|  |  |
| --- | --- |
|  | UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  Instituto de ciencias de la salud  ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN |

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

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Nutrición

PRESENTAn

Beatriz Monter Contreras

Mauricio Angeles Cruz

Bajo la Dirección de:

Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina

Profesor Investigador de tiempo completo

Área académica de Nutrición

Pachuca, Hgo., Agosto 2012

ÍNDICE

[RESUMEN I](#_Toc334637042)

[ABSTRACT II](#_Toc334637043)

[1. MARCO TEÓRICO 1](#_Toc334637044)

[1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) 1](#_Toc334637045)

[1.2 Anorexia Nervosa (AN) 1](#_Toc334637046)

[1.2.1 Características de diagnóstico 2](#_Toc334637047)

[1.3 Bulimia Nervosa (BN) 3](#_Toc334637048)

[1.3.1 Características de diagnóstico 3](#_Toc334637049)

[1.4 Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado (TANE) 5](#_Toc334637050)

[1.4.1 Criterios de diagnóstico para TANE 5](#_Toc334637051)

[1.5 Principales causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaría 5](#_Toc334637052)

[1.6 Factores de Riesgo 6](#_Toc334637053)

[1.6.1 Factores predisponentes 6](#_Toc334637054)

[1.6.2 Factores precipitantes 9](#_Toc334637055)

[1.6.3 Factores de mantenimiento 10](#_Toc334637056)

[1.6.4 Factores de riesgo para la anorexia nervosa 11](#_Toc334637057)

[1.6.5 Factores de riesgo para la bulimia nervosa 11](#_Toc334637058)

[1.7 Aspectos epidemiológicos 12](#_Toc334637059)

[1.8 Programas de Prevención Primaria de los TCA 13](#_Toc334637060)

[1.9 Características generales de un programa de prevención de TCA 14](#_Toc334637061)

[2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 19](#_Toc334637062)

[3. JUSTIFICACIÓN 22](#_Toc334637063)

[4. OBJETIVOS 24](#_Toc334637064)

[4.1 Objetivo General 24](#_Toc334637065)

[4.1.1 Objetivos Particulares 25](#_Toc334637066)

[5. HIPOTESIS 25](#_Toc334637067)

[6. DISEÑO METODOLÓGICO 26](#_Toc334637068)

[6.1 Tipo de estudio 26](#_Toc334637069)

[6.2 Población de estudio 26](#_Toc334637070)

[6.3 Muestra 27](#_Toc334637071)

[6.4 Instrumento y Materiales 28](#_Toc334637072)

[6.5 Definición de variables 29](#_Toc334637073)

[6.5.1 Sociodemográficas 29](#_Toc334637074)

[6.5.2 Variables dependientes 30](#_Toc334637075)

[6.5.3 Factores socioculturales 32](#_Toc334637076)

[6.5.4 Variable Independiente 33](#_Toc334637077)

[6.6 Procedimiento 33](#_Toc334637078)

[6.7 Análisis estadístico 34](#_Toc334637079)

[6.8 Aspectos éticos 35](#_Toc334637080)

[7. RESULTADOS 35](#_Toc334637081)

[7.1 Descripción de la muestra 35](#_Toc334637082)

[7.2 comparación de los factores de riesgo evaluados entre las preparatorias en el pretest 36](#_Toc334637083)

[7.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). 38](#_Toc334637084)

[7.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP) 39](#_Toc334637085)

[7.2.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo 40](#_Toc334637086)

[7.2.4 Índice de Masa Corporal Percentilar (IMC-P) 41](#_Toc334637087)

[7.2.5 Insatisfacción con la imagen corporal 42](#_Toc334637088)

[7.2.6 Punto de corte del Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) 43](#_Toc334637089)

[7.2.7 Punto de corte del Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo 44](#_Toc334637090)

[7.3 comparación entre las preparatorias en los distintos tiempos de evaluación 45](#_Toc334637091)

[7.4 Comparativo del IMC-P a lo largo del tiempo 46](#_Toc334637092)

[7.5 Insatisfacción con la imagen corporal a lo largo del tiempo 48](#_Toc334637093)

[7.6 comparación de los factores de riesgo dentro de las preparatorias 50](#_Toc334637094)

[7.6.1 Preparatoria Privada 50](#_Toc334637095)

[7.6.1.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo 50](#_Toc334637096)

[7.6.1.2 Factores de Riesgo asociados a Trastornos Alimentarios en Púberes 51](#_Toc334637097)

[7.6.1.3 Cuestionario de Actitudes hacia el Cuerpo 53](#_Toc334637098)

[7.6.2 Preparatoria pública 55](#_Toc334637099)

[7.6.2.1 Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo 55](#_Toc334637100)

[7.6.2.2 Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentaros en Púberes 57](#_Toc334637101)

[7.6.2.3 Cuestionario de actitudes hacia el cuerpo 59](#_Toc334637102)

[8. DISCUSIÓN 61](#_Toc334637103)

[9. CONCLUSIONES 68](#_Toc334637104)

[9.1 Sugerencias 70](#_Toc334637105)

[10. REFERENCÍA BIBLIOGRÁFICA 71](#_Toc334637106)

**Anexos**……………………………………………………………………………………………………………………….

**RESUMEN**

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

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

1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

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

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

Estos incluyen:

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

## 1.2 Anorexia Nervosa (AN)

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

La AN es una enfermedad mental grave que afecta a 0.5 a 1.0% de las mujeres, el trastorno generalmente se presenta durante la adolescencia o edad adulta joven y se caracteriza por una intensificación en la búsqueda de la delgadez, lo que lleva a un comportamiento que contribuye al mantenimiento de un bajo peso corporal [4]. Se acompaña con la presencia de trastornos fisiológicos importantes, prácticamente todos los sistemas se encuentran alterados, los síntomas pueden ir desde bradicardia, hipotensión, deshidratación, leucopenia y posiblemente anemia, sin dejar de mencionar las alteraciones presentes en los electrolitos, en casos extremos la presencia de osteoporosis temprana y arritmias cardiacas. Todos estos factores juegan un papel importante con respecto a la mortalidad y síntomas de otras enfermedades psiquiátricas, en especial el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad [5].

### 1.2.1 Características de diagnóstico

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

* Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.
* Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
* Distorsión en la percepción de la figura corporal, que se ve con mayor

volumen del que realmente posee; lo que los lleva a una exageración de la importancia de la imagen corporal en la autoevaluación.

* En las mujeres puberales presencia de amenorrea (falta de menstruación), al menos durante tres ciclos menstruales consecutivos [6].

Para fines adecuados se realiza la siguiente subdivisión:

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

## 1.3 Bulimia Nervosa (BN)

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

### 1.3.1 Características de diagnóstico

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

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

En conjunto todas estas situaciones forman una cadena muy difícil de romper, el individuo empieza con restricciones alimentarias, formando una terrible tensión, hasta que es tan fuerte que solo el atracón le puede aliviar, encontrándose al grado de la pérdida de control, se come grandes cantidades de comida en un espacio de corto tiempo; inmediatamente, la culpabilidad de sus actos le atormenta y así comienza de nuevo el ciclo [9].

De igual manera se realiza una subdivisión:

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

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

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

**Fuente:** Mataix y Linares 2008 [10]

## 1.4 Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificado (TANE)

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

### 1.4.1 Criterios de diagnóstico para TANE

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

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

## 

## 

## 1.5 Principales causas de los Trastornos de la Conducta Alimentaría

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

**1.6 Factores de Riesgo**

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

La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome, un conjunto de síntomas (cualitativos y cuantitativos agrupados) como son los criterios diagnósticos de la AN, BN o TANE, mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia [12].

**1.6.1 Factores predisponentes**

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

1. **Factores personales**

**Baja Autoestima:** El hecho de tener una baja autoestima puede repercutir de forma muy seria en el rendimiento tanto social como escolar. En el tema que nos ocupa, facilita que haya una preocupación excesiva por la imagen corporal y una distorsión de la misma [8]. Si el aspecto físico no es el que se supone que se debería tener por más que se intente o desee, la imagen corporal que se quiere alcanzar y la que realmente se tiene empiezan a entrar en conflicto, y la gente se encuentra vulnerable a las dudas sobre si misma, por lo que la autoestima resulta afectada, en consecuencia su percepción sobre sí mismo, y sus pensamientos empiezan a sobre o subestimar lo que las demás personas piensan de ellos (no merezco que me quieran, ¿a quién le voy a gustar?) [3].

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

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

**Autoimposición de dietas**: Una elevada preocupación por la comida y la presencia de ayuno continuo suele traer como resultado la autoimposición de dietas, una tendencia a coleccionar recetas, aumentar el consumo del café, té y especias, masticar chicle, presencia de atracones, depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas de concentración, apatía, trastornos en el sueño etc. En la mayoría de las dietas restrictivas o hipocalóricas que suelen seguir las personas con un posible desarrollo de un TCA son de dudoso valor para la salud, en las cuales, los consejos principales son evitar las grasas y disminuir al mínimo la ingesta calórica [8].

1. **Factores familiares.**

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

1. **Factores socioculturales.**

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

**Modelo social e influencia de los *mass media*:**Los medios de comunicación influyen en la imagen corporal y el deseo de cambiar de peso, esto se produce por el constante bombardeo de imágenes de modelos anormalmente delgados que supuestamente representan el estado físico ideal [16]. Las conductas, actitudes y valores son aspectos que dominan en la sociedad donde se vive, aunque sin duda estos también los hay propios de la edad, como lo son los de los adolescentes (determinados vestidos, peinados, cierta forma de hablar, la forma de vestirse hasta la preferencia de determinados actores y actrices que estén de moda), el principal agente sociocultural es el actual modelo social en el que la juventud y la delgadez juegan un papel primordial, gracias a la publicidad y la moda, junto a las denominadas actividades o profesiones de riesgo**,** el cual se acrecienta más entre la población juvenil, todo esto como resultado de la publicidad [8].

### 1.6.2 Factores precipitantes

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

1. **Experiencias estresantes:** Los TCA incluyen aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado en el aspecto físico. Esto lleva a tener una baja opinión de su propia apariencia, preocupándose excesivamente por la opinión de los demás y creer que uno es insuficiente, y que uno no puede ser amado por su aspecto físico [17]. Se empieza a formar un sentimiento de rechazo hacia su imagen y en consecuencia se aumenta la posibilidad de contraer un TCA [12].
2. **Ejercicio físico excesivo:** La actividad física se recomienda para la reducción y el mantenimiento de peso porque: modestamente, contribuye a la disminución de peso en los adultos con sobrepeso y obesidad; puede reducir la grasa abdominal, aumenta la competencia cardiorespiratoria, y ayuda en el mantenimiento del peso perdido [18]. Sin embargo, también nos podemos encontrar con una dependencia hacia la actividad física. Morgan la caracterizó en: Insistencia inexcusable en practicar ejercicio físico cada día. Síntomas de “abstinencia”, como irritabilidad, ansiedad o depresión ante la imposibilidad de hacer ejercicio.Continuidad de la actividad física pese a no estar recomendada por motivos médicos o sociales. En consecuencia, la actividad física en exceso, asociada además al deseo de adelgazar, puede ser la desencadenante de un TCA [8].
3. **Adolescencia:** Con el desarrollo puberal se produce, junto al desarrollo físico y sexual, un alejamiento de la dependencia familiar y en contrapartida se aumentan las relaciones extra-familiares, se forman nuevos grupos, nuevos ideales y cambios rápidos en los deseos de futuro. Los adolescentes ya no se identifican con la familia y sí con el grupo, necesitando su aprobación. Se dejan llevar de los gustos, deseos y maneras de actuar y vestir de los amigos, incluyendo por supuesto una influencia notable en la manera de comportarse. Los jóvenes tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes, y la imagen física es un elemento clave de comparación, que en un adolescente con baja autoestima, puede detonar la decisión de hacer dieta, puerta de entrada a los TCA [19].

### 1.6.3 Factores de mantenimiento

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

1. **Trastornos psiquiátricos y malnutrición:** La malnutrición juega un papel importante en la mayoría de los casos de TCA, provocando una alteración del hambre, el proceso de la digestión y conduciendo a comportamientos obsesivos y compulsivos, poniendo en riesgo la salud de los individuos. La imposición de una dieta no solo se mantiene por la situación fóbica de ganar peso, sino también por el esfuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse lo que le permite autoevaluarse, desarrollando en el individuo un sistema de creencias distorsionadas de su imagen [14].
2. **Modelo social y cultural:** Una vez que el individuo ha alcanzado la delgadez, puede recibir una valoración muy positiva por parte del entorno. Este halago es el resultado del ideal forjado del cuerpo perfecto, pero este tipo de valoraciones ya no son suficientes ya que el individuo seguirá buscando tener una figura más delgada que el de una modelo, por ejemplo [8,14].
3. **Factores Psicosociales y familiares:** La familia en los trastornos alimentarios, influye con comentarios críticos sobre la apariencia física; en particular algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, mientras que el afecto materno funge como un factor protector. Se ha encontrado que las personas suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo [20].
4. **Índice de Masa Corporal:** El índice de masa corporal constituye uno de los componentes, entre los métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional, más utilizados por su simplicidad de obtención y análisis [21]. Se le ha asociado a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, pues el peso corporal es un buen predictor de riesgo, entendiendo que cuando se presenta un IMC mayor, éste se traduce en un alejamiento de la figura “ideal” promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación, que han estigmatizado a la obesidad e incluso al sobrepeso, y no por razones de salud sino por consideraciones psicoestéticas [22].

### 1.6.4 Factores de riesgo para la anorexia nervosa

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

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

### 1.6.5 Factores de riesgo para la bulimia nervosa

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

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

## 1.7 Aspectos epidemiológicos

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

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

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

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

1.8 Programas de Prevención Primaria de los TCA

Se utiliza un solo sentido

Incluyen dos sentidos

Demostraciones del profesor

Dramatizaciones (títeres, teatro, etc.) y juegos de computadora.

Involucran a todos los sentidos

Podrían incluir todos los sentidos

Visitas didácticas

Programas no interactivos de computadora

Televisión

Cine (no mudo)

Observaciones

Audio

Símbolos verbales

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

**Fuente:** Mataix y Linares 2008 [10]

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

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

**2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

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

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

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

En el primer estudio realizado en el Estado de Hidalgo, con una muestra probabilística (N= 2 194) de púberes de 11 a 15 años, estudiantes de secundaria. Se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal fue de 57% en mujeres y 61.6% hombres; se registró 28% de malestar con la imagen corporal en mujeres y 14% en hombres. El 25% de las mujeres y el 16% de los hombres manifestaron eliminar tiempos de comida. El 5.2% de las mujeres y el 6% de los hombres registraron conductas de tipo restrictivo para controlar su peso corporal [38].

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

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

del total de mujeres de preparatoria con CAR elevadas, el 84.2% obtuvo puntuaciones altas, mientras que de los hombres con riesgo 33.3% [40].

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

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

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

**3. JUSTIFICACIÓN**

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

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

# 4. OBJETIVOS

## 4.1 Objetivo General

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

### 4.1.1 Objetivos Particulares

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

Conductas alimentarias

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

Factores socioculturales

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

5. HIPOTESIS

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

## 6.1 Tipo de estudio

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

## 6.2 Población de estudio

Alumnas inscritas en una preparatoria pública y en una privada.

## 6.3 Muestra

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

**Criterios de inclusión**

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

**Criterios de Exclusión.**

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

## 6.4 Instrumento y Materiales

Consiste en un cuestionario multidimensional autoaplicable que evalúa lo siguiente:

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

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

**Cuestionario de Actitudes hacia el cuerpo.**

Compuesto por dos factores, Interiorización (α =0.90) y Creencia (α =0.88), y tiene una confiabilidad (α =0.93) consta de 15 preguntas que miden las actitudes hacia el cuerpo, incluye aspectos psicosociales y socioculturales relacionados con el desarrollo de TCA. También incluye preguntas referentes a la importancia que se le da al peso corporal, la aceptación por otras personas, conseguir pareja o encontrar ropa adecuada. Las respuestas están valoradas en cuatro categorías : Nunca (1), A veces (2), Con frecuencia más de dos veces en una semana (3), Con mucha frecuencia más de dos veces en una semana(4). Tiene un punto de corte de 37 en el que puntuaciones menores no hay interiorización y puntuaciones igual o mayores a 37 se interpretan como interiorización [49].

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

Está compuesto por tres factores, Atracón-purga (α =0.74), Medidas compensatorias (α =0.72), Restricción (α =0.76), el cual tiene una confiabilidad (α =0.83) y fue elaborado con base a los criterios diagnósticos del DSM- IV. Consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo, las respuestas están valoradas en cuatro categorías: Nunca (0), A veces (1), Con frecuencia (2), Con mucha frecuencia (3). Tiene un punto de corte de 10 en el que puntuaciones de 10 significan no riesgo y puntuaciones de 11 o mayores se interpretan en riesgo [50].

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

**Tabla 3. Puntos de corte del Índice de Masa Corporal**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMC Percentilar Para Mujeres | | | | | |
| Edad | **<P5**  **Desnutrición** | **P5**  **Bajo peso** | **P10-P85**  **Normal** | **P85-P95**  **Sobrepeso** | **>P95**  **Obesidad** |
| 14 | < 15.8 | 15.8-16.4 | 16.5-23.3 | 23.4-27.2 | >27.2 |
| 15 | < 16.3 | 16.3-16.8 | 16.9-24 | 24.1-28.1 | >28.1 |
| 16 | < 16.8 | 16.8-17.5 | 17.6-24.7 | 24.8-29.9 | >29.9 |
| 17 | < 17.3 | 17.3-17.9 | 18-25.3 | 25.4-29.7 | > 2 9.7 |
| 18 | < 17.6 | 17.6-18.3 | 18.4-25.7 | 25.8-30.4 | > 30.4 |
| 19 | < 17.8 | 17.8-18.6 | 18.7-26.2 | 26.3-32 | >32 |
| 20 | < 17.8 | 17.8-18.6 | 18.7-26.6 | 26.7-31.8 | >31.8 |

**Fuente**: National Center For Health Statistics[55]

**7. RESULTADOS**

**7.1 Descripción de la muestra**

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

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

**Gráfico 1. Distribución porcentual de IMC-P**

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

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

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

**Tabla 4. Prueba de homogeneidad de varianzas**

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

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

**Tabla 5. ANOVA de un factor**

Grados de libertad (gl)=1 \*F: Valor del estadístico F de la prueba de Levene \*\*Significancia p<0.05

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

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

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

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

## 7.3 COMPARACIÓN ENTRE LAS PREPARATORIAS EN LOS DISTINTOS TIEMPOS DE EVALUACIÓN

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

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

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

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

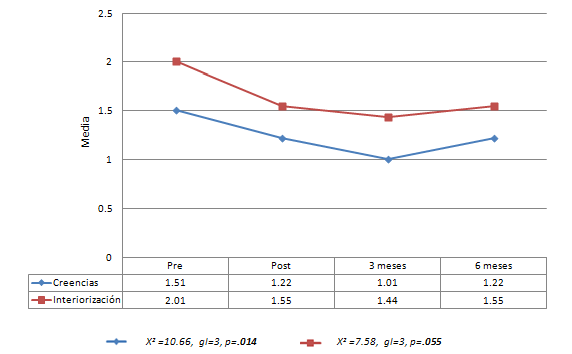
**7.4 Comparativo del IMC-P a lo largo del tiempo**

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

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

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

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

****

7.6.2 PREPARATORIA PÚBLICA

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

* **Atracón-Purga**

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

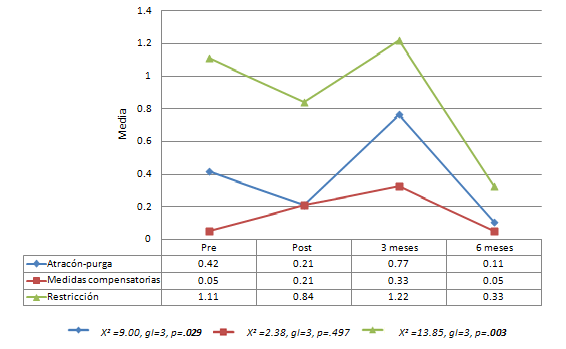
* **Medidas compensatoria**

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

* **Restricción**

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

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



**9. CONCLUSIONES**

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

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

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

Con base a los resultados antes expuestos puede concluirse que la mayoría de los factores se comportaron de manera similar en todos los tiempos evaluados; a los 3 meses aumentaron en relación con el postest, y a los 6 meses disminuyeron por debajo del valor inicial. En donde al parecer se observo el mayor impacto de la intervención. El aumento de los factores a 3 meses se atribuyó al momento en el cual se realizó la evaluación, ya que las adolescentes referían que se encontraban en exámenes finales y próximas a salir a vacaciones; lo que les causaba una serie de sentimientos negativos (preocupación por reprobar alguna materia o el semestre), ansiedad y estrés, lo que probablemente provocó que modificaran ciertas conductas y su alimentación, aumentando o disminuyendo su ingesta. Este fenómeno se presentó con mayor frecuencia en la preparatoria pública.

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

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

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

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

10. REFERENCÍA BIBLIOGRÁFICA

1. Moreno MA y Ortiz GR. 2009. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol.* **27**(2):181-190.
2. Asociación Psiquiátrica Americana APA. 2002. *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado* DSM IV-TR. 4a. ed. Editorial Mansson, S.A. Barcelona. pp:553-64
3. Kolodny NJ. 2000. La verdad sobre la anorexia nerviosa. En: *Cuando la comida es tu enemiga.* 1a.ed. Ediciones Granica, S.A., Barcelona. pp: 30-49.
4. Simon J, Schmidt U y Pilling S. 2005. The health service use and cost of eating disorders*. Psychol Med*. **35**:1543-51.
5. Gordon RA. 2000. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. En: Eating disorders: Anatomy of a Social Epidemic. 2nd ed. Blackwell, Oxford, England. pp: 14-28.
6. **American Psychiatric Association. DSM-5 Development.** Dirección: <http://www.dsm5.org/>. Actualización: 06/10/2010; Acceso: 19/04/2011.
7. Gargallo M, Fernández F y Raich RM. 2003. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. *IJCHP.* **3**(2):335-49.
8. López JM y Sallés N. 2005. Trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En: *Prevención del a anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario.* 1a. ed. Editorial Nau Llibres, Valencia. pp: 31.
9. Calvo R. 2002. Anorexia y bulimia. 2a.ed. Planeta. Barcelona, España. pp: 297-312.
10. Mataix J y Linares A. 2008. Trastornos del comportamiento alimentario. En: *Tratado de nutrición y alimentación.* Mataix J, Serra L, Sánchez F, Salas J, Martinez JA, Rodriguez G, Lopez M, Astiasarán I, Perez F y Maldonado J (eds). 1a. ed. Oceano, España. pp: 1886-94.
11. Suarez MA. 2005. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: *Actualización en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barriguete M y Maldonado DM (eds). 1a.ed. Intersistemas Editores, México. pp:7-19.
12. Mancilla DJ, Gómez-Peresmitré G, Álvarez RG, Franco PK, Vázquez AR, López AX y Acosta GM. 2006. Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: *Trastornos en hispanoamerica.* Mancilla DJ y Gómez-Peresmitré G (eds). 1a.ed. Editorial Manual Moderno, México. pp:123-71.
13. **Facchini M. 2006. La imagen corporal en la adolescencia ¿Es un tema de varones?. *Arch.argent.pediatr*. 104**(2):177-84.
14. Toro J. 2000. Cuerpos saludables: cultura, cultivo y sanción. En: *Trastornos de la conducta alimentaria: del tratamiento a la prevención.* Lameiras M y Faid JM (eds). 1a.ed. Universidad de Vigo, España. pp: 13-26.
15. Ductor MJ. 2005. Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. *Apuntes de Psicología*. **23**(1):83-100.
16. Cortes HD, Díaz A, Mejía C y Mesa JG. 2003. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo estudiantes universitarias de primer y segundo año. *CES Medicina.* **17**(1):33-45.
17. Espina A, Asunción M, Ochoa I, Aleman A y Juaniz M. 2002. Body shape and eating disorders in a sample of students in the basque country: A pilot study. *Psychology in Spain*. **6**(1):3-11.
18. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP, Monereo S, Moreiro J, Moreno B, Ricart W y Cordido F. 2004. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adulta. *Med Clin (Barc).***122**(3):104-10.
19. Carrillo MV. 2005. Trastornos de la Conducta Alimentaria. ISSN 1699-7611. **2**:120-41.
20. Nuño-Gutiérrez BL, Celis-de la Rosa A y Unikel-Santoncini. 2009. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin*. **61**(4):286-93.
21. Monterrey P y Porrata C. 2001. Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev Cubana Aliment Nutr*. **15**(1):62-7.
22. Madrigal-Fritsch H, Irala-Estevés J, Martínez-Gonzáles MA, Kearney J, Gibney M y Martínez-Hernández JA. 1999. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública Méx. **41**(6):479-886
23. Méndez JP, Vázquez VV y García GE. 2008. Trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. **65**:579-91.
24. Hoek HW y Hoeken DV. 2003. Revisión de prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*. **34**:383-96.
25. Zagalaz ML, Romero S y Contreras OR**.** La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen Corporal. Programa de prevención desde la educación Física escolar en la provincia de Jaén. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. ISSN: 1681-5653.
26. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L y Aguilar-Gaxiola S. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiologia Psiquiatría en México. *Salud Mental*. **26**:1-16.
27. Soldado M. 2006. Prevención primaria en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria.* **4**:336- 47.
28. Muñoz RF, Mrazek PJ y Haggerty RJ. 1996. Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*. **51**:1116-22.
29. Jané-Llopis E. 2004. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*. **89**:67-77.
30. Programa de promoción de la salud y prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Dirección: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO\_SALUD%5CESTIL\_SALU/PROGRAMA\_DITCA.PDF. Acceso: 02/10/2011.
31. Taylor CB. 2005. Update on the prevention of eating disorders. En: Eating disorders review. Wonderlinch M y Steiger H (eds). Part 1. Redlife Publishing. Oxford, UK. pp: 1-14.
32. Stice E y Shaw H. 2004. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*. **130**(2): 206-27.
33. Stewart A. 2000. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: *La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Un enfoque multidisciplinar*. Vandereycken W y Noordenbos G. (Compiladores). 1a. ed. Granica, España. pp: 131-71.
34. Ortega E. 2008. Evaluación del impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria publica de Pachuca Hidalgo. Tesis Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
35. De La Vega RI. 2011. Evaluación de ina intervención cognoscitivo-conductual en mujeres con conductas alimentarias de alto riesgo. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
36. Unikel-Santoncini C, Bojorquez CL, Villatoro VJ, Fleiz BC y Medina MM. 2006. Conductas Alimentarias de Riesgo en Población Estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *RIC.* **58**:15-27.
37. Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levi T, Rojas R, Villalpando-Hernandez S, Hernandez-Avila M y Sepúlveda-Amor J. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
38. Saucedo-Molina TJ, Escamilla TT, Portillo NI, Peña IA y Calderón R Z. 2008. Distribución e interrelación de factores de riego asociados a la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *RIC.* **60**:231-40.
39. Saucedo-Molina TJ, Peña-Irecta A, Fernández-Cortés TL, García-Rosales A y Jiménez-Balderrama RE. 2010. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y s relación con el índice de masa corporal en universitarios del instituto de ciencias de la salud. *Rev Med UV*. **10**(2):16-23.
40. Saucedo-Molina TJ y Unikel-Santoncini C. 2010. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*. **33**(1):11-9.
41. Torres KT. 2011. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
42. Benedito MC, Perpiñá C,  Botella C, Baños RM. 2003. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Published in An Pediatr*. **58**:268-72.
43. Cruz NM. 2011. Trastornos alimentarios: Factores de riesgo socioculturales y actitudes hacia la imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal e indicadores dietéticos en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
44. Jáuregui I, León P, Bolaños P, Romero J, Sánchez del Villar G,  Morales MT,  González MT,  Andrés L,  Justo I y Vargas N. 2010. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Med*. **3**:263-72.
45. Stice E, Mazotti l, Weibel D y Agras S W. 2000. Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating* *Disorders*. **27**(2): 206-217.
46. Rodriguez de Elías R y Gomez-Peresmitre G. 2007. Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias criticas y psicoeducación, un estudio piloto. *Psicología y salud*. **17**:269-76.
47. Pineda G, Gómez-Peresmitre G y Méndez S. 2010. Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. Psicología y salud. **20**(1): 103-9.
48. Saucedo-Molina TJ y Unikel-Santoncini C. 2010. Validez de un instrumento multidimesional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos*. Rev chil nutr*. **37**:60-9.
49. Unikel-Santoncini C, Juarez F y Gómez-Peresmitre G. 2006. Psychometric Properties of the Attitudes Towars Body Fugure Questionnaire in Female Students and Patients whit Eating Disorders. *European Eating Disrorders Review*. **14** (6):430-5.
50. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela L y Carreño-García S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*. **46**(6):509-15.
51. Fernández J. 2010. El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que deberían ser clarificados. *Psicothema*. **22**(2):256-62.
52. Peláez ML, Torres P y Ysubza OA. 1993. Procedimiento para la toma de mediciones antropométricas. En: *Elementos prácticos para el diagnostico de la desnutrición instituto Nacional de la Nutrición*. “Dr. Salvador Zubirán” (INNSZ), Centro de capacitación integral para promotores comunitarios (CECIPROC). Peláez ML, Torres P y Ysunza OA (eds). 1a. ed. México D.F. pp:29-39.
53. Lucena CN. 2003. Diccionario Enciclopédico: El pequeño Larousse Ilustrado, SEP. Lucena CN (ed). Ediciones Larousse, México D.F. pp: 252.
54. Orientación alimentaria: Glosario de términos. En: Cuadernos de Nutrición, México; 2001 ene-feb; **24** (1).
55. National Center For Heatl Static. CDS Grow Chaets:Unitad States. Dirección:http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens\_bmi/about\_childrens\_bmi.html. Actualización: 02/06/2011; Acceso: 24/05/2011.
56. Gomez- Peresmitre G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol*. **14**:31-40.
57. Saucedo-Molina TJ. 2003. Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.