013).

Dichos factores se complementan con el enfoque ecológico que va desde el ontosistema hasta el macrosistema. El énfasis en el enfoque ecológico se considera una aportación relevante, porque dado que los trastornos son una afectación de salud, suelen abordarse primordialmente desde el enfoque biomédico, concentrándose mayormente en los aspectos biológicos, especialmente en la regulación metabólica y en los mecanismos neuroquímicos de hambre-saciedad y emociones (Méndez, Vázquez y García, 2008). Por su parte, los modelos psicológicos, tanto conceptuales como empíricos que se han desarrollado tanto para la anorexia como para la bulimia nerviosa (Cervera, 1996; Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987), se concentran en variables individuales (cognitivo-conductuales) e incluso en las relaciones interpersonales. Ahora bien, del modelo ecosistémico se presenta como una opción que permite sumar tanto los elementos trabajados por el modelo bioquímico como los aspectos incluidos en los modelos psicológicos, atravesando así las múltiples y complejas interacciones que se dan para llegar desde el ontosistema hasta el macrosistema.

Este enfoque, al retomar elementos individuales y estructurales de la sociedad, podría resultar adecuado para enlazar los aspectos individuales (biológicos, psicológicos), pasando por distintos niveles de interacción entre actores como la escuela, familia y medios, y articularse con elementos estructurales del sistema sociocultural, como cultura, patrones de consumo, políticas públicas, etc. Esta visión da mayor cabida a una postura crítica; por ejemplo, no sólo se hablaría de la forma en que la persona percibe y asimila el modelo estético, sino que se cuestionarían los intereses e implicaciones de un sistema consumista, con ausencia de políticas públicas a favor de la salud, medios de comunicación masiva sin regulación, sistemas sanitarios curativos y remediales, en lugar de preventivos, que por acción u omisión contribuyen a mantener los modelos estéticos corporales de delgadez y musculatura. Desde esta perspectiva, el trabajo interdisciplinario e intersectorial resulta necesario para lograr la inclusión de diversos actores sociales correspondientes al exosistema y el macrosistema, con la finalidad de generar acciones desde diversos ámbitos de competencia a favor de la salud integral de la población.

Una vez revisado el panorama de los trastornos, su definición y clasificación, se hace referencia a la evaluación que da paso al tratamiento, que está a cargo de los especialistas en salud. En esta parte se hace mención de algunos indicadores que podrían resultar útiles para que amigos, padres y profesores se percaten de algunas señales de alerta que ameritarían una evaluación profesional. Dicha evaluación formal debe ser realizada por personal especializado, punto en el cual la presente obra coincide con las recomendaciones de la Secretaría de Salud; por ello enlista algunos instrumentos de tamizaje validados para población mexicana que son de utilidad para trabajar con población abierta, escolar o grupos de riesgo; asimismo, se enuncian algunas entrevistas que pueden ayudar al personal clínico para concretar su diagnóstico. De esta manera, se pretende que estos trastornos que suelen presentarse de manera insidiosa y tiende a ocultarse, puedan ser visualizados desde etapas tempranas en los ámbitos más cercanos y no profesionales y derivarse a evaluaciones especializadas, ya que la detección temprana se asocia con menor deterioro y mejor pronóstico de recuperación.

La continuidad en los servicios de salud señala que en el primer nivel de atención se debe realizar el tamizaje y el diagnóstico, para

ofrecer tratamiento multidisciplinario ambulatorio. Sin embargo, cuando el caso presenta indicadores como disminución de peso, escasa respuesta al tratamiento ambulatorio, depresión mayor, ideación o intento suicida, es necesario canalizar a la paciente al segundo y tercer nivel de atención, para una revaloración especializada y posible hospitalización (SS, 2013). Como bien se advierte en el desarrollo de la presente obra, ante la complejidad de los trastornos alimentarios su tratamiento interdisciplinario resulta arduo, costoso y con alta incidencia de recaídas. Ello se complica aún más por el desconocimiento de la población sobre la psicopatología alimentaria, los escasos servicios de salud mental y el estigma social que acompaña a los trastornos mentales. De tal forma que es común que cuando las personas logran llegar a un servicio especializado, ya han transcurrido varios años e intentos de solución fallidos; los usuarios reportan que en las instituciones de salud no se ha seguido el proceso de evaluación y referencia indicados por el sector salud y que los servicios privados son sumamente costosos. Por su parte, los trabajadores de la salud señalan la resistencia del paciente para ser atendido, el ocultamiento y la falta de seguimiento a las indicaciones terapéuticas por parte del paciente y sus familiares. Con todo ello, se evidencia lo alejados que están los lineamientos establecidos formalmente y el tratamiento que realmente reciben los usuarios, dejando tareas por resolver para todos los actores sociales inmersos en esta problemática.

Una vez revisada la complejidad de los trastornos alimentarios, destaca la necesidad de actuar antes de que se presenten los cuadros clínicos; por ello la segunda parte de obra presenta un programa preventivo, delimitado para trabajar únicamente con anorexia y bulimia nerviosa, aportando evidencia empírica de los resultados emanados de su aplicación en distintos niveles educativos. Se parte de los elementos básicos de la promoción y la prevención que dan cimiento a todo programa de acción en el campo de la salud mental, desde la detección de necesidades, diseño, implementación, evaluación y difusión del programa (Fernández y Gómez, 2007). A partir de ello, se aborda la prevención de los trastornos alimentarios y se destacan aquellos elementos que recomienda la Secretaría de Salud (2013), así como los resultados relevantes en estudios previos, en los ámbitos nacional e internacional. Este análisis permite apreciar que existen

avances en cuanto al conocimiento de los trastornos y la eficacia de los programas de prevención. Sin embargo, estos avances científicos distan de llegar a la población, lo cual se observa al entrar en contacto con la comunidad, donde se hace evidente el desconocimiento de las personas y la escasa o nula aplicación de la promoción y prevención en el campo de la salud mental en general y de los trastornos alimentarios en particular. Entonces surgen incógnitas por resolver: ¿por qué la población no recibe estos avances?, ¿cuál es la realidad que se vive en las comunidades con respecto a la prevención de los trastornos alimentarios? Y bajo estas circunstancias, ¿qué podemos hacer?, ¿qué podemos aportar en los escenarios comunitarios?

En este sentido, parece que las políticas públicas siguen centradas en un enfoque biomédico y curativo, incluso la Secretaría de Salud (2013) reconoce la falta de programas psicoeducativos por parte del sector salud, ya que como se ha mencionado, las recomendaciones sanitarias en México señalan que la atención comienza cuando la paciente acude al primer nivel para solicitar tratamiento, por lo que no existe trabajo de detección, promoción ni prevención en población escolar ni en población abierta. De tal forma que los programas preventivos documentados en México han sido elaborados como proyectos de investigación científica por parte de las universidades, aplicando sus conocimientos y recursos en aquellas instituciones educativas que tienen la disponibilidad de participar, prácticamente con nula colaboración de las instituciones de salud. Queda claro que se requiere el trabajo intersectorial para conjuntar esfuerzos en beneficio de la salud mental.

Siguiendo esta línea de trabajo, la parte final de esta obra presenta la aplicación del programa preventivo “Jóvenes frente al espejo”, que tuvo como objetivo: “Evaluar los efectos de una intervención psicológica para disminuir las actitudes y conductas de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios, mediante el manejo de factores de riesgo y protección individuales, familiares y socioculturales, en escolares del Estado de México”.

Una vez concluidas las aplicaciones, es conveniente hacer algunos señalamientos sobre la parte metodológica llevada a cabo mediante un diseño de dos fases: detección y prevención. En la primera fase de detección resultó de suma utilidad contar con los instrumentos de tamizaje revisados en la primera parte de la obra, ya que éstos

son breves, accesibles para población abierta y cuentan con propiedades psicométricas adecuadas para población mexicana, mostrando que es oportuno aplicar los instrumentos de tamizaje en amplias poblaciones escolares para detectar a las personas en riesgo y de ahí derivar a los participantes al taller de prevención, ejerciendo así una intervención selectiva. En tanto que para la segunda fase de prevención, el contenido temático se deriva de la revisión de los apartados de prevención, donde los estudios de revisión y metaanálisis sobre prevención de trastornos alimentarios fueron la piedra angular para desarrollar el programa original (Ruiz, 2011), que al sumarse con las experiencias de aplicación a lo largo de los años recientes, han permitido mejorar el taller para dar forma a la versión actual “Jóvenes frente al espejo”, enfatizando en los instrumentos de medición y dando mayor peso a los factores de protección. En este sentido, el contenido del taller inicia con aspectos básicos del desarrollo humano para que los participantes comprendan mejor su paso por la adolescencia y sus cambios corporales; posteriormente se abordan las temáticas intrapersonales, como son la autoestima y las emociones, analizando la relación entre emociones y conducta alimentaria; prosigue la identificación de problemas en donde los adolescentes expresan libremente sus preocupaciones o conflictos y se les encamina hacia la resolución de problemas, afrontamiento y resiliencia; por último, se pasa a los aspectos ambientales, socioculturales, entre los que destacan la crítica social, estereotipos, amistades, familia y medios de comunicación.

Los resultados expuestos muestran que la implementación del taller tuvo efectos positivos al reducir las actitudes y conductas alimentarias de riesgo, la insatisfacción corporal y la influencia sociocultural en mujeres y hombres de diferentes niveles educativos: primaria, secundaria, preparatoria. El trabajo con la intervención preventiva de trastornos alimentarios continúa y los presentes resultados son de suma utilidad para seguir mejorando las acciones preventivas en ambientes naturales de acuerdo con las necesidades y los recursos de la comunidad.

Por ello, es conveniente hacer algunas consideraciones de acuerdo con cada nivel, con la intención de incidir en futuras aplicaciones.

En primaria es posible aplicar el programa con alumnos de nueve a 11 años, quienes se encuentran en los dos últimos años escolares

(5º y 6º); en este caso es recomendable ser cuidadosos con los instrumentos de medición para que correspondan con el desarrollo cognitivo de los menores y logren captar lo que viven los estudiantes; por ello se recomienda una batería breve que puede incluir el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CAR), siluetas de Collins y entrevista individual sobre alteraciones alimentarias, insatisfacción corporal y conductas compensatorias. En esta etapa es conveniente orientar el trabajo hacia la promoción del desarrollo saludable y la salud mental, concentrándose en las primeras temáticas del taller para ayudarles a comprender el proceso de cambio de la pubertad a la adolescencia; se recomienda que la información sobre trastornos alimentarios se trabaje de manera general, con el uso de ejemplos concretos, sin detallar o profundizar en la sintomatología.

En el nivel secundaria se aplica con buenos resultados en menores de 11 a 14 años, que cursan 1º, 2º y 3er grado; en este caso la batería de instrumentos resulta adecuada y se complementa con el uso del grupo focal. Las observaciones durante la aplicación muestran que las inquietudes en torno a la preocupación por engordar, la insatisfacción corporal y la sensibilidad a la crítica, van aumentando conforme avanza la edad, de tal forma que los adolescentes del primer grado de secundaria tienen poca preocupación al respecto, pero los de segundo grado ya empiezan a sentirse confusos con sus cambios corporales, sienten afectada su autoestima y les cuesta trabajo adaptarse a los cambios psicológicos; especialmente tienen dificultad para identificar sus emociones, lo cual se va acentuando en tercer grado, donde la crítica, el atractivo físico y las relaciones interpersonales generan estrés e incluso insatisfacción. Por lo tanto, es crucial una preevaluación cualitativa que permita identificar el nivel de inquietud y las necesidades por resolver. Así, para administrar el contenido se recomienda que donde existan escasas actitudes y conductas de riesgo se dé prioridad a los contenidos iniciales: desarrollo saludable, autoestima y emociones; en cambio, cuando se va acentuando la problemática, deberá enfatizarse en la identificación de problemas, afrontamiento, resistencia a la crítica. Es en este nivel educativo, donde el taller obtuvo mejores resultados; se muestra como la mejor etapa para fortalecer al adolescente, por lo que se considera que es la etapa más conveniente para llevar a cabo este

tipo de prevención selectiva. Asimismo, sería conveniente el trabajo con grupo control y evaluaciones de seguimiento.

También es posible aplicarlo en preparatoria con estudiantes de 15 a 19 años, comprendiendo los grados de 1º, 2º y 3º; al trabajar con jóvenes de esta edad se aprecia que ya se encuentran instauradas algunas problemáticas psicológicas, especialmente la dificultad para expresar emociones negativas, pedir y recibir afecto, sensibilidad a la crítica, presencia de conflictos familiares e inquietud intensa por noviazgo y sexualidad. En estas condiciones, los jóvenes son susceptibles a presentar preocupaciones por peso, alimentación, apariencia física, conductas alimentarias alteradas e incluso sintomatología de trastorno alimentario. Ellos ya han pasado la pubertad y conocen los cambios de la adolescencia, están transitando por la juventud y algunos adquieren responsabilidades de adultos; en el trayecto pueden mostrar inestabilidad, inseguridad, necesidad de aceptación y pertenencia, fragilidad ante la influencia social; por ello, al inicio de la intervención pueden mostrarse resistentes para tratar temas personales o manifestar problemas con la autoridad. Asimismo, tienen conocimientos sobre el desarrollo saludable e identifican a la anorexia y la bulimia como problemas juveniles; en consecuencia, el taller debe iniciar con integración grupal y manejo empático. En cuanto al contenido, hay que profundizar en la autoestima, regulación de emociones, identificación y resolución de problemas, afrontamiento, resiliencia y manejo de la influencia social asociados a los problemas alimentarios. Ante las problemáticas presentadas, es altamente recomendable la inclusión del servicio psicológico dentro de los centros escolares, con personal capacitado en conductas de riesgo.

Es importante recordar que en este tipo de programas en los que se realizan acciones de detección y prevención, hay que estar atentos a las personas que mantengan altas puntuaciones de riesgo a pesar de haber participado en el taller, ya que dichos casos necesitan ser referidos al sector salud para una evaluación especializada. Al respecto se recomienda la entrevista individual con el estudiante para orientarlo sobre la necesidad de recibir atención especializada y convencerle de que es necesario avisar a sus padres, en caso de ser menor de edad; después se procedería a otra entrevista conjunta con sus padres para entregarles la carta de canalización y un directorio de instituciones para solicitar la evaluación y el tratamiento correspon-

diente. Posteriormente, la escuela o los centros de atención comunitaria pueden solicitar informes de seguimiento a padres para verificar la continuidad del tratamiento. Por lo tanto, es importante trabajar con los diversos actores sociales involucrados: adolescente/joven, padres, profesores y generar las estrategias intersectoriales (sistema educativo, sistema de salud, etc.) que propicien la atención integral.

Por último, se espera que la obra resulte enriquecedora para el personal que trabaja con adolescentes y jóvenes, a fin de impulsar el trabajo preventivo en espacios escolares y comunitarios. Es conveniente señalar que es posible retomar el marco general del programa y adecuarlo a las necesidades de cada contexto, siempre y cuando se cuente con una base teórica y metodológica sólida, que permita actualizar el programa para cumplir con la responsabilidad social de trabajar a favor de la salud integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, G.; J.M. Mancilla y R. Vázquez (2000), “Propiedades psicométricas del test de bulimia (Bulit)”, en *Psicología Contemporánea*, núm.7, pp. 74-85.
- Álvarez-Rayón, G.; J.M. Mancilla-Díaz, R. Vázquez-Arévalo, C. Unikel-Santoncini, A. Caballero-Romo y D. Mercado-Corona (2004), “Validity of the Eating Attitudes Test: A Study of Mexican Eating Disorders Patients”, en *Eating and Weight Disorders*, vol. 9, núm. 4, pp. 243-248.
- American Psychiatric Association (APA) (1994), *DSM- IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C., APA.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2002), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4a. ed., texto revisado [DSM-IV-TR]), Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, Arlington, APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2014), *DSM 5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid, Panamericana.
- Benjet, C.; E. Méndez, G. Borges y M. Medina (2012), “Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes”, en *Salud Mental*, vol. 6, núm. 35, pp. 483-490.
- Bernstein, D.A. y M.T. Nietzel (1982), *Introducción a la psicología clínica*, México, McGraw-Hill.

- Bronfenbrenner, U. (1994), "Ecological Models of Human Development", en *International Encyclopedia of Education*, vol. 3, Oxford, Elsevier.
- Buendía, J. (1998), *Psicopatología en niños y adolescentes*, Madrid, Pirámide.
- Campos, R.N.H. (2015), "Creencias, actitudes y prácticas parentales de alimentación como predictores del índice de masa corporal de niños preescolares", tesis de doctorado, México, UNAM.
- Casados, M.M.I. y F.M. Helguera (2008), "Prevención de los trastornos de alimentación: un primer programa de prevención de dos fases", en *Clínica y Salud*, vol. 19, núm. 1, pp. 5-26.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2004), *Guía de trastornos alimentarios*, México, Secretaría de Salud.
- Cervera, M. (1996), *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*, Barcelona, Martínez Roca.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003), "Psicología clínica y psiquiatría", en *Papeles del Psicólogo*, vol. 24, núm. 85, pp. 1-10.
- Cooper, P.J.; M.J. Taylor, Z.Y. Cooper y C.G. Fairbum (1987), "The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire", en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 6, núm. 4, pp. 485-494.
- Cova, S.F. (2004), "La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual", en *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, vol. 13, núm. 1, pp. 93-101.
- Croll, J.; D. Neumark-Sztainer, M. Story y M. Ireland (2002), "Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity", en *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, núm. 2, pp. 166-175.
- Escoto, M.C. (2010), "Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato", en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 1, pp. 112-118.
- Fernández, R.L. y F.J.A. Gómez (2007), *La psicología preventiva en la intervención social*, Madrid, Síntesis.

- Flórez, A.L. (2007), *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*, Bogotá, Manual Moderno.
- Forney, K.J.; J.M. Buchman-Smith, P.K. Keel y G.K.W. Frank (2016), "The Medical Complications Associated with Purging", en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, núm. 3, pp. 249-259.
- Franco, P.K.; G.L.R. Álvarez y R.R.E. Ramírez (2011), "Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: una revisión de la literatura", en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 2, núm. 2, pp. 148-164.
- García-Camba, D.E. (2001), "Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual", en R. Sainz y E. García-Camba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia nerviosa, obesidad*, Barcelona, Masson.
- Garner, D.M.; M.P. Olmsted, Y. Bohr y P.E. Garfinkel (1982), "The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates", en *Psychol Med.*, vol. 12, núm. 4, pp. 871-878.
- Geller, J.; S.L. Zaitsoff y S. Srikameswaran (2002), "Beyond Shape and Weight: Exploring the Relation Ship Between Nobody Determinants of Self-Esteem and Eating Disorders Symptoms in Adolescent Female", en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 32, núm. 3, pp. 344-351.
- Glanz, K. y D. Bishop (2010), "The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions", en *Annual Review of Public Health*, vol. 31, pp. 399-418.
- Gómez, C.F.J. y R.E.R. Ponce (2010), "Una nueva interpretación de family Apgar (versión en español)", en *Atem. Fam.*, vol. 17, núm. 4, pp. 102-106.
- Gómez, P.G.; H.R. León, A.S. Platas, H.M. Lechuga, D. Cruz y A.A. Hernández (2013), "Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria", en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 4, pp. 23-30.
- González-Arratia, L.F.N.I. (2001), *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*, México, UAEM.

- González-Arratia, L.F.N.I. (2007), “Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca”, tesis de doctorado, México, UAEM.
- González-Arratia, L.F.N.I. (2016), *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*, México, UAEM/Eón.
- Green, J.G.; S. Avenevoli, M.J. Gruber, R.C. Kessler, M.D. Lakoma, K. R. Merikangas, N.A. Sampson y A.M. Zaslavsky (2012), “Validation of Diagnoses of Distress Disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A)”, en *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 21, núm. 1, pp. 41-51.
- Guerro-Prado, J.; B. Romero y A. Chinchilla (2001), “Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura”, en *Acta Psiquiátrica Española*, vol. 29, pp. 403-410.
- Henderson, M. y C.P.L. Freeman (1987), “A Self-Rating Scale for Bulimia. The BITE”, en *British Journal of Psychiatry*, vol. 150, pp. 18-24.
- Herrera, S.P. (1999), “Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente”, en *Revista Cubana de Pediatría*, vol. 71, núm. 1, pp. 39-42.
- Hoek, H. y D. Hoeken (2003), “Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders”, en *Internacional Journal of Eating Disorders*, vol. 34, pp. 383-396.
- Kimmel, M.C.; E.H. Ferguson, S. Zerwas, C.M. Bulik y S. Meltzer-Brody (2016), “Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders”, en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, núm. 3, pp. 260-275.
- Kolar, D.R.; R.D.L. Mejía, M.M. Chams y H.W. Hoek (2016), “Epidemiology of Eating Disorders e Latin America: A Systematic Review and Meta-Analysis”, en *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 29, núm. 6, pp. 363-371.
- Kutlesic, V.; D.A. Williamson, D.H. Gleaves, J.M. Barbin y K.P. Murphy-Eberenz (1998), “The Interview for the Diagnoses of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV Diagnostic Criteria”, en *Psychological Assessment*, vol. 10, núm. 1, pp. 41-48.

- Lazcano, P.E.; M.O.G. Martínez, A. Charvel y A.M. Hernández (2013), "Funciones esenciales de la salud pública", en M. Hernández y E. Lazcano (eds.), *Salud Pública*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Manual Moderno.
- Le, L.K.; J.J. Barendregt, P. Hay y C. Mihalopoulos (2017), "Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis", en *Clinical Psychology Review*, vol. 53, pp. 46-58.
- Lecrubier, Y.; D.V. Sheehan, E. Weiller, P. Amorim, I. Bonora, K. Harnett Sheehan, J. Janavs y G.C. Dunbar (1997), "The Mini International Neuropsychiatric Interview: Reliability and Validity According to the CIDI", en *Eur Psychiatry*, vol. 12, pp. 224-231.
- León, H.R.C. (2010), "Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Técnicas asertivas, habilidades sociales y psicoeducativas", tesis de doctorado en Psicología, México, UNAM.
- Levine, M.P. y N. Piran (2001), "The Prevention of Eating Disorders: Toward a Participatory Ecology of Knowledge, Action and Advocacy", en R. Striegel-Moore y L. Smolak (eds.), *Eating Disorders, Innovate Directions in Research and Practice*, Washington, APA.
- Levine, M.P. y L. Smolack (2006), *The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders*, Londres, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mancilla, D.J.M. y P.M.G. Gómez (2006), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, México, Manual Moderno.
- Mancilla, D.J.M.; P.K. Franco, A.R. Vázquez, A.X. López, R.G.L. Álvarez y T.M.T. Ocampo (2007), "A Two-Stage Epidemiologic Study and Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Mexico", en *European Eating Disorders Review*, vol. 15, pp. 463-470.
- Mancilla, D.J.M.; F.M. Lameiras, A.R. Vázquez, R.G. Álvarez, P.K. Franco, A.X. López y T.G M.T. Ocampo (2010), "Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres", en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 1, pp. 36-47.
- Masten, A.S.; K. Best y N. Garmezy (1990), "Resilience and Development: Contributions From the Study of Children Who

- Overcome Adversity”, en *Developmental Psychopathology*, vol. 2, pp. 425-444.
- Medina-Mora, M.E.; G. Borges, C. Benjet, M.C. Lara, E. Rojas, C. Fleiz, J. Zambrano, J. Villatoro, J. Blanco y S. Aguilar-Gaxiola (2009), “Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de la Salud Mental”, en J.J. Rodríguez; R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Méndez, J.P.; V.V. Vázquez y G.E. García (2008), “Los trastornos de la conducta alimentaria”, en *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 65, núm. 6, pp. 579-592.
- Misra, M.; N.H. Golden y D.K. Katzman (2016), “State of Art Systematic Review of Bone Disease in Anorexia Nervosa”, en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, núm. 3, pp. 276-292.
- Morales, A.; A. Gómes, B. Jiménez, F. Jiménez, G. León, A. Majano, D. Rivas, M. Rodríguez y C. Soto (2015), “Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con obesidad en adultos jóvenes universitarios”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 44, núm. 3, pp. 177-182.
- Mrazek, P. y R. Haggerty (1994), *Reduciendo los riesgos para los trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervención preventiva*, Washington, National Academy Press.
- Myers, P. y F. Biocca (1992), “The Elastic Body Image: The Effects of the Television Advertising and Programming on Body Image Distortion in Young Women”, en *Journal of Communication*, vol. 42, pp. 108-133.
- Nobakht, M. y M. Dezhkam (2000), “An Epidemiological Study of Eating Disorders in Irán”, en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 28, pp. 265-271.
- Norris, M.L.; M.E. Harrison, L. Isserlin, A. Robinson, S. Feder y M. Sampson (2016), “Gastrointestinal Complications Associated with Anorexia Nervosa: A Systematic Review”, en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, núm. 3, pp. 216-237.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986), *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, Ottawa, OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992), *CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión, actualización 2016, Ginebra, OMS, disponible en <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F98>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*, Ginebra, OMS, disponible en <<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/509381842>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), *CIE-11 clasificación internacional de enfermedades*, Ginebra, OMS, disponible en <<https://icd.who.int/>>.
- Páramo, M.A. (2011), “Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión”, en *Terapia Psicológica*, vol. 29, núm. 1, pp. 85-95.
- Pineda, G.G. y P.G. Gómez (2006), “Estudio piloto de un programa de prevención de los trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva”, en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 23, núm. 1, pp. 87-95.
- Pratt, B.M. y S.R. Woolfenden (2007), *Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes*, Oxford, Biblioteca Cochrane Plus.
- Portela, S.M.L.; H. da Costa Ribeiro Junior, G.M. Mora y R.M. Raich (2012), “La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión”, en *Nutrición Hospitalaria*, vol. 27, núm. 2, pp. 391-401.
- Raich, R.M. (1994), *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*, Madrid, Pirámide.
- Rivera, M.; M. Parra y J. Barriguete (2005), “Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis”, en *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 4.
- Robinson, P.H. (2006), *Community Treatment of Eating Disorders*, Londres, John Wiley & Sons.
- Rodin, J.; R.H. Striegel-More y L.R. Silberstein (1990), “Vulnerability and Resilience in the Age of Eating Disorders. Risk and Protective Factors for Bulimia Nervosa”, en J. Rolf; A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Neuchterlein y S. Weintraub (eds.),

- Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Rodríguez, E.R. y P.G. Gómez (2007), “Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto”, en *Psicología y Salud*, vol. 17, núm. 2, pp. 269-276.
- Rodríguez, J. y A. Minoletti (2013), *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, M.G.; M.D. Estrada, V. Turón y D. Benítez (2009), “Programas de prevención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario”, en *Psiquiatría.com*, vol. 13, núm. 2.
- Rosen, J. (1995), “The Nature of Body Dysmorphic Disorder and Treatment with Cognitive-Behavior Therapy”, en *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 2, pp. 143-166.
- Ruiz, M.A.O. (2010), “Factores de riesgo y protección en familias de personas con trastorno alimentario”, tesis de doctorado, México, UNAM.
- Ruiz, M.A.O. (2011), *Manual: jóvenes... sin miedo al espejo: prevención de trastornos alimentarios*, documento no publicado, registrado ante la Secretaría del Trabajo.
- Ruiz, M.A.O.; A.R. Vázquez, D.J.M. Mancilla y C.E.M. Trujillo (2010a), “Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario”, en *Psicología y Salud*, vol. 20, núm. 2, pp. 169-177.
- Ruiz, M.A.O.; A.R. Vázquez, D.J.M. Mancilla, A.X. López, R.G.L. Álvarez y S.A. Tena (2010b), “Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario”, en *Universitas Psychologica*, vol. 9, núm. 2, pp. 447-455.
- Ruiz, M.A.O.; A.R. Vázquez, D.J.M. Mancilla, S.C. Viladrich y C.M.E. Halley, (2013), “Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión”, en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 4, núm. 1, pp. 43-57.
- Sanchs, K.V.; B. Harnke, P.S. Mehler y M.J. Krantz (2016), “Cardiovascular Complications of Anorexia Nervosa: A Systematic Review”, en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, núm. 3, pp. 238-248.

- Sanjuán, P. (2014), “Fundamentos de promoción y prevención de la salud”, en P. Sanjuán y B. Rueda, *Promoción y prevención de la salud desde la psicología*, Madrid, Síntesis.
- Secretaría de Salud (SS) (2013), *Guía práctica clínica: prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención*, México, Secretaría de Salud/Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Serra, M. (2015), *Trastornos del comportamiento alimentarios. Enfoques preventivos*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya.
- Serrano, G.C. (2012), “Tratamientos psicoterapéuticos”, en J.R. de la Fuente y G. Heinze (eds.), *Salud mental y medicina psicológica*, México, McGraw-Hill.
- Sheehan, D.V.; Y. Lecrubier, K.H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Hergueta, R. Baker y G.C. Dunbar (1998), “The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10”, en *J Clin Psychiatry*, vol. 59, suppl 20: 22-33, pp. 34-57.
- Smith, M.C. y M.H. Thelen (1984), “Development and Validation of Test for Bulimia”, en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, núm. 5, pp. 863-872.
- Stice, E. y H. Shaw (2004), “Eating Disorders Prevention Program: A Meta-Analytic Review”, en *Psychological Bulletin*, vol. 130, pp. 206-227, disponible en DOI <10.1037/0033-2909.130.2.206>.
- Stice, E.; H. Shaw y C.N. Marti (2007), “Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings”, en *Annual Review Clinical Psychology*, vol. 3, pp. 207-231, disponible en DOI <10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>.
- Taylor, S. (2005), “Update of the Prevention of Eating Disorders”, en S. Worderlich; M. Zwaan y H. Steiger (eds.), *Eating Disorder Review*, Oxford, Redlife Publishing.
- Thompson, J. (1990), *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*, Nueva York, Pergamon Press.
- Toro, J.; M. Salamero y E. Martínez (1994), “Assessment of Sociocultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model in

- Anorexia Nervosa”, en *Acta Psychiatrica Scandinava*, vol. 89, pp. 147-151.
- Toro, J. y E. Vilardell (1987), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Martínez Roca.
- Tsiantis, J. e I. Macri (1998), “Factores de riesgo y protección en psicopatología de la infancia a la adolescencia”, en S.J. Rodríguez (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, tomo II, Sevilla, Universidad de Sevilla.
- Turón, G.V.J. (1997), *Trastornos de la alimentación*, Barcelona, Masson.
- Turón, V.G. (2000), *Anorexia y bulimia nerviosas: atención y prevención interdisciplinaria*, Barcelona, Consulting Dovall.
- Turón, V. y A. Jarne (2000), “Trastornos de la alimentación”, en A. Jarne y A. Talarn (eds.), *Manual de psicopatología clínica*, Barcelona, Paidós.
- Unikel, S.C.; C.I. Bojórquez y G.S. Carreño (2004), “Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo”, en *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 6, pp. 509-515.
- Unikel, S.C.; C.L. Bojórquez, V.J. Villatoro, B.C. Fleiz y M.I.M.E Medina (2006), “Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003”, en *Revista de Investigación Clínica*, vol. 58, núm. 1, pp. 15-27.
- Unikel, C. y R.A. Calballero (2010), *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Unikel, C.; I. Bojorquez, C. Díaz, V. Vázquez, J. Rivera, G. Galván e I. Rocha (2018), “Validation of Eating Disorders Examination Questionnaire in Mexican Women”, en *International of Eating disorders*, vol. 51, núm. 2, pp. 146-154.
- Valdez, A.M. (2016), “Intervención psicoeducativa sobre prácticas de crianza y comportamiento alimentario en mujeres con hijos(as) en edad escolar”, tesis de maestría, México, UAEM.
- Vandereycken, W.; E. Kog y J. Vanderlinden (1989), *The Family Approach to Eating Disorders: Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Nueva York, PMA Publishing C.
- Vázquez, A.R. (2011), “Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas”, en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 2, pp. 42-52.

- Vázquez, A.R.; R.G. Álvarez y D.J.M. Mancilla (2000), “Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales CIMEC, en población mexicana”, en *Salud Mental*, vol. 23, núm. 6, pp. 18-24.
- Vázquez, A.R.; A.X. López, R.G.L. Álvarez, P.K. Franco y D.J.M. Mancilla (2004), “Presencia de trastornos del comportamiento alimentario en hombres y mujeres mexicanas; algunos factores asociados”, en *Psicología Conductual*, vol. 12, núm. 3, pp. 415-427.
- Vázquez, A.R.; A.X. López, R.L. Álvarez y D.J.M. Mancilla (2010), “La evaluación del trastorno por atracón”, en V. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*, Madrid, Pirámide.
- Vázquez, A.R.; A.X. López, T.M.T Ocampo y D.J.M. Mancilla (2015), “Eating Disorders Diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5”, en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 6, pp. 108-120.
- Vázquez, A.R.; M.A.O. Ruiz, A.X. López, T.G.M.T. Ocampo y D.J.M. Mancilla (2016), “La investigación de los trastornos alimentarios en el ámbito familiar”, en A. López-Espinoza y M.A.G. Martínez (eds.), *La educación en la alimentación y nutrición*, México, McGraw-Hill.
- Watson, H.J.; T. Joyce, E. French, V. Willian, R.T. Kane, E.E. Tanner-Smith, J. McCormack, H. Dawkins, K.J. Hoiles y S.J. Egan (2016), “Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials”, en *Int j Eat Disord.*, vol. 49, núm. 99, pp. 833-862.
- Wittchen, H.U. (1994), “Reliability and Validity Studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A Critical Review”, en *Journal of Psychiatric Research*, vol. 28, núm. 1, pp. 57-84.
- Yager, Z. y J. O’Dea (2008), “Prevention Programs for Body Image and Eating Disorders on University Campuses: A Review of Large Controlled Interventions”, en *Health Promotion International*, vol. 23, núm. 2, pp. 173-189, disponible en DOI, <10.1093/heapro/dan004>.
- Zamora, C.S. (2016), “Programa de prevención y detección de anorexia y bulimia”, tesis de licenciatura, México, UAEM.

*Prevención de trastornos alimentarios en jóvenes
basada en factores de riesgo y protección.*

Por disposición del Reglamento de Acceso Abierto de la Universidad Autónoma del Estado de México se publica la versión en PDF de este libro, por Ana Oliva Ruiz Martínez, en el Repositorio Institucional de la Máxima Casa de Estudios: 20 de abril de 2020. La publicación fue una coedición entre Juan Pablos, S.A. y la UAEMéx (versión impresa): Juan Pablos autoriza la difusión en línea.

Los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia nerviosa, afectan a hombres y mujeres. Se presentan a edades cada vez más tempranas, sin embargo, suelen ocultarse o pasarse por alto hasta que se manifiestan en complicaciones físicas y mentales, en consecuencia, el tratamiento suele llegar tarde y ser más complicado. Por ello, la comunicación entre adolescentes, padres de familia, educadores y trabajadores de la salud es fundamental para que los jóvenes tengan información de estas psicopatologías alimentarias.

En este sentido, la primera parte del libro ofrece un panorama general de estos problemas, sus causas y consecuencias; además, tiene la intención de identificar las señales de riesgo y fomentar los factores de protección. La segunda parte presenta la intervención preventiva: jóvenes sin miedo al espejo, y ofrece resultados en escolares de primaria, secundaria y preparatoria; es una propuesta interactiva que puede adecuarse a las necesidades y recursos escolares y comunitarios.

Se pretende que el contenido de este libro se extienda porque a menudo hay jóvenes afectados por dichos trastornos, algunos han contado su problema con la intención de que otras personas no sufran lo mismo y han manifestado lo siguiente: "a quienes no han caído en esto, díles que se cuiden". Por lo anterior, es responsabilidad de todos crear una sociedad con mayor respeto, aceptación y valoración integral de las personas, en donde los jóvenes puedan sensibilizarse, ser fuertes y críticos ante este mundo que les tocó vivir.

ISBN UAEMex:
978-607-633-017-3

