



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre- Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA- III Versión”

“CAMBIANDO EL CONCEPTO DE BELLEZA”: UNA PROPUESTA DE
PREVENCIÓN PILOTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LA
CIUDAD DE SUCRE

Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: GABRIELA YÁÑEZ GARVIZU

Sucre- Bolivia
2017



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre- Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA- III Versión”

“CAMBIANDO EL CONCEPTO DE BELLEZA”: UNA PROPUESTA DE
PREVENCIÓN PILOTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE LA
CIUDAD DE SUCRE

Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Psicología Clínica”

MAESTRANTE: GABRIELA YÁÑEZ GARVIZU
TUTORA: FRANNIE CECILIA MARÍN URIONA

Sucre - Bolivia
2017

DEDICATORIA

Para "La sister"

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por siempre confiar en mí y en mi pasión por la psicología.

A mi hermana por ser siempre esa persona que me quiere y apoya incondicionalmente.

A mi Hermano, mi cuñado, mi cuñada y mis sobrinos por ser siempre un apoyo en mi vida.

A mis sobrinos Andrés y Micaela que estaba siempre a mi lado diciendo “Eres capa tía, tú puedes”

A mi gran amiga Frannie por ayudarme tanto en la tesis y en la vida.

A mis amigas/os Lichi, Álvaro, Carmen, Natalia y Fede que ayudaron en esta tesis aunque no lo sepan.

A todas/os los docentes de la maestría por brindarnos tantos conocimientos y técnicas útiles para ser buenos psicólogos clínicos.

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación que se realizó en un grupo muestra de 40 jóvenes, entre 15 y 16 años de edad, con el objetivo de identificar si era una población que corre riesgo de sufrir un Trastorno Alimentario y a partir de ello elaborar un programa de prevención teniendo en cuenta las necesidades particulares del grupo.

Para realizar la investigación se utilizó el “Cuestionario de actitudes hacia la comida (EAT – 40) y el “Cuestionario de la forma corporal” (BSQ) Que son cuestionarios que evalúan el riesgo de padecer un Trastorno Alimentario y la valoración de la imagen corporal.

Los resultados de la investigación mostraron que las jóvenes tienen un alto riesgo de sufrir un Trastorno Alimentario ya que más del 50% de las evaluadas obtuvo puntajes superiores al punto de corte recomendado por los desarrolladores de las escalas aplicadas.

Al ser la mujer la que recibe más presión del medio para ser bella y delgada se escogió el modelo de prevención feminista, según la teoría de este modelo los Trastornos Alimentarios deben verse desde una perspectiva de género ya que la prevalencia de estos trastornos es de 10 a 1 comparado con los varones. El programa de prevención fue elaborado de acuerdo a los resultados que obtuvieron las participantes para que éste se acomode a las necesidades del grupo.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, adolescencia, factores de riesgo, prevención, dieta, modelo de prevención feminista.

ABSTRACT

The present paper is an investigation which was made with a model group of 40 young women, between the ages of 15 and 16 years old, with the goal of identifying if the group has the risk of suffering an Eating Disorder and developing a prevention program taking into consideration the group's needs.

To realize this study was used the "Eating Attitudes Test (EAT - 40)" and the "Body Shape Questionnaire (BSQ)".

The investigation's results showed that the girls have a high risk of suffering an Eating disorder because more of the 50% of the group got scores which were superior than the cut point that is recommended by the scale's makers.

The feminist model of prevention has been chosen because according to the theory of this model the Eating disorders are seen from a gender perspective because the prevalence of these disorders are 10 to 1 compared with the male population. The prevention program was elaborated according to the results that the evaluated girls got.

Keywords: Eating disorders, adolescence, risk factors, prevention, diet, feminist prevention model.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen

PARTE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del Problema	28
Justificación	29
Objetivos.....	31
Objetivo General	31
Objetivos Específicos	31

PARTE EMPÍRICA

Método	32
Procedimiento.....	36
Análisis de datos.....	38
Caracterización de la muestra.....	39
Resultados.....	41

DISCUSIÓN	55
-----------------	----

CONCLUSIONES	58
--------------------	----

PROPUESTA.....	60
----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	68
--------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frecuencia por pareja.....	39
Gráfico 2. Actividad extracurricular.....	40
Gráfico 3. Frecuencias puntaje global EAT -40.....	41
Gráfico 4. Frecuencias puntaje global BSQ.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos EAT – 40.....	42
Tabla 2. Estadísticos BSQ.....	43
Tabla 3. Fiabilidad dimensiones EAT – 40.....	44
Tabla 4. Fiabilidad EAT – 40.....	44
Tabla 5. Fiabilidad dimensiones BSQ.....	45
Tabla 6. Fiabilidad BSQ.....	46
Tabla 7. t de Student EAT – 40.....	46
Tabla 8: Resultados t de Student EAT – 40.....	47
Tabla 9: t de Student BSQ.....	48
Tabla 10: Resultados t de Student BSQ.....	49
Tabla 11: Estadísticos descriptivos EAT – 40.....	50
Tabla 12: Estadísticos descriptivos BSQ.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Cuestionario de actitudes hacia la comida EAT – 40.
- Anexo 2. Cuestionario de la forma corporal BSQ.
- Anexo 3. Cuadro centralizador de actividades.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se analiza la importancia de la prevención en el ámbito de los trastornos alimentarios (TA), en referencia particular a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), y se desarrolla un programa preventivo centrado fundamentalmente en la imagen corporal, elemento importante en el origen y mantenimiento de la psicopatología alimentaria. Este programa de prevención se desarrolló teniendo en cuenta las preocupaciones y actitudes alimentarias anómalas de una muestra de jóvenes adolescentes de la ciudad de Sucre – Bolivia.

En las últimas décadas, particularmente en las sociedades occidentales o en proceso de occidentalización, los factores sociales y culturales han ido definiendo un prototipo de belleza que se concreta en un modelo estético corporal delgado, especialmente referido al cuerpo de la mujer (Castro y Toro, 2004). En la cultura occidental, el ideal de belleza se ha convertido en el reflejo del éxito social, el prestigio, la aceptación y la elevada autoestima; contrariamente el sobrepeso se ha emparejado con ausencia de atractivo, falta de disciplina, impopularidad y ausencia de éxito (Sánchez y López, 2010; Ogden 2005; Thompson 2004).

Debido al avance de la globalización, esta imagen se ha trasladado también a Latinoamérica y Bolivia no es la excepción. Por ejemplo en los medios de comunicación locales tienen como conductoras femeninas a un prototipo particular de mujer (delgada y alta), muchas de las cuales ingresan a programas televisivos no por su formación académica si no por su carrera en certámenes de belleza. En general, el entorno está invadido por revistas de belleza que destacan un ideal estético de delgadez y un amplio sector de la sociedad boliviana da cada vez más importancia a los concursos de belleza en los que priman los cánones estéticos occidentales.

No sólo las revistas de moda, sino también las películas y las series de televisión para adolescentes y niños contienen escenas e imágenes que instan, sobre todo a ellas, a ser cada vez más delgadas; al ser estos medios de

distribución masivos, están afectando paulatinamente cada vez más nuestro contexto.

En nuestra sociedad la apariencia física ha ido cobrando un protagonismo importante a través de los concursos de belleza que se han hecho muy populares en nuestra ciudad; tal vez, este auge esté provocado porque en el año 2009 la representante de Sucre ganó el certamen de belleza nacional “Miss Bolivia”, esto provocó que muchas jóvenes desearan seguir sus pasos. Así mismo hace dos años se realizó en Sucre el primer certamen de “Miss Chiquitita” y visto el éxito alcanzado se han organizado otras ediciones. Paralelamente en los últimos años se han abierto una cantidad importante de centros de fitness por toda la ciudad.

En Bolivia se han realizado algunos estudios respecto a los TA. Un trabajo llevado a cabo en la Universidad Católica de Bolivia (UCB) muestra que en los últimos años la edad de inicio de los TA ha ido descendiendo, concretamente en el año 2003 la edad de inicio fue de 14 años (Jimenez, 2003). Estos datos concuerdan con información referida a otros países.

Otro estudio realizado en la ciudad de La Paz, patrocinado por el Centro de Rehabilitación en Salud Mental San Juan de Dios: Rodolfo López Hartmann, y realizado por una estudiante de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), demostró que un 3% de las adolescentes de la ciudad de La Paz sufren un TA (Mérida, 2009).

En la revisión de investigaciones realizadas al respecto en nuestro país se evidencia un vacío en los programas formativos de las escuelas acerca de la nutrición adecuada. Por el contrario los medios de comunicación muestran la delgadez como el más grande objetivo a alcanzar, a la par que publicitan alimentos poco saludables, como comida rápida, dulces y gaseosas, de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional, siendo así que los jóvenes se encuentran en una encrucijada, por un lado desean aquellos alimentos más sabrosos a su paladar y por el otro quieren verse delgados.

Los adolescentes, al no tener formación nutricional acerca de los alimentos y la forma más adecuada de alimentarse comienzan a seguir dietas por iniciativa propia, que encuentran en medios de comunicación masivos como revistas de moda, programas de televisión, blogs de internet y otros que promete resultados con rapidez y eficacia, cuando estos consejos no tienen fundamento científico o carecen control médico. Muchos de los adolescentes, principalmente las chicas, inician dietas restrictivas, dejan de consumir alimentos o recurren a conductas compensatorias inadecuadas (vómitos, laxantes, diuréticos) para bajar de peso rápidamente y obtener la figura deseada (Costa, 2012).

TA y Adolescencia

La adolescencia comienza por lo general entre los 12 o 13 años de edad y se prolonga hasta aproximadamente los 19 o 20 años. Pese que a los 20 años se considera que la adolescencia ha terminado las ramificaciones psicológicas pueden continuar hasta mucho tiempo después (Papalia, Wendkos y Duskin 2011).

Según los expertos, aunque los TA pueden aparecer a cualquier edad, es en la adolescencia, especialmente en las mujeres, cuando se producen con mayor frecuencia debido al momento vital de cambio. En nuestra sociedad y, en general en las culturas occidentales, los procesos de aprendizaje social de la masculinidad y la feminidad se diferencian de manera importante. Las actitudes hacia la forma corporal y el peso empiezan ya en torno a los 6 años de edad y se hacen evidentes a los 12 a esta edad cerca de la mitad de las chicas se quejan de que tienen sobrepeso mientras que, en el caso de los chicos, sólo lo dicen 10 de cada 100 (Portela, 2012).

Los cambios en la pubertad determinan la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que, para las mujeres, consisten sobre todo en un aumento de tejido adiposo en determinadas zonas corporales (pecho, caderas, muslos, nalgas); por tanto, se incrementa su peso y cambia su silueta (Papalia y cols 2011). Esta transformación puede representar un serio

problema para algunas chicas a la hora de aceptar su nueva imagen y la correspondiente valoración estética. Al mismo tiempo, el desarrollo biológico en las chicas suele ir en sentido inverso a las tendencias de la moda, crecen y ensanchan, o al revés, ganando peso y distanciándose de los cánones de belleza “que gustan”. Esto puede provocar insatisfacción con el cuerpo y deseo de adelgazar y, como consecuencia, se empieza con dietas hipocalóricas que las acercan a la zona peligrosa de los TA (Maganto; 2000).

En los chicos, sin embargo, los cambios que se producen en la pubertad (crecer y ensanchar, ganar tejido muscular) se corresponden con el ideal social para su sexo; en general, están menos insatisfechos con su peso y se fijan más en la forma y el volumen, principalmente en la parte superior del cuerpo (Papalia y cols 2011).

Otra circunstancia que ayuda a entender por qué en estas edades es mayor el riesgo de trastornos alimentarios es que en la adolescencia, a la par que el cuerpo está cambiando, también se produce la búsqueda de una identidad propia, cierta autonomía, la integración en grupos de iguales fuera de la familia y los primeros contactos amorosos (Rice, 1997).

En esta etapa, la comparación con los pares adquiere un gran protagonismo, los jóvenes tienden a ver a otros y querer desarrollar las cualidades que admiran.

Los ídolos de la cultura “pop”, las modelos, las actrices y actores, se convierten en modelos a seguir, personas dignas de admiración, ejemplos de éxito y belleza por lo que los adolescentes, desean verse de esa forma para así validar su identidad (Papalia y cols 2011). Todo es normal en este proceso, a no ser que se dispare la preocupación por el aspecto físico y que el cuerpo se convierta en la herramienta fundamental para agradar a los demás y triunfar socialmente (Senra, 2008).

Trastornos alimentarios

Los TA agrupan un conjunto de alteraciones caracterizadas por comportamientos, creencias y emociones anómalas en relación a la alimentación, el peso, y la silueta que pueden perjudicar la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona (Fairburn y Harrison, 2003). La presencia de patrones de ingesta anómalos como: restringir la alimentación a mínimos incompatibles con los parámetros normales, tener impulsos incontenibles de atracarse de comida y recurrir a conductas purgativas, son algunas de las características sintomáticas de los TA (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Según la 4ª edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los TCA comprenden la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los TCA no especificados o atípicos (APA, 2002). Recientemente se ha publicado una nueva edición del citado manual, el Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5), en la que se clasifica a los TA bajo el rótulo: Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de alimentos e incluyen, además de la AN y la BN, el trastorno de atracón, el trastorno de rumiación, pica, el trastorno de evitación/restrictivo de la ingestión alimentaria, y otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificados (APA, 2013).

Barlow y Durand (2003) señalan que los TA pueden llegar a ser mortales y, sin embargo, esta trágica consideración no ha impedido que vayan en aumento. Cuando se habla de BN y de AN se puede destacar algo en común entre estos dos trastornos que es el impulso abrumador, que lo abarca todo, por estar delgados.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por la práctica de restringir la ingestión de comida, siendo esta conducta la manifestación más evidente del trastorno (Castro, 2009), de la mano con esta conducta está el deseo de bajar de peso sin considerar poner en riesgo la propia vida. Para las personas que

sufren de este trastorno lo más terrible que puede suceder es subir de peso y así perder su belleza.

De acuerdo al DSM-5 (APA, 2013), los criterios que pueden conducir al diagnóstico de la AN son los siguientes:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. 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 peso corporal bajo actual.

A diferencia de la versión anterior, se especifica el tiempo que deben durar los períodos de restricción y/o purgas para identificar dos subtipos diferentes:

- Subtipo Restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.
- Subtipo Compulsivo/Purgativo: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

En el DSM-5 se especifica que la pérdida de peso significativa se consigue por la restricción del aporte energético, considerando la edad, el sexo, la trayectoria evolutiva y la salud física, en tanto que en el DSM-IV-TR se hacía referencia al peso corporal, considerando la edad y la talla. En relación al miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, en la nueva versión se mantiene el miedo intenso y se añade la alternativa “o conducta persistente que interfiere en la ganancia de peso”. El criterio “presencia de amenorrea” desaparece en la última versión, dada la ausencia de validez empírica encontrada al respecto.

Así mismo, el DSM-5 añade dos especificadores en relación a la remisión y a la severidad.

En este sentido, se puede consignar si se encuentra en remisión parcial, si tras cumplir todos los criterios, deja de cumplirse el A (peso corporal bajo) durante un periodo sostenido de tiempo (según criterio del clínico), pero se cumplen los criterios B (miedo intenso o conducta que interfiere) y C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución); o en remisión total, si no se cumple ningún criterio durante un periodo sostenido, también según opinión del clínico. La clasificación de la severidad se basa en el índice de masa corporal (IMC), entendiéndose como leve un IMC superior o igual a 17, moderado entre 16 y 16.99, severo entre 15 y 15.99 y como extremo un IMC inferior a 15.

Los estudios epidemiológicos muestran que la AN afectan en su mayoría a las mujeres entre 10 y 30 años de edad (Perpiñá, 2003). El número de varones que sufren de estos trastornos equivale al 10% del total de mujeres afectadas, aunque también se observan correlaciones positivas entre la AN y algunos deportes de élite femeninos y masculinos, como gimnasia, ballet, patinaje artístico, jockey, etc. (Castro y Toro, 2004).

Las personas que sufren de AN experimentan diferentes cambios, como ser el adelgazamiento, una vez que la persona ha bajado un porcentaje de su peso de manera lenta y casi imperceptible, la baja de peso comienza a acelerar. Debido al estado de desnutrición que provoca la falta de ingesta de alimentos la persona baja su temperatura corporal, debido a esto la persona con AN siente frío aunque el ambiente no justifique su sensación térmica, por lo que sufre deshidratación y bradicardia. Por otro lado la desnutrición provoca también que el estómago pierda su capacidad funcional, haciendo que la persona padezca de estreñimiento.

Además de los cambios físicos se pueden notar también cambios conductuales como por ejemplo comportamientos extraños en relación a los alimentos (desmenuzar, exprimir los alimentos para liberarlos de grasa, jugar con los alimentos repartiéndolos por el plato, etc.). Otras consecuencias de la AN son

que el rendimiento escolar o laboral baja dramáticamente, las relaciones interpersonales se hacen más distantes y la dinámica familiar se ve afectada debido por un lado a la obsesión con respecto al peso y a la comida y por otro lado a la distorsión de su imagen que va incrementando (Rivarola, 2003).

Diagnóstico diferencial en AN

Antes de realizar el diagnóstico de AN se deben considerar otras razones por las cuales la persona pueda tener una pérdida de peso significativa, en especial cuando la/el paciente muestra características atípicas.

Se deben tomar en cuenta las siguientes situaciones:

- *Enfermedades médicas:* Como por ejemplo: Enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo, tumores malignos, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Es muy posible que estas condiciones puedan provocar una pérdida de peso significativa, pero las personas afectadas por estas enfermedades en general no manifiestan preocupación por bajar de peso y no se puede observar el temor mórbido a engordar.
- *Trastorno de depresión mayor:* puede que una persona que sufre un cuadro de trastorno de depresión mayor pierda una cantidad importante de peso, pero en este caso no se ve un deseo de perder peso o el miedo a subir de peso.
- *Esquizofrenia:* las personas que sufren de esquizofrenia pueden presentar patrones alimenticios extraños, que pueden derivar en una gran pérdida de peso. En este caso, al igual que en los anteriores, no existe la preocupación por subir de peso.
- *Abuso de sustancias:* Es posible que los individuos que abusan de sustancias puedan perder peso significativamente, pero no existe la preocupación de ganar peso y mantenerse delgados.
- *Fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y dismorfia corporal:* Muchos de los criterios de diagnóstico de la AN se superponen a los criterios de la Fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y dismorfia corporal,

Específicamente puede que la persona se siente avergonzada de comer en público (Fobia social), puede también que existan obsesiones con relación a la comida (Trastorno obsesivo compulsivo) y por último es posible que se presente la idea de que hay algún defecto o característica corporal (Dismorfia corporal). Para realizar el diagnóstico diferencial en estos casos se debe tomar en cuenta que: En el caso de la fobia social se debe diferenciar la incomodidad de comer en público de otros miedos, como ser el de hablar en público, en el caso de que se presenten este tipo de miedos en la/el paciente se debe hacer un diagnóstico adicional; en el caso de del trastorno obsesivo compulsivo se puede hacer un diagnóstico adicional si las obsesiones que muestra la persona no están relacionadas con la comida; si se presentase una distorsión de la imagen que no esté relacionada con la forma y tamaño del cuerpo entonces se puede realizar un diagnóstico adicional de dismorfia corporal.

- *Bulimia nerviosa*: Las personas con BN tienen episodios recurrentes de atracones de comida y comportamientos inapropiados para perder peso, como ser provocarse el vómito o usar laxantes. Pero en el caso de la bulimia la paciente mantiene su peso dentro de los parámetros normales.

Bulimia nerviosa

La conducta que caracteriza este trastorno es la ingesta excesiva de alimento, siendo ésta fuera de lo que se espera para una persona de la misma edad y desarrollo. Mientras se da la conducta de comer en exceso existe una sensación de pérdida del control, después de un episodio de atracón de comida la persona recurre a conductas compensatorias, como ser provocarse el vómito o consumir de laxantes (Castro, 2009).

Según el DSM-5, los criterios diagnósticos para la BN son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes.

- B. Conductas compensatorias inadecuadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Una de las aportaciones del DSM-5 es que acota la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, concretamente deben ocurrir al menos una vez a la semana a lo largo de un periodo de tres meses.

Otra modificación importante es que desaparecen los subtipos purgativo y no purgativo y se añaden, al igual que en la AN, especificadores para la remisión y la gravedad de los cuadros clínicos. La remisión es parcial si, tras haber cumplido previamente todos los criterios de la BN, algunos, pero no todos, de los criterios se vuelven a cumplir durante un periodo de tiempo sostenido, y la remisión se considera total si, tras haber cumplido previamente todos los criterios de la BN, ninguno está presente durante un periodo de tiempo sostenido.

El nivel de gravedad se fundamenta en la frecuencia de las conductas compensatorias inapropiadas, desde leve, con una media de uno a tres episodios semanales, hasta extremo, con una media de catorce o más episodios semanales (APA, 2013).

Al igual que sucede en la AN, la BN se da más frecuentemente en mujeres, y la edad de aparición está entre los 18 y 25 años. Al ser un trastorno que no se hace visible, debido a que la pérdida de peso no es significativa, muchas veces es difícil de detectar con el consiguiente peligro que supone que el curso avance (Perpiñá, 2003).

Entre las consecuencias físicas de la BN se puede citar el agrandamiento de la glándulas parótidas, debido al vómito continuo, además de esto el constante vomito produce desgaste en el esmalte de los dientes, así como problemas cardiacos, óseos y renales, entre otros (Barlow y Durand, 2003)

Diagnóstico diferencial BN

Para realizar el diagnóstico diferencial de BN se debe tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- *Anorexia nerviosa de tipo purgativa*: En el caso de que los episodios de atracón y posterior purga se debe dar el diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo purgativa y no así un diagnóstico adicional de BN.
- *Trastorno por atracón*: En este caso, las conductas compensatorias no se presentan, la persona no intenta vomitar o tomar purgantes para perder peso.
- *Síndrome Kleine – Levin*: Cuando este síndrome está presente se pueden observar conductas alimentarias atípicas, pero la preocupación por bajar de peso no está presente.
- *Trastorno de depresión mayor con características atípicas*: comer en exceso es una característica presente en el trastorno de depresión mayor con características atípicas, pero estas personas no presentan las conductas compensatorias que presentan las personas con BN. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos se deben dar ambos diagnósticos.
- *Trastorno de personalidad límite*: Debido a la impulsividad que caracteriza este trastorno de personalidad, los atracones de comida pueden llegar a ser comunes en estas personas. Si se cumplen los criterios de ambos se deben dar los dos diagnósticos.

Teorías explicativas de los TA

Se han realizado numerosos estudios para poder encontrar las raíces de los TA, muchas de las cuales se remiten al contexto cultural y social.

Para que una conducta sea considerada el síntoma de un trastorno juegan factores sociales y culturales. En el caso de los TA el deseo de estar delgada no es considerado negativo en la sociedad occidental, sociedad en la que se valora de sobremanera la delgadez, que es considerada sinónimo de éxito, belleza y felicidad (Behar, 2010). Un síntoma es una expresión exagerada de una conducta que es vista como normal en determinada cultura; hacer dietas para bajar de peso, preocuparse por no engordar y relacionar ser delgada con la belleza es algo que se considera estándar en la sociedad occidental (Maganto y Cruz, 2000).

Las personas viven y también se enferman según al contexto histórico y cultural en el que se encuentran; en este contexto el ideal de belleza cambia según al momento histórico. Por ejemplo un estudio realizado por Garner, Garfinkel, Shwartz y Thompson en 1992 comparó el peso esperado de las mujeres en los concursos de Miss América a lo largo de 19 años, en dicho estudio encontraron que el peso corporal esperado fue reduciendo con el paso del tiempo, mostrando que para que una mujer sea considerada bella debe ser cada vez más delgada (Portela, 2012).

Aunque la mujer ha logrado liberarse en varios niveles, logrando el derecho al voto universal, la educación, poder trabajar y poseer bienes aún se encuentra encarcelada dentro de un ideal de belleza que la sociedad la presiona a conseguir. Según un estudio publicado en Estados Unidos treinta tres mil mujeres norteamericanas dijeron que una de sus más grandes metas era la de perder entre 5 a 10 kilos (Wolf, 1991).

La prevalencia de los TA muestra que las mujeres sufren estos trastornos con más frecuencia que los varones superando a los varones en 10 a 1, siendo así el género un factor determinante en cuanto al desarrollo de un TA. En diversos estudios se ha encontrado que las jóvenes adolescentes desean bajar de peso mientras que los muchachos desean subir de peso (Barlow, 2003).

Perspectiva psicoanalítica

La perspectiva psicoanalítica también le da gran importancia al discurso socio – cultural, notando que el ayuno era una práctica que se realizaba en otros contextos culturales y religiosos, considerando a las mujeres que realizaban ayunos como “santas”, que hasta perdían sus vidas debido al riguroso ayuno, mostrando que la connotación del síntoma (el ayuno) puede variar según al momento histórico en el que se desarrolla (Lopez, 1999).

El psicoanálisis habla de la anorexia como un síntoma que se desarrolla debido a un conflicto psíquico, por lo tanto no es un trastorno por sí mismo, sino un síntoma que evidenciaría una situación derivada de cualquier estructura clínica, es decir que podría ser una manifestación de la neurosis, perversión o psicosis (Lopez, 1999).

Perspectiva de la psicología de la personalidad

La psicología de la personalidad relaciona los TA con rasgos compulsivos de la personalidad, notando que las personas que desarrollan TA tienden a ser perfeccionistas y controladoras además se ha evidenciado una alta relación de los TA con rasgos como la timidez, dependencia y ansiedad (Gonzales y Unikel, 2003).

La baja autoestima está relacionada con la variable del perfeccionismo, ya que estas dos características se presentan juntas en las personas que desarrollan el TA, mostrando que no solamente se presenta una personalidad perfeccionista como único desencadenante del trastorno (Barlow, 2003).

La teoría de la restricción.

Esta teoría pretende estudiar todas las categorías de peso y analizar las razones que desencadenan la restricción alimentaria y sus consecuencias (Perpiñá, 2008).

La restricción es definida como el deseo voluntario del individuo de no ingerir la suficiente cantidad de alimentos, con el fin de lograr perder peso y así obtener su peso ideal (Herman y Mack, 1975).

En esta teoría existirían dos opuestos, por un lado los que restringen la ingesta de alimentos con fines estéticos y por otro lado los que no le dan ninguna importancia a bajar de peso y mantenerse delgados. Los primeros son los llamados “Restrictivos” y los segundos son denominados “No restrictivos”.

Esta teoría sostiene que las personas “Restrictivas” pueden ser bastante constantes cuando deben mantener las dietas restrictivas, sin embargo pueden caer en la conducta de comer de manera desaforada, es decir atracones, debido a que a la presencia de los “Deshinibidores del comer” como ser estados depresivos o ansiosos, presencia de comida cerca de ellos, ingestión de alcohol, etc (Perpiñá, 2008).

Las investigaciones con relación al uso de dietas han comprobado que las dietas restrictivas tienden a generar que la persona experimente episodios de atracón. Esta teoría relacionaría directamente la presencia de dietas restrictivas con el desarrollo de los TA, ya que establece una relación causal entre las dietas y los comportamientos de ingestión descontrolada de alimentos (Polivy y Herman, 1985).

Dieta

Las investigaciones realizadas hasta el momento indican que en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los TA intervienen un gran número de factores de naturaleza diversa (Perpiñá, 2011). La cantidad, combinación y peso específico de cada uno de ellos varía según las personas. Se puede afirmar que nunca un único factor es suficiente para provocar un TA. También se sabe que, si una persona reúne varios de estos factores, su riesgo es elevado, pero no significa que necesariamente vaya a desarrollar el trastorno (Senra, 2008).

Una de las prácticas más habituales para perder peso es hacer dieta, se sabe que la dieta incrementa hasta 8 veces el riesgo de manifestar un TA (Patton,

Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999). En el mercado existe una gran profusión de dietas de adelgazamiento de índole diversa que ofrecen la posibilidad de reducir, incluso en un tiempo récord, un importante número de kilos, este mensaje supone un importante atractivo, sobre todo para las mujeres adolescentes y jóvenes adultas (Toro, Salamero, y Martínez, 1995).

Cuando alguien realiza una dieta baja en calorías, llega un momento en que comienza a perder peso. Como el organismo no recibe a través de la comida las calorías que necesita para funcionar, utiliza la grasa acumulada para generar su propia energía y el peso baja. Esta situación puede mantenerse durante un tiempo, pero la disminución de calorías acaba provocando una sensación insoportable de hambre, y llega un momento en que el cuerpo se niega a seguir sometido a restricción y la persona come, generalmente con avidez, especialmente aquellos alimentos prohibidos durante la dieta (hidratos de carbono y alimentos ricos en grasas) en cantidades superiores a lo que se comería en caso de no estar a régimen. De este modo, la dieta restrictiva se convierte en la antesala del atracón (Senra, 2008).

Ahora bien, no todas las personas que hacen dieta acaban desarrollando una AN o una BN. A este respecto, existe un amplio consenso sobre el origen multicausado de los TA, es decir, están producidos por la interacción de diversos factores, no siempre los mismos y no siempre actúan con el mismo peso. De modo que el riesgo se deriva de una combinación de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales que interactúan entre sí y ejercen su influencia en términos acumulativos (es decir, cuantos más factores de riesgo presente una persona, mayor será la probabilidad de que desarrolle el trastorno) (Perpiñá, 2011).

Tal es su relevancia, que los programas de prevención que han tenido resultados más exitosos tienen entre sus objetivos primordiales propiciar en los participantes hábitos de alimentación saludables y equilibrados, eliminar los comportamientos de dieta restrictiva y promover el abandono de tales prácticas si es que ya se han iniciado (López y Sánchez, 2010).

El aumento normal de la grasa corporal, asociada con la pubertad, puede impulsar la preocupación por el peso corporal y la apariencia (Levine, 1987) y, por consiguiente, favorecer un incremento en las conductas de dieta y en los problemas alimentarios, ya que los cuerpos de las chicas se vuelven progresivamente diferentes respecto a la imagen prepuberal considerada ideal en nuestra sociedad (Striegel –Moore y cols. 1986). Así, según Hill y colaboradores, (1989) la prevalencia de la dieta en edades comprendidas entre los 15 y 20 años es alta y posiblemente vaya en aumento. Estas previsiones respaldan el modelo estético, que llega a estigmatizar la obesidad y todos aquellos cuerpos no afectos a las normas publicitarias y estéticas imperantes. La percepción ajena y la auto percepción de la mujer como demasiado gorda, especialmente en la adolescencia y en la adultez, hace que perciba la dieta como solución a su “problema” de sobrepeso (Polivy y Herman, 1995).

La dieta ha sido uno de los temas más estudiados dentro de los factores de riesgo de los TA y un gran número de estudios la relacionan con el inicio de estos (López y Sánchez, 2010).

Como el deseo de ser delgada es tan grande en las personas que sufren de TA las dietas restrictivas son su principal elección, ya que prometen ser rápidas y eficaces. Debido a que en un principio logran sus objetivos con más facilidad, creen que es lo correcto optar por ellas y no recurren a especialistas sino que simplemente deciden dejar de comer.

Estas dietas son llamadas “milagrosas”, y son muy comunes en los medios, pueden ser encontradas en revistas de moda, páginas de internet u otros medios de difusión, son dietas que prometen una rebaja rápida de peso y sin esfuerzo, promoviendo así su uso indiscriminado (Sánchez, 2012).

Según Sánchez Aznar (2012), las dietas restrictivas o milagrosas se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- Dietas hipocalóricas desequilibradas: Se basan en una restricción drástica de alimento. Estas dietas provocan un efecto rebote, caracterizado por una rápida ganancia de peso, que se traduce en un

aumento de masa grasa y pérdida de masa muscular. Esto obedece a que el metabolismo se adapta a la disminución drástica de la ingestión de energía mediante una disminución del gasto energético. Estos regímenes suelen ser monótonos, además de presentar numerosas deficiencias en nutrientes, sobre todo si se prolongan por largos períodos de tiempo.

- Dietas disociativas: Este tipo de dietas se basan en el fundamento de que los alimentos no contribuyen al aumento de peso por sí mismos, sino al consumirse según determinadas combinaciones. No limitan la ingestión de alimentos energéticos sino que pretenden impedir su aprovechamiento como fuente de energía con la disociación. Esta teoría carece de fundamento científico y los resultados obtenidos sólo obedecen a un menor consumo de energía. Además, este tipo de consumo es casi imposible porque no existen alimentos que solamente contengan proteínas o hidratos de carbono.
- Dietas excluyentes: se basan en eliminar de la dieta algún nutriente. Estas dietas pueden ser de distinto tipo dependiendo del nutriente que excluyen, así pues encontramos:
 - Ricas en hidratos de carbono y sin lípidos y proteínas.
 - Ricas en proteínas y sin hidratos de carbono.
 - Ricas en grasa. Se conocen como dietas cetogénicas. Pueden ser muy peligrosas para la salud, produciendo graves alteraciones en el metabolismo.

Aunque este tipo de dietas tienen resultados notorios en la baja de peso tienen un efecto dañino en el organismo, presentándose inconvenientes tanto en lo psicológico como en el ámbito físico (Portela y Raich, 2012).

La restricción alimentaria puede producir que la persona experimente un estado de ánimo irritable y hasta depresivo, la grande cantidad de peso perdido al principio de la dieta se debe a la perdida de líquido del tejido muscular, del glucógeno y del hígado. Otra consecuencia de una dieta restrictiva es el

llamado “Efecto rebote”, que implica que la persona recupere el peso perdido o peor aún aumento de éste (López, 2009).

El mecanismo por el cual se recupera de forma tan rápida el peso que se ha eliminado durante la dieta, es que el organismo, ante una situación de peligro por la supervivencia debido al bajo input de energía, pone en marcha una serie de mecanismos nerviosos y hormonales que pretenden conservar la máxima energía posible en miras de que este estado de inanición se prolongue más tiempo del esperado: aumenta la eficiencia metabólica e incrementa el apetito. Al volver a comer de forma habitual, el peso recuperado se debe predominantemente a la formación de tejido graso, que es el que origina los problemas de salud (López, 2009).

Estudios llevados a cabo por Herman y Mack (1975) han comprobado que las personas que realizan dietas restrictivas tienen una tendencia a también a recurrir a atracones de comida en especial cuando se presentan en sus vidas situaciones de depresión o estrés.

La dieta que tiene éxito en hacer bajar el peso, puede además crear en el individuo un estado de hambre crónico, en especial si esta restricción alimentaria a la llevado el peso de la persona a un estado crítico, es decir un índice de masa corporal por debajo de lo esperado para su edad y talla (Perpiñá, 2008).

Por lo tanto según a las investigaciones acerca del mantenimiento de este tipo de patologías se establece una relación causal entre las dietas restrictivas y los episodios de atracón. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el comienzo de la BN coincide con un periodo en el que la/el paciente ha restringido la ingesta de alimentos y se ha demostrado que las personas que hacen dieta son más propensas a ser diagnosticadas con BN que las que no (Polivy y Herman, 1985).

Imagen corporal

La existencia de un ideal estético de delgadez establecido y compartido socialmente, supone una presión muy importante sobre cada uno de los miembros de las sociedades occidentales y otras que paulatinamente dejan sentir su influencia. Vandereycken y Meermann (1984) analizaron el impacto que la “cultura de la delgadez” tiene entre las adolescentes, y el riesgo que supone en el incremento de los trastornos alimentarios.

En opinión de Maganto, Del Río y Roiz (2000), en la actualidad, la AN y la BN expresan las contradicciones de la identidad de la mujer del presente. Estas contradicciones culturales están relacionadas con la industrialización occidental:

- a) El cambio habido en el rol de la mujer, que lucha por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito (autosuficiente, luchadora, competente, incorporada al mercado laboral, número uno, con éxito, delgada) y las expectativas tradicionales de su papel (sumisa, sexualmente complaciente, abnegada, trabajadora, resignada, en segundo plano, sostenedora del hogar, madre y esposa). Esta multiplicidad de exigencias, muchas de las cuales parecen estar en conflicto unas con otras, es lo que hace tan difícil la situación contemporánea para las mujeres. Esas elecciones contradictorias, típicas de las crisis de identidad, pueden precipitar la AN y la BN.
- b) La preocupación por el aspecto y la imagen corporal (mantenerse joven, dinámica y atractiva), que esconde un mercado de moda masiva y consumista.
- c) La preocupación culturalmente generalizada por el control del peso y la obesidad, que equipara delgadez con belleza y éxito.

La imagen corporal es la representación del propio cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 1999), según Thompson (1990) la imagen corporal se construye sobre tres componentes importantes: el componente perceptual, el componente subjetivo y el componente conductual.

- *El componente perceptual* se refiere a la precisión con la que se percibe el tamaño corporal de partes del cuerpo o en su totalidad. Las alteraciones de este componente dan lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en dimensiones mayores a la real) o la subestimación (percepción del cuerpo en dimensiones inferiores a la real) la primera es muy frecuente en los TA, ya que las pacientes de TA reportan verse gordas o sentirse muy pesadas (López, 2009)
- *El componente subjetivo* tiene que ver con la cognición y el afecto, actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. Con relación a este componente las personas que sufren de TA tienen actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones muy negativos con respecto a su imagen corporal, lo que produce el deseo de cambiar su cuerpo lo más posible.
- *El componente conductual* se refiere a aquellas conductas que las personas practican de acuerdo con la percepción de su imagen corporal y a lo que sientan respecto a ella. La conducta puede ser exhibir el cuerpo, cubrirlo o modificarlo de acuerdo a cuan complacida se encuentre la persona con su imagen corporal (Raich, 1999).

Según Rosen (1992) la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que cada persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, de tal forma que se contemplan aspectos perceptivos, aspectos cognitivo-afectivos como la preocupación, ansiedad y aspectos conductuales como ser el atender a salones de belleza, gimnasios y también hacer dietas.

Prevención

La prevención es considerada una nueva disciplina científica que se nutre de aportaciones procedentes de la psicopatología, la epidemiología y la educación entre otras (Gimera y Carracebo, 2010)

En relación a la prevención de los trastornos mentales ésta tendría el objetivo de reducir la incidencia del trastorno, su prevalencia y recurrencia. Prevenir también el impacto que un trastorno mental pueda llegar a tener en el ambiente familiar de la persona que sufre o tiene el riesgo de sufrir éste. Además de reducir los impactos en la sociedad en general (March, 2006).

Dentro de la prevención se diferencian tres tipos: la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria tiene que ver con un conjunto de estrategias que se realizan antes de que surja la enfermedad y el objetivo de este tipo de prevención es el de reducir la incidencia de trastorno en la población en general.

En cuanto a la prevención secundaria ésta se refiere a actividades cuyo objetivo es localizar y tratar a las personas que presentan la enfermedad o algunos síntomas para impedir que la enfermedad progrese.

Y la prevención terciaria es aquélla que se realiza cuando ya se ha desarrollado el trastorno completamente, lo que intenta es minimizar sus efectos y evitar las complicaciones y recaídas. (López y Sánchez, 2010)

También se hace otra división de las prevenciones de tipo primaria y secundaria en las siguientes subcategorías.

- Prevención universal: están dirigidas a la población en general, como ejemplo se pueden ver los spots publicitarios de distribución masiva.
- Prevención selectiva: Esta prevención se centra en aquella población cuyo riesgo de desarrollar determinado trastorno mental es significativamente más alto que el promedio. Un ejemplo de este tipo de intervención sería un programa dirigido a niños y niñas que sufren de violencia intrafamiliar.
- Prevención indicada o dirigida: se dirige a personas en alto riesgo que son identificadas como individuos con signos o síntomas

mínimos que pronostican el desarrollo de un trastorno mental. (López y Sánchez, 2010)

La prevención se puede llevar a cabo en diferentes contextos, el más popular es el ámbito escolar debido a la facilidad de acceder a los estudiantes y reunirlos en un mismo lugar, pero la desventaja de esto es que se dejan de lado los ámbitos familiar y social que son fundamentales a la hora de realizar actuaciones preventivas simultáneas para poder prevenir de mejor manera un trastorno mental.

Es por eso que el ámbito comunitario es más amplio, tendría que implicar la participación de distintos grupos comunitarios, instituciones, colectivos, etc, para que se refuercen los mensajes y se hagan más propuestas acerca de aquello que se desea prevenir.

Y por último se encuentra el ámbito de los medios de comunicación que al ser de transmisión masiva puede llegar aún a más personas.

Para seleccionar un ámbito lamentablemente se debe tener en cuenta el factor económico, que es la razón por la cual la mayoría de las campañas preventivas se realizan de las dos primeras formas antes expuestas.

Prevención de los TA

La prevención de los TA ha sido instaurada hace poco, al ser éstos trastornos que se han empezado a catalogar como trastornos diferenciados de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores desde el año 1982 (Casado, 2008).

Se empezó con la prevención primaria de los TA, es decir aquella que se realiza antes de que la enfermedad se desarrolle, se comienza por dar información acerca de los TA, a la población en general y en especial a aquellos grupos que se consideran más vulnerables.

Modelos de prevención

Para la realización de modelos de prevención es necesario partir desde un marco teórico, un marco que explique el trastorno a prevenir y en el que se asiente el modelo preventivo.

En cuanto a los TA no existe una gran cantidad de programas preventivos con un marco teórico que pueda fundamentar dichos programas (López y Sánchez, 2010).

Muchos de los modelos preventivos se dirigen a atacar los factores de riesgo en la población vulnerable según a los índices de prevalencia de los TA (Guadarrama y Mendoza, 2011)

Modelo informativo

La primera estrategia preventiva que utilizaron los primeros programas preventivos de TA fue la de informar a los jóvenes acerca de estas patologías. En las sesiones de estos programas se les informaba acerca de las características de los TA, su sintomatología y sus consecuencias nocivas (López y Sánchez, 2010).

Con este tipo de prevención se esperaba que aquellas personas que lo cursaran tomaran la decisión racional de no empezar a efectuar estas conductas que eran dañinas para su salud (Gasco, 2010).

Estos programas también se conocen con el nombre de “Programas psicoeducativos”

Se ha comprobado que estos programas no resultan efectivos, debido a que, aunque la información es necesaria, no es suficiente para que las personas que asisten a estos programas hagan cambios significativos en sus vidas (Arco y Fernandez, 2002).

En el caso de los TA los programas pueden resultar hasta peligrosos, debido a que al brindar información sobre la manera en la que se presentan estos trastornos y cómo se los puede notar, los asistentes que se encuentran en una

situación de riesgo pueden obtener técnicas para el control del peso, pueden encontrar sus conductas normales o parecerles interesantes (Becoña, 2002).

En los beneficios del modelo de prevención informativo se encuentra que dar información acerca de la alimentación saludable, la importancia de hacer ejercicio de forma regular y las graves consecuencias de las conductas típicas de los TA en el cuerpo, puede proteger a los asistentes de desarrollar un TA (López y Sánchez, 2007).

Modelo de habilidades generales

El modelo de habilidades generales tiene como principal objetivo el de entrenar a los jóvenes en, como su nombre lo indica, habilidades generales para así reducir los factores de riesgo de sufrir cualquier enfermedad mental (Becoña, 2002).

Este modelo se basa en dos aspectos clave:

- *Factores de riesgo genéricos constituyentes de las vías de desarrollo de múltiples patologías mentales:* en este caso se trabajan factores que podrían generar una patología, pero no se centra en factores de riesgo específicos de diferentes trastornos (Becoña, 1999).
- *Resiliencia y factores positivos.* Este tipo de prevención se centra en potenciar los factores protectores y la resiliencia (López y Sánchez, 2007). Los factores positivos son:
 - Normas sociales saludables dentro de la comunidad.
 - Políticas sociales eficaces.
 - Buenas relaciones entre padres e hijos.
 - Ayuda social directa para los niños o para los adultos y significativos en las vidas de los niños.

Modelo de Aproximaciones cognitivas sociales

Este tipo de modelo preventivo intenta de dirigirse hacia factores específicos que podrían estar implicados en el desarrollo de un trastorno. Para poder diseñar este tipo de prevención se deben conocer a profundidad cuales son los

factores de riesgo y los factores de protección del trastorno al cual se desea dirigir el programa de prevención.

Una de las técnicas más utilizadas en este tipo de modelo preventivo es la técnica de modelado, esto se debe a que en la teoría cognitiva social los factores sociales son un elemento importante (Grimera y Carracebo, 2011).

Estos programas se centran en proporcionar a los participantes habilidades sociales determinadas que los ayuden a manejar las situaciones de riesgo que conducen o favorecen el desarrollo de las conductas insalubres que el programa pretende prevenir (Becoña, 1999).

Pese a que las sesiones de estos programas son grupales, se enfatiza en el cambio personal. Se promueven los cambios individuales de los valores, expectativas, habilidades, actitudes y conductas. También se trata de desarrollar una resistencia a las influencias socioculturales no saludables.

En el caso de los TA este tipo de modelo preventivo se centra en que las jóvenes desarrollen los factores protectores y puedan enfrentarse a los factores de riesgo socioculturales que ayudan al trastorno a desarrollarse.

Modelo de prevención feminista

Se han elaborado varias hipótesis desde el feminismo para explicar el desarrollo de los TA, y pese a existir diferencias entre estos postulados todos tienen algo en común: el género y la cultura son variables determinantes en la etiología de los TA (Gilbert y Thompson, 1996).

Las perspectivas feministas se centran en la igualdad de derechos entre las mujeres y los hombres, argumentando que los TA están relacionados con las diferencias de poder entre los hombres y las mujeres (Levine, 1994).

La hipótesis de la “cultura de la delgadez” es una de las hipótesis más apoyadas, esta hipótesis afirma que el ideal de belleza que se promueve hoy en día es una manera de generar dinero y es una manera de truncar el avance del movimiento a favor de la igualdad de género, puesto que la exigencia a la

mujer de ser perfecta es un obstáculo más que la mujer debe enfrentar para ser considerada igual al varón (Wolf, 1991).

El ideal de la “Super mujer” es lo que se muestra hoy en día en los medios de comunicación, esta mujer tiene diferentes características: es inteligente, buena profesional, buena madre, buena esposa y es hermosa. De acuerdo a los medios de comunicación masivos una mujer debe de tener las características antes citadas para ser considerada “Exitosa”. Siendo el requisito para el varón la adquisición de propiedades y ser un buen profesional las pocas exigencias que este debe cumplir para ser considerado “Exitoso” (Steiner – Adair, 2002).

El objetivo principal de los modelos de prevención feministas es darles a las participantes una voz, mostrarles que su opinión es importante y deben alzarla para ser escuchadas. Que puedan ver el estereotipo de belleza como una imposición de la sociedad patriarcal y puedan tener una visión crítica de esta “Realidad” que los medios de comunicación tratan de vender (Behar, 2010).

Para diseñar este tipo de prevención se debe conocer cuál es el ideal de belleza en su propio contexto, teniendo en cuenta que la belleza es una construcción cultural, que puede variar según a la época y lo que en ese espacio temporal esté de moda (Behar, 2010).

El facilitador no se muestra como un experto, si no que ayuda a que las jóvenes trabajen y analicen los conceptos, dejando que su voz se convierta en un componente de gran importancia dentro de las sesiones que formar parte del programa de prevención. Por lo tanto el facilitador actúa más como una guía y un moderador para que las jóvenes puedan exponer sus puntos de vista y puedan discutir los temas ellas mismas (López y Sánchez, 2010).

En este tipo de prevención se insta a las jóvenes a que hagan los cambios que ellas consideran importantes, tanto en sus propias vidas como en su entorno. No se centra solamente en el entorno más próximo, como ser si casa y ambientes en los que socializan con sus pares, sino también la sociedad en su conjunta, incitándolas a que puedan hacer propuestas para realizar cambios en la sociedad en su conjunto e incluso tratando de ayudarlas a hacer llegar esas

opiniones a autoridades que puedan hacer cambios en las políticas de prevención de enfermedades mentales de su comunidad (López y Sánchez, 2007).

Las variables a trabajar en las sesiones están determinadas en su mayoría por las mismas participantes y por sus experiencias personales. Antes de diseñar el programa se hace una evaluación a las participantes para poder saber las necesidades específicas del grupo de trabajo (Levine y Smolak, 2006).

Pese a que para la prevención feminista los factores socioculturales son los que más se pretende atacar, también es importante tratar aspectos como proporcionar información sobre nutrición y alimentación, ejercicio físico, el desarrollo durante la pubertad y la adolescencia, las burlas, la influencia de los medios de comunicación, la autoestima y su relación con los TA.

Planteamiento del problema

Los programas de prevención en nuestro medio son poco comunes y los que existen están dirigidos hacia la prevención de enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas y alcohol.

Los TA son todavía trastornos jóvenes que están siendo estudiados a profundidad recientemente (Rivalora, 2003). Es por esto que los programas de prevención no han llegado a plantearse y estudiarse dentro de nuestro país, además de que en Bolivia los TA no son trastornos que han recibido atención de parte de los sistemas públicos de salud.

En nuestra sociedad los TA aún son considerados como lejanos y que no pertenecen a nuestra realidad cotidiana, pensando que son propios de países de primer mundo, por lo tanto se ha descuidado el estudio de estos en el país.

No se han encontrado investigaciones acerca de prevención de los TA en Bolivia, lo que muestra también que es de suma importancia desarrollar investigaciones con esta temática y además desarrollar programas específicos de prevención para los TA.

Frente a esta situación problemática se plantea la siguiente pregunta:

¿Es necesario el desarrollar un programa de prevención de TA adecuado a las preocupaciones y características alimentarias anómalas en una muestra de jóvenes de la ciudad de sucre?

Justificación

Los TA son trastornos psicológicos a los que nuestra sociedad aun no le da la suficiente importancia, dado que se suele considerar que son problemas que pasan en sociedades lejanas a la nuestra, o que no son trastornos comunes en nuestro entorno. Existe mucho desconocimiento acerca de la sintomatología de estos trastornos y de sus consecuencias, entre las que se encuentra la muerte ya que el 20% de las personas que padecen anorexia en todo el mundo mueren a consecuencia de este trastorno (Guadarrama y Mendoza, 2011).

Aunque se han hecho numerosos estudios sobre los TA siguen siendo trastornos poco estudiados en nuestro país y no son considerados en los programas de prevención de los programas gubernamentales, puesto que no se pueden encontrar campañas masivas como ser anuncios televisivos, ferias temáticas o fechas específicas para la concientización de estos trastornos.

En los estudios realizados, hasta el momento en nuestro país se pueden observar resultados que muestran el aumento de los TA y la disminución de la edad de aparición de estas psicopatologías (Jimenez, 2003).

Los programas de prevención de TA son programas jóvenes, ya que la sociedad en su conjunto ha tomado conciencia acerca de estos trastornos hace solo algunas décadas (Casado, 2008). Por lo tanto no ha sido un tema primordial para destinar recursos a programas preventivos destinados a la población vulnerable a los TA.

El sector poblacional con mayor riesgo para desarrollar estas alteraciones son las mujeres adolescentes entre los 14 y 15 años de edad. En esta etapa del desarrollo se producen numerosos cambios corporales y psicológicos. Debido a que es una etapa en la que se desarrollan las características secundarias asociadas al sexo que generan cambios físicos y psicológicos, los cambios físicos se caracterizan por un aumento de la masa corporal en las jóvenes, suceso que hace parecer que éstas están engordando aunque no sea así (Papalia y cols 2011).

La exposición a los medios de comunicación provoca que las jovencitas comiencen a sentirse insatisfechas con su imagen corporal, ya que al sentir que su masa corporal aumenta suponen que se alejan de ese ideal de mujer delgada que expone el mundo de la moda (Levin, 1994).

Los estudios realizados en relación a la prevalencia de estos trastornos revela que existe una mayor prevalencia en mujeres adolescentes (Costa Ribeiro Junior, 2012) En este sentido las mujeres son las que más presión reciben para ser hermosas, por lo tanto delgadas.

Es debido a que la imposición de ser bellas está especialmente dirigida a las personas de sexo femenino Maganto y Cruz (2000) aseguran que los TA deben tratarse desde una perspectiva de género, empoderando a las mujeres para que puedan rechazar las imposiciones del medio.

De esa manera se considera el modelo de prevención feminista para la elaboración del programa que se expone en este trabajo, dirigido especialmente a jóvenes adolescentes ya que las mujeres adolescentes son las más vulnerables a la presión social de ser bellas.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar un programa de prevención de TA adecuado a las preocupaciones y características alimentarias anómalas de una muestra de adolescentes de la ciudad de Sucre.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel general de conductas y actitudes alimentarias anómalas que presentan las adolescentes a partir de los resultados del cuestionario EAT - 40.
- Conocer el nivel de insatisfacción corporal que manifiestan las adolescentes después de aplicar el test BSQ.
- Analizar de manera cualitativa si los resultados del EAT – 40 son consistentes con los resultados del test de imagen corporal BSQ.

MÉTODO

Se utilizaron métodos teóricos y empíricos, de acuerdo al siguiente detalle:

Para el planteamiento del problema se utilizó el método inductivo que es el razonamiento que va de lo particular a lo general, en cambio para la formulación de los objetivos se utilizó el método deductivo.

Para el marco teórico se utilizó el método de Revisión bibliográfica, un método que consiste en toda actividad relacionada con la búsqueda de la información escrita sobre el tema a investigar. A partir de lo presente en la bibliografía revisada ésta se discute críticamente.

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptiva en la que se explorará el riesgo que presenta el grupo de adolescentes participante de sufrir un TA.

De acuerdo a la cronología de la investigación ésta es de tipo transversal debido que se realizará un corte en el tiempo, se recabarán los datos en un momento determinado y no se hará un seguimiento posterior.

Durante todo el proceso de investigación y para la presentación del documento final se utilizó el método lógico y el sistémico para la modelación del objeto de estudio, sus componentes y relaciones.

Participantes

Las participantes de la investigación fueron jóvenes que se encuentran entre los 14 y 16 años de edad. Actualmente ellas cursan el tercer y cuarto curso de secundaria en el colegio "María Auxiliadora" de la ciudad de Sucre. Entre ambos cursos se tiene un total de 42 alumnas. Todas las alumnas de este establecimiento educativo son de sexo femenino.

Se escogió ese grupo de edad debido a que las investigaciones realizadas en el país en los últimos años muestran que la edad de inicio de los TA es la de 14 años (Jimenez, 2003).

Se elige a un grupo de mujeres debido a que los TA tienen una prevalencia de 10 a 1 en comparación con los varones (Barlow, 2003).

Instrumentos

Cuestionario de la forma corporal BSQ

Se utilizó el cuestionario de la forma corporal (Body shape questionnaire) BSQ, diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). La adaptación española se basó en la versión de Raich (1994). En esta investigación se utilizó la versión española (Mora y Ávila, 1996).

El objetivo del cuestionario BSQ es la de medir la preocupación acerca del peso y la imagen corporal, la insatisfacción de las personas evaluadas con respecto a su propio cuerpo, desvalorización debido a la apariencia física, miedo a subir de peso, deseo de ser más delgada y evitar situaciones en las que su apariencia física pueda llamar la atención de terceras personas. Mide la insatisfacción con la imagen corporal en los TA y ayuda a discriminar a la población normal de la población clínica (Mora y Ávila, 1996).

El cuestionario BSQ es un instrumento autoadministrado que contiene 34 preguntas cerradas, cuyas respuestas se valoran según a una escala de tipo Likert de 6 grados:

- 1: Nunca.
- 2: Raramente.
- 3: A veces.
- 4: A menudo.
- 5: Muy a menudo.
- 6: Siempre.

En la adaptación española se pueden evaluar en un único factor, o también pueden ser divididos en 5 factores.

Los 5 factores en los que se divide el test son los siguientes:

- Preocupación por el peso en conexión con la ingesta. Los ítems que forman parte de este factor son los ítems 2, 6, 14, 17, 19, 21 y 23.
- Preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad. Siendo los ítems 5, 16, 28 y 30 los que conforman este factor.
- Insatisfacción y preocupación corporal general. Forman parte de este factor los ítems 7, 13 y 18.
- Insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: Muslos, caderas y nalgas. Los ítems que conforman este factor son los ítems 3 y 10.
- Empleo del vómito y laxantes para reducir la insatisfacción corporal. Los ítems que forman parte de este factor son los ítems 26 y 32.

Cuando tomamos en cuenta un único factor general, Insatisfacción corporal, los ítems que lo componen son: 2, 3, 4, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 23 y 25 (Mora y Ávila, 1996).

Para realizar la corrección del test se suman los puntos que la persona evaluada ha marcado en cada pregunta y se obtiene una puntuación que va desde 34 puntos, que es el puntaje más bajo que se puede obtener, y 204 puntos que es la puntuación más alta. El punto de corte es de 81 puntos que es la media que alcanzó la población no clínica en el estudio original. En el mismo estudio se evidencia que las pacientes con TA obtuvieron una puntuación de 137 puntos, lo que usaremos como punto de corte para diferencias a las personas con riesgo de aquellas que se encuentran dentro de la población clínica.

Cuestionario de actitudes hacia la comida EAT – 40

El cuestionario de actitudes hacia la comida (Eatng Attitudes Test) EAT – 40 diseñado por Garner y Garfinkel (1979). La adaptación española es realizada por Castro, Toro, Salamero y López (1991)

El EAT – 40 es un cuestionario que tiene como objetivo detectar a personas con riesgo de padecer un TA consta de 40 ítems.

Evalúa el miedo a engordar, motivación para perder peso y patrones alimentarios restrictivos. Aunque no el instrumento no puede discriminar entre AN o BN resulta muy útil para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas.

Los ítems directos se puntúan de la siguiente forma:

- Nunca = 0
- Casi nunca = 0
- Algunas veces = 0
- Bastantes veces = 1
- Casi siempre = 2
- Siempre = 3

Los ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de manera inversa a los directos. En esta investigación se usó el punto de corte de 30 puntos que establece la versión original del cuestionario.

Los ítems pueden ser agrupados en 3 subescalas:

- *Dieta y preocupación por la comida.* Los ítems que forman parte de esta subescala son: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38 y 39.
- *Presión social percibida y malestar con la alimentación.* Forman parte de esta subescala los ítems 3, 5, 8, 12, 24, 26, 33 y 34.
- *Trastornos psicobiológicos.* Los ítems 13, 19, 28, 29, 35 y 40 son los que integran esta subescala.

Procedimiento

Fase 1: aproximación a la unidad educativa.

Se solicita una reunión con la directora de la unidad educativa “Maria Auxiliadora” de la ciudad de Sucre – Bolivia.

En la reunión se solicita el ingreso a las aulas del grado 3° de secundaria para la aplicación de instrumentos relacionados con los TA, se explica que estos instrumentos ayudarán a determinar en qué grado las jóvenes evaluadas están en riesgo de sufrir un trastorno de esta naturaleza.

Se hace llegar a la directora del colegio una carta en la que se explican los objetivos de la evaluación y a que estarán destinados los resultados de la evaluación.

En la reunión la directora de la unidad educativa da la autorización para el ingreso al aula y realizar la evaluación a las jóvenes.

Fase 2: selección de instrumentos.

Se escogen los instrumentos BSQ y EAT – 40 debido a que son instrumentos que facilitan la diferenciación entre la población en riesgo y la población clínica.

Fase 3: Evaluación de las participantes.

Se ingresa en el colegio en el día autorizado por la dirección de la unidad educativa, en el horario de la materia de Biología que ha sido cedido gracias a la amabilidad de la profesora que imparte la materia.

La profesora encargada del aula habla con las jóvenes para explicarles que deben ser serias con la evaluación ya que sus respuestas serán de utilidad para una investigación.

Se explica a las jóvenes como deben proceder con el llenado de los instrumentos, se les pide que contesten todas las preguntas sin falta y que sean muy sinceras. Se les hace una explicación clara de lo que trata la investigación.

Se distribuyen los cuestionarios EAT – 40 y BSQ juntos y las jóvenes proceden a llenar los cuestionarios. El proceso tarda aproximadamente 40 minutos hasta que la última joven entrega sus cuestionarios llenados.

Fase 4: análisis de datos.

Se analizan los datos en el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Fase 5: Elaboración del programa de prevención.

En base a los resultados que se obtienen en el análisis de los datos obtenidos de la evaluación se elabora un programa de prevención, fundamentado en el modelo de prevención feminista.

Análisis de datos

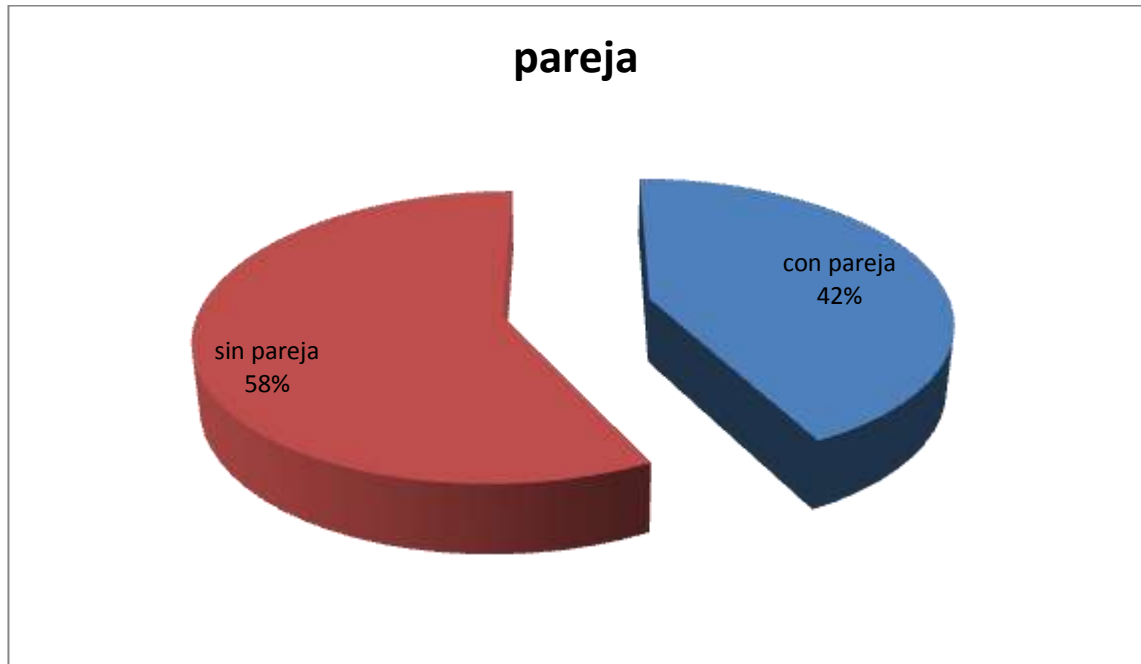
Una vez realizada la base de datos después del llenado correspondiente de los cuestionarios aplicados a 42 jóvenes, de los cuales dos fueron eliminados debido a no haber sido llenados en su totalidad.

El propósito de los resultados obtenidos es el de determinar los factores de riesgo de los TA que están presentes en la población evaluada. Además de determinar si existe alguna correlación entre la presencia de estos factores de riesgo y las actividades extracurriculares que realizan las jóvenes. Por otro lado se analizaron los datos para encontrar si existen diferencias significativas entre las jóvenes que no tienen pareja

Se aplicaron pruebas de fiabilidad a ambas pruebas, se realiza la prueba t de Student para la comparación de las jóvenes que no tienen pareja y las que sí, se aplica la prueba Anova de un factor para determinar si existen diferencias significativas entre las chicas que hacen deporte, las que practican ballet, modelaje y aquellas que no realizan ninguna actividad.

Caracterización de la muestra.

La muestra está conformada por 40 jóvenes mujeres entre 14 y 16 años.

GRÁFICO 1: frecuencia por pareja.

En el gráfico se puede observar que 17 de las jóvenes evaluadas tienen pareja y las 23 restantes no tienen una relación de pareja en el momento de la evaluación.

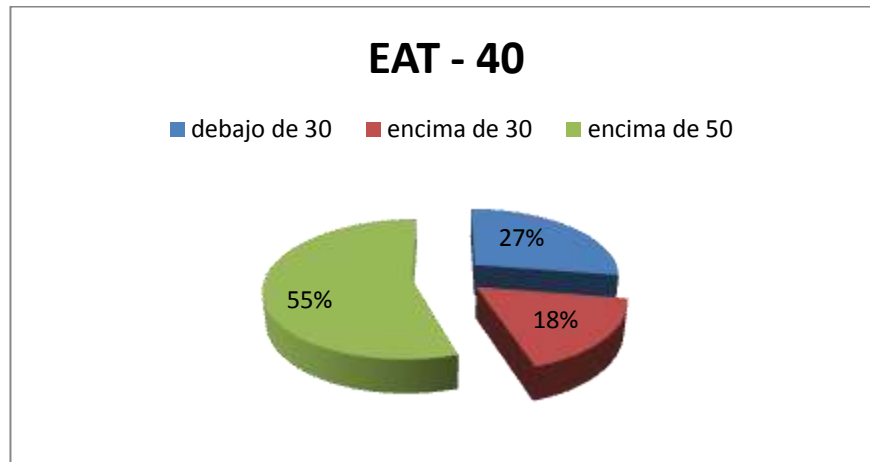
GRÁFICO 2: Actividad extracurricular

Se puede ver en el gráfico que 14 chicas de las participantes realizan la actividad extra curricular de baile, 12 practican un deporte, 9 no realizan ninguna actividad y 5 realizan modelaje.

RESULTADOS

Frecuencias

GRÁFICO 3: Frecuencia de puntajes globales



En el gráfico se observa que el 55% de las jóvenes evaluadas obtuvieron puntajes mayores a 50 puntos. El 18% de las participantes obtuvieron puntajes por encima de 30 puntos. El 27% de las jóvenes obtuvieron puntajes por debajo de 30.

Según a la teoría del test el punto de corte es de 30 puntos, las personas que obtuvieron puntajes mayores a 30 puntos son consideradas poblaciones de riesgo que podrían desarrollar un TA. Las jóvenes que obtienen puntajes mayores a 50 puntos son consideradas población clínica (Castro, 1991).

De acuerdo a estas puntuaciones 22 jóvenes que participaron de la evaluación están dentro de la población clínica, 7 forman parte de la población de riesgo y 11 no mostrarían tener comportamientos que indiquen riesgo de sufrir un TA.

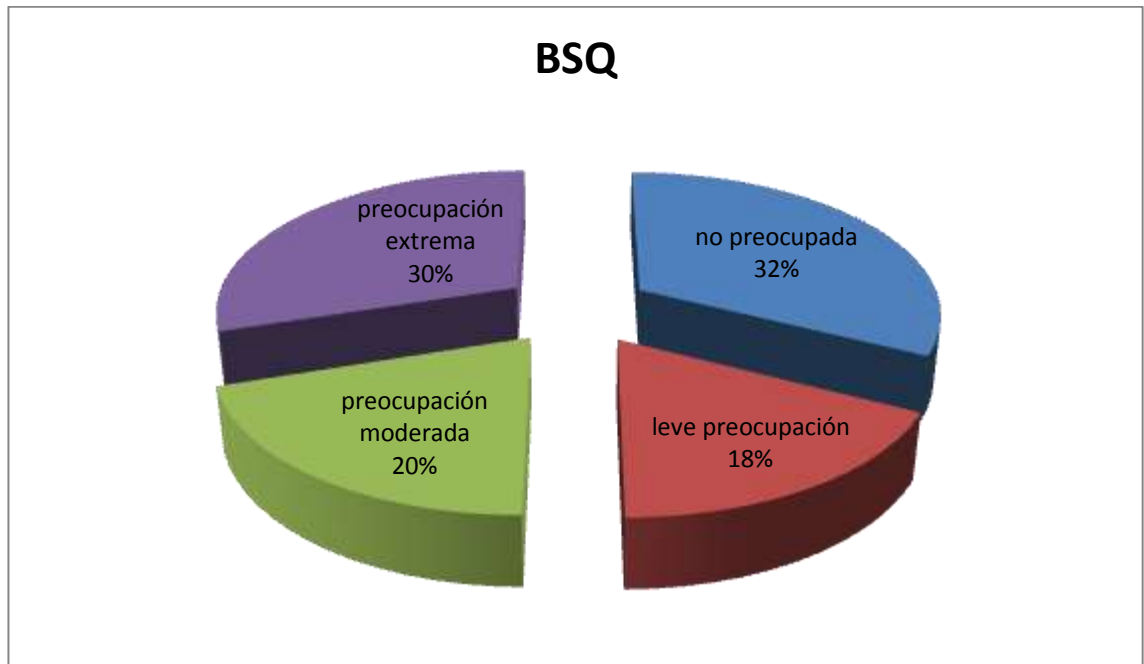
La puntuación media obtenida por todo el grupo es de 52,25 puntos, el puntaje mínimo es de 15 y el máximo 97 puntos.

TABLA 1: Estadísticos EAT - 40.

Puntaje Global EAT	
Media	52,5250
Mínimo	15,00
Máximo	97,00

En el caso del cuestionario BSQ se dividió los puntajes en “No preocupada, leve preocupación, preocupación moderada, preocupación extrema por la imagen corporal” (Raich, 1996).

Las jóvenes que obtuvieron puntajes entre 34 y 70 se muestran no preocupadas por su imagen corporal, las chicas que obtuvieron puntajes entre 71 y 110 tienen una leve preocupación por su imagen corporal, las participantes que obtuvieron puntajes entre 111 y 135 tienen una moderada preocupación por su imagen corporal y aquellas que obtuvieron puntajes por encima de 136 puntos sufren de preocupación extrema, que podría indicar una distorsión de la imagen corporal.

GRÁFICO 4: frecuencias de puntaje global

El 32% de las jóvenes evaluadas no están preocupadas por su imagen corporal, el 18% tiene una leve preocupación, 20% muestran una preocupación moderada acerca de la imagen corporal y 30% se encuentran con preocupación extrema acerca de la imagen corporal.

TABLA 2: Estadísticos BSQ

Puntaje Global BSQ	
Media	108,1500
Mínimo	34,00
Máximo	180,00

La media global obtenida por las jóvenes evaluadas es de 108,15. Los autores del test obtuvieron una media de 81,5 en las mujeres que no eran consideradas una población clínica, y las mujeres que sufrían de bulimia nerviosa obtuvieron una media de 136,9.

Fiabilidad EAT - 40

Se determinó la fiabilidad de las dimensiones de la prueba EAT – 40: Dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la

alimentación y trastornos biológicos. Los resultados se exponen en la siguiente tabla.

TABLA 3: fiabilidad dimensiones EAT - 40

Dimensión	Número de Items	Alfa de Cronbach
Dieta y preocupación por la comida.	27	0,952
Presión social percibida y malestar con la alimentación.	8	0.894
Trastornos biológicos.	6	0,667

Como se expone en la tabla que las dimensiones de Dieta y preocupación por la comida y Presión social percibida y malestar con la alimentación tienen una Alfa de Cronbach superior a 0,7, lo que indica que estas dos dimensiones arrojan resultados fiables. La dimensión de trastornos biológicos tiene una puntuación menor a 0,7 pero al no encontrarse muy por debajo se la considera fiable.

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach para establecer la fiabilidad de todo el test EAT – 40.

TABLA 4: Fiabilidad EAT - 40

Test	Número de Items	Alfa de Cronbach
EAT – 40	40	0,942

Al obtener un Alfa de Cronbach de superior a 0,7 se considera que la fiabilidad del test es aceptable.

Fiabilidad BSQ

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad de las dimensiones del test BSQ.

TABLA 5: Fiabilidad dimensiones BSQ

Dimensión	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Preocupación por el peso en conexión con la ingesta.	7	0,963
Preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad.	4	0.870
Insatisfacción y preocupación corporal general.	3	0.858
Insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: Muslos, caderas y nalgas.	2	0,955
Empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal.	2	0,611

Como se expone en la tabla las dimensiones Preocupación por el peso en conexión con la ingesta, preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad, insatisfacción y preocupación corporal general, insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: Muslos, caderas y nalgas obtuvieron puntajes mayores a 0,7 lo que indica fiabilidad. La última dimensión empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal obtuvo un

puntaje inferior al 0,7 pero al no ser demasiado bajo se considera que es una dimensión fiable.

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach para establecer la fiabilidad de todo el test BSQ

TABLA 6: Fiabilidad BSQ

Test	Número de Items	Alfa de Cronbach
BSQ	34	0,987

En la tabla se muestra que el Alfa de Cronbach obtenido por la prueba BSQ es de 0,987 lo que muestra que la información que arroja el test es fiable.

Prueba t de Student.

EAT - 40

Se realizó la prueba t de student para muestras independientes para establecer si existen diferencias significativas entre las jóvenes que tienen pareja y aquellas que no. Se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 7: Estadísticos descriptivos

EAT – 40

	Pareja	N	Media	Desviación estándar
Dieta y preocupación por la comida	Sí	17	33,6471	20,04352
	No	23	38,9130	21,45590
Presión social percibida y malestar con la alimentación	Sí	17	10,8235	7,05545
	No	23	11,0870	6,68725
Trastornos psicobiológicos	Sí	17	8,9412	4,49264
	No	23	10,6522	3,60061
Puntaje Global	Sí	17	49,1765	25,55444
	No	23	55,0000	24,22245

TABLA 8: Resultados t de Student EAT - 40

Dieta y preocupación por la comida.	t = - 0,789 p = 0,844
Presión social percibida y malestar con la alimentación.	t = - 0, 120 p = 0,980
Trastornos psicobiológicos.	t = - 0, 221 p = 0,221

Por lo tanto no se observan diferencias significativas en el cuestionario EAT - 40 entre las jóvenes que tienen parejas y las que no.

Al comparar las medias obtenidas por las jóvenes que tienen pareja y las que no, el grupo de chicas que no tienen pareja puntuaron más alto en la dimensión Dieta y preocupación por la comida, ya que obtienen una puntuación media de 38,91 frente a la puntuación de 33,64 de las chicas que tienen parejas. En el caso de la dimensión presión social percibida y malestar con la alimentación las muchachas que no tienen pareja obtuvieron una media más alta que las otras jóvenes, la media de las chicas sin pareja fue de 11,08 y las que tienen pareja obtuvieron una media de 10,82. En la dimensión de trastornos psicobiológicos, como en los casos anteriores las jóvenes sin pareja obtuvieron una media más alta siendo esta de 10, 65 frente al 8,94 de las chicas que tienen pareja.

BSQ

Al igual que con la prueba EAT – 40 se realizó la prueba t de student para muestras independientes con el cuestionario BSQ para establecer si existen diferencias significativas entre las jóvenes que tienen pareja y aquellas que no. Se obtuvieron los siguientes resultados:

**TABLA 9: Estadísticos descriptivos
BSQ**

	Pareja	N	Media	Desviación estándar
Preocupación por el peso en conexión con la ingesta	Sí	17	26,4118	12,38981
	No	23	20,5217	12,25068
Preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad	Sí	17	16,0588	5,59543
	No	23	13,7826	6,23011
Insatisfacción y preocupación corporal general	Sí	17	6,9412	3,86443
	No	23	6,5652	3,99802
Insatisfacción corporal con respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas	Sí	17	6,8235	3,33982
	No	23	6,3043	3,72259
Empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal	Sí	16	2,2500	1,77012
	No	23	2,3043	2,05459
Puntaje Global	Sí	17	119,1176	50,93364
	No	23	100,0435	49,84565

TABLA 10: Resultados t de Student BSQ

Preocupación por el peso en conexión con la ingesta.	t = 1,496 p = 0,907
Preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad.	t = 1,192 p = 0,646
Insatisfacción y preocupación corporal general.	t = 0,298 p = 0,995
Insatisfacción corporal con respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas.	t = 0,455 p = 0,528
Empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal.	t = 0,086 p = 0,378

Por lo tanto no se encuentran diferencias significativas en ambos grupos.

En la dimensión preocupación por el peso en conexión con la ingesta las jóvenes que tienen pareja puntuaron una media más alta que las jóvenes que no, obteniendo una media de 26,41 y las chicas sin pareja obtuvieron una puntuación de 20,52. En la siguiente dimensión preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad las jóvenes con pareja también obtuvieron una media más alta de 16,05, las chicas que no tienen pareja obtuvieron una media de 13,78. En la dimensión insatisfacción y preocupación corporal general las muchachas con pareja obtuvieron una media ligeramente más alta con una puntuación de 6,94 frente a la puntuación media del otro grupo de 6,56. En la cuarta dimensión insatisfacción corporal con respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas las jóvenes que reportaron tener pareja obtuvieron una media más alta de 6,82 ya las jóvenes sin pareja una media de 6,30. Y en la dimensión final las chicas sin pareja obtuvieron una puntuación más alta de 2,30 frente a la de 2,25 de las jóvenes que tienen pareja.

Prueba Anova de un factor

EAT – 40

Se utilizó la herramienta estadística Anova de un factor para determinar si existen diferencias significativas en los resultados del test EAT - 40.

**TABLA 11: Estadísticos Descriptivos
EAT – 40**

		N	Media	Desviación estándar
Dieta y preocupación por la comida	Deporte	12	41,4167	20,17856
	Baile	14	37,3571	19,91755
	Modelaje	5	41,0000	23,82226
	Nada	9	26,8889	21,47350
	Total	40	36,6750	20,77151
Presión social percibida y malestar con la alimentación	Deporte	12	12,1667	8,00946
	Baile	14	11,5000	6,91431
	Modelaje	5	10,2000	6,01664
	Nada	9	9,0000	5,59017
	Total	40	10,9750	6,75766
Trastornos psicobiológicos	Deporte	12	10,2500	4,55522
	Baile	14	10,5000	3,65324
	Modelaje	5	10,6000	3,43511
	Nada	9	8,2222	4,38115
	Total	40	9,9250	4,04074
Puntaje Global	Deporte	12	58,3333	25,37835
	Baile	14	53,9286	23,44376
	Modelaje	5	54,4000	26,36854
	Nada	9	41,5556	25,35799
	Total	40	52,5250	24,64516

No se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos evaluados en ninguna de las dimensiones.

En los resultados del análisis se puede observar que en la dimensión dieta y preocupación por la comida las jóvenes que realizan una actividad deportiva obtuvieron la media más alta de 41,41 frente a las jóvenes que no realizan ninguna actividad que tienen una media de 26,88. En la dimensión presión social percibida y malestar con la alimentación la media más alta fue obtenida por las jóvenes que realizan una actividad deportiva fuera del colegio, la media más alta es de 12,16 y la más baja es la de las jóvenes que no realizan ninguna actividad fuera del colegio, su media es de 9. En el caso de trastornos psicobiológicos la puntuación media más alta pertenece a las chicas que realizan modelaje, su media es de 10,6, la media que las chicas que no realizan ninguna actividad extracurricular es de 8,22 siendo la más baja.

BSQ

Para poder comparar los resultados se utilizó la herramienta estadística Anova de un factor para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos evaluados.

**TABLA 12: Estadísticos Descriptivos
BSQ**

		N	Media	Desviación estándar
Preocupación por el peso en conexión con la ingesta	Deporte	12	20,2500	13,38333
	Baile	14	24,0000	11,96791
	Modelaje	5	18,8000	12,77498
	Nada	9	27,5556	12,41079
	Total	40	23,0250	12,50331
Preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad	Deporte	12	13,6667	6,47138
	Baile	14	14,6429	5,67867
	Modelaje	5	13,4000	6,50385
	Nada	9	17,1111	5,94652
	Total	40	14,7500	6,00320
Insatisfacción y preocupación corporal general	Deporte	12	7,0833	4,23102
	Baile	14	6,3571	3,75412
	Modelaje	5	5,4000	3,91152
	Nada	9	7,5556	4,06544
	Total	40	6,7250	3,89600
Insatisfacción corporal con respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas	Deporte	12	6,0833	3,52803
	Baile	14	6,4286	3,56725
	Modelaje	5	5,6000	4,33590
	Nada	9	7,7778	3,30824
	Total	40	6,5250	3,53000
Empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal	Deporte	11	3,0000	2,00000
	Baile	14	1,9286	1,73046
	Modelaje	5	1,8000	1,78885
	Nada	9	2,2222	2,22361
	Total	39	2,2821	1,91873
Puntaje Global	Deporte	12	98,7500	52,57224
	Baile	14	109,9286	48,77178
	Modelaje	5	92,8000	54,92449
	Nada	9	126,4444	51,28136
	Total	40	108,1500	50,56732

No se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos evaluados en ninguna de las dimensiones.

Se puede observar que en la dimensión preocupación por el peso en conexión con la ingesta la media más alta es la de las participantes que no realizan ninguna actividad siendo una media de 27,55 puntos; en esta misma dimensión la puntuación más baja es la de las chicas que hacen modelaje siendo de 18,80.

En el caso de la dimensión preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad la puntuación más alta pertenece a las jóvenes que no realizan ninguna actividad extracurricular con una media de 17,11, la puntuación más baja es la de 13,40 que es la media obtenida por las jóvenes que realizan modelaje.

En la tercera dimensión insatisfacción y preocupación corporal general nuevamente la media más alta de 7,55 pertenece a las jóvenes que no realizan ninguna actividad y la más baja a las chicas que practican modelaje con una media de 5,40.

En la dimensión insatisfacción corporal con respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas la media más alta es de 7,77 y pertenece a las chicas que no realizan ninguna actividad, la media más baja es de las muchachas que realizan la actividad de modelaje, su media es de 5,60.

Finalmente la media más alta en la dimensión es de 3,00 que pertenece a las muchachas que hacen deporte frente a las chicas que hacen modelaje con una media de 1,80.

DISCUSIÓN

Las personas que participan en programas de prevención reciben armas para poder enfrentar un trastorno antes de que se presente, de esta forma son capaces de enfrentarse a los factores de riesgo que podrían desencadenar en una enfermedad mental.

La prevención de trastornos mentales está cobrando cada vez más relevancia. Las cifras muestran que aproximadamente 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales, lo que significa que una de cada cuatro personas desarrollará un problema mental y de conducta (Jane – Llopis, 2003). Estas cifras muestran la importancia de trabajar programas de prevención.

En muchas circunstancias los programas de prevención no funcionan como se espera, puede deberse a que hay problemas teóricos, metodológicos o económicos que no permiten que los programas preventivos lleguen a toda la población que más los requiere (Arco y Fernandez, 2001).

Para que un programa de prevención llegue a ser efectivo se deben tomar en cuenta las necesidades particulares del grupo al cual se pretende llegar, es debido a ello que antes de elaborar la propuesta de prevención expuesta en este trabajo se realizó una evaluación a la población para determinar los contenidos del programa.

Los resultados de la investigación muestran que de las jóvenes evaluadas obtuvieron puntuaciones mayores al punto de corte para establecer si corren riesgo de sufrir un TA. El 18% de las evaluadas corren riesgo de sufrir un TA pero aún no se las considera población clínica. El 55% son consideradas población clínica ya que obtuvieron puntajes mayores a 50 puntos. Solo el 27% de las chicas no es considerado población en riesgo de contraer un TA.

Que el 73% de las jóvenes muestren resultados superiores al punto de corte muestra que un programa de prevención para esta población es sumamente importante ya que el riesgo de sufrir un TA es muy alto.

En cuanto a la preocupación por la imagen corporal el 32% de las jóvenes evaluadas no están preocupadas por su imagen corporal. El 18% tiene una leve preocupación. El 20 % muestran una preocupación moderada y el 30% muestra una preocupación extrema acerca de su imagen corporal. Es decir que el 50% se encuentra entre una preocupación moderada y extrema sobre su imagen corporal.

Estos resultados muestran que la aplicación de un programa de prevención orientado a trabajar con la imagen corporal es muy importante, pero también se deben trabajar los factores relacionados con una nutrición adecuada para desarrollar buenos hábitos alimenticios, que sean basados en una buena salud y no con mantener un peso bajo.

Según las investigaciones realizadas respecto a los TA muestran que las edades en las que las jóvenes son más vulnerables a estos trastornos están entre los 13 y 16 años de edad, en los resultados de la presente investigación se puede inferir que los resultados concuerdan con estas investigaciones, mostrando que ya que las jóvenes se encuentran en este grupo de edad tienen más riesgo de padecer un TA (Barlow, 2011). En este caso las jóvenes están preocupadas por mantenerse delgadas y por controlar lo más posible sus hábitos alimenticios.

Algunas actividades como la danza, el modelaje o el deporte son consideradas factores de riesgo debido a que pueden llegar a exigir cierto peso y bajos niveles de grasa en el cuerpo para poder ser realizadas (Guadarrama y Mendoza, 2011). Pese a que estas actividades son realizadas por un 77,5% de las participantes la presente investigación no encontró diferencias significativas entre las jóvenes que realizan estas actividades y las que no realizan ninguna. Se puede inferir que el medio en el que las jóvenes desarrollan sus actividades

aún no se ha tornado muy rígido con relación al peso. En otras sociedades se pesa periódicamente a las jóvenes para controlar que no salgan de los parámetros establecidos para poder realizar determinada actividad como ser el Ballet clásico (Guadarrama y Mendoza, 2011). Al ser en nuestro medio más común la danza folclórica es posible que no sea de mucha importancia el peso de las chicas que realizan esta actividad. Los deportes que las jóvenes realizan son de alto rendimiento: Atletismo, Básquet y voleibol, que son deportes en los que se les da mucha más importancia a la habilidad que a la figura.

Pese a que estas actividades son consideradas un factor de riesgo, se pudo observar que las jóvenes que no realizan ninguna actividad extracurricular obtuvieron puntajes más altos en el test BSQ de imagen corporal, pero las diferencias no eran significativas en ningún caso.

Además de la variable "Actividad extracurricular" se introdujo la variable "Pareja" para poder determinar si el hecho de tener pareja podría aumentar o reducir el riesgo de padecer un TA. La investigación mostró que no existen diferencias significativas entre estos grupos.

CONCLUSIONES

Luego de realizado el trabajo se establecen las siguientes conclusiones.

- ❖ Un factor de riesgo para desarrollar un TA es la adolescencia, los estudios llevados a cabo con relación a los TA muestran que el grupo etario con más riesgo de desarrollar uno de estos trastornos son las personas que se encuentran en esa etapa del desarrollo.
- ❖ Otro factor de riesgo es ser mujer, ya que las investigaciones muestran que las mujeres desarrollan estos trastornos en una proporción de 10 a 1 en relación a los varones.
- ❖ Es importante tomar en cuenta la influencia que tienen los medios de comunicación en determinar lo que se considera bello para la intervención en TA.
- ❖ La dieta es un factor de riesgo determinante en el desarrollo de los TA, ya que las personas que sufrieron de BN comenzaron siempre con dietas restrictivas y las pacientes con AN hacen de las dietas restrictivas parte de su vida.
- ❖ Los programas de prevención deben tomar en cuenta las necesidades de la población a los que están dirigidos para ser más efectivos.
- ❖ Los programas de prevención en Bolivia son muy escasos y los programas de prevención dirigidos a los TA son inexistentes.
- ❖ Los resultados son consistentes con las investigaciones que indican que la edad en la que se encuentran las jóvenes es una edad en la que se corre más riesgo de presentar un TA.

- ❖ No se encontraron diferencias significativas en ambas pruebas EAT – 40 y BSQ, con la prueba t de student para comparación entre grupos, entre las jóvenes evaluadas que tienen pareja y las que no.
- ❖ Se utilizó la prueba ANOVA de un factor para determinar si existían diferencias entre los resultados obtenidos por las jóvenes que practicaban un deporte, baile, modelaje y ninguna. No se encontraron diferencias significativas entre estos diferentes grupos.
- ❖ El programa de prevención debe contener actividades que promuevan un pensamiento crítico acerca de lo que es presentado por los medios de comunicación y a desafiar los cánones de belleza impuestos por estos medios.
- ❖ En los programas de prevención es importante trabajar temas acerca de nutrición y así desvirtuar los mitos acerca de las dietas hipocalóricas.

**Programa de prevención
de los TA en
adolescentes**

**“Cambiando el concepto
de belleza”**

PROPUESTA

Introducción

Los resultados obtenidos con la investigación muestran que las jóvenes obtuvieron las puntuaciones más altas en las dimensiones relacionadas con la dieta y la preocupación por la comida (EAT - 40), con los factores antiestéticos de la obesidad y preocupación por el peso con relación a la ingesta (BSQ).

Debido a que esas dimensiones son las que preocupan más a las jóvenes evaluadas se realiza el diseño del programa de prevención tomando en cuenta estos resultados.

Se elabora el programa centrado en analizar el ideal de belleza promovido por los medios de comunicación y ayudar a las jóvenes participantes a hacer un análisis más profundo sobre lo que se considera bello y porqué. La importancia de poder realizar este tipo de análisis es la de ayudar a reducir la preocupación por lo antiestético del sobre peso.

La preocupación por la ingesta y su relación con el aumento de peso muestra la necesidad de incluir en el diseño del programa de prevención talleres dirigidos a destruir mitos nutricionales y sobre su relación con la disminución o aumento de peso.

Justificación

Los estudios de prevalencia indican que las personas que más sufren los TA son personas del sexo femenino (APA, 2013). Superando el porcentaje de hombres que sufren estos trastornos en 10 a 1.

En una sociedad en la que aún se valora más la belleza femenina, que otras cualidades que la mujer pueda tener, no sorprende que este tipo de trastornos sean más comunes en las mujeres. La sociedad patriarcal pone una presión muy fuerte sobre la mujer para que sea bella, siendo considerada un adorno y una fuente de placer para el ojo masculino (Maganto, 2000).

Por lo tanto a la mujer se le hace mucho más difícil llegar a una igualdad de género cuando se la presiona a alcanzar estándares de belleza que están fuera de los parámetros de normalidad, siendo la extrema delgadez una manera de impedir que la mujer pueda llegar a conseguir la igualdad de género (López, 2007).

Cuando se habla de igualdad de género no se debe dejar al margen al feminismo, ya que el feminismo está definido como un conjunto heterogéneo de movimientos sociales, políticos, económicos y culturales cuya doctrina común es la de mejorar la situación de la mujer en la sociedad y la reivindicación de sus derechos, así como también cuestionar la dominación por parte de los varones a las mujeres, la violencia de género y la asignación de roles determinados por el género (Larouse, 2015).

La obligación de ser bella vendría a ser una asignación arbitraria sobre la mujer ejercida por un sistema patriarcal, que le impide entonces verse en una posición de igualdad al ser un obstáculo más que le impide conseguir las metas deseadas y ser vista igual al varón.

Debido a que la mujer se encuentra presionada por este medio, se escoge el modelo de prevención feminista para elaborar la propuesta de talleres preventivo de los TA que se presenta en este trabajo.

Objetivos:**Objetivo general**

Prevenir el desarrollo de TA en mujeres adolescentes que se encuentran entre las edades de 14 y 16 años, a partir de desarrollar en las participantes un pensamiento analítico frente a lo que los medios de comunicación exponen como el ideal de belleza.

Objetivos específicos

- Originar un pensamiento crítico en las participantes para que puedan ser capaces de determinar por ellas mismas si el ideal de belleza es una imposición social y de los medios de comunicación o si es más bien una decisión propia.
- Proveer conocimientos verídicos acerca de la nutrición a las asistentes.
- Concientizar acerca de lo peligrosas que pueden ser las dietas restrictivas para nuestro cuerpo.
- Promover la valoración personal por virtudes que van más allá de la belleza.

PROGRAMA

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las variables analizadas se desarrolló una propuesta de programa de prevención que haga hincapié en los aspectos más destacados en las jóvenes adolescentes de la muestra analizada. Consideramos que esta propuesta podría llegar a ser altamente beneficiosa para minimizar situaciones de riesgo inherentes a los TA.

“Cambiando el concepto de belleza”: propuesta de prevención de los TA en adolescentes

De acuerdo con las investigaciones realizadas respecto a los TA estos trastornos son más comunes en mujeres adolescentes (Barlow, 2011). Por esta razón esta propuesta está dirigida a una población adolescente y femenina.

Existe una importante exposición, de parte de los medios de comunicación, de imágenes, videos, etc que muestran a la mujer exitosa como una mujer hermosa y delgada, siendo esto algo a lo que las jóvenes se encuentran expuestas todos los días el programa de prevención tiene como objetivo desarrollar en las jóvenes un pensamiento crítico frente a esta sobre exposición para que ellas puedan ver este tipo de imágenes y creen una propia opinión acerca de esto y no crean enteramente todo lo que ven sin cuestionarlo.

Por los resultados arrojados por la presente investigación se puede inferir que las jóvenes tienen hábitos alimenticios poco saludables con el objetivo de mantenerse delgadas, es por eso que en el programa se incluyen actividades específicas para trabajar los hábitos alimenticios saludables.

Además es importante que se toque el tema de la actividad física para resaltar su importancia para tener un estilo de vida saludable, pero también es importante no llevar la actividad física al terreno de la pérdida de peso, es por esa razón que también se incluyen actividades en este ámbito.

Para que este taller sea más efectivo se trabajarán las actividades para que sean participativas y así evitar las exposiciones magistrales. Se quiere resaltar la importancia de levantar la voz y esta sea escuchada, es debido a esto que no se incluyen largas exposiciones en las que ellas solo participen como oyentes, sino que se trabajará de manera en la que ellas se sientan inmersas y escuchadas.

El programa se divide en cuatro partes:

1. *El modelo actual de belleza.* En esta primera etapa se tratarán las temáticas del modelo actual de belleza occidental y de qué manera esa idea se ha ido extendiendo en nuestra sociedad, estos conceptos se van anotando en una pizarra para que todas las participantes puedan ver. Se hacen diferentes actividades con el objetivo de formar una idea más crítica de los mensajes que difunden los medios de comunicación y la sociedad actual.
2. *La nutrición y la alimentación.* El objetivo principal de este conjunto de actividades es el de educar a las jóvenes para que puedan conocer y poner en práctica buenos hábitos de nutrición y de ejercicio físico, se requiere la participación de expertos en nutrición y entrenamiento.
3. *La belleza y sus diferentes manifestaciones.* Las actividades que forman parte de esta etapa están centradas en la creación de un nuevo constructo de belleza y de la definición de la persona integral y de lo que una mujer representa excluyendo los conceptos que fueron rechazados por ellas mismas en la primera etapa, además de tratar el tema de la perfección como una meta inalcanzable.
4. *La mujer tiene voz y merece ser escuchada.* Después de haber realizado los talleres anteriores se hace la reflexión acerca de cómo se sintieron durante estas actividades en las que pudieron expresar sus opiniones y

también se hacen actividades en las que compartan sus experiencias, personales o de personas que ellas conozcan, acerca de los TCA, se hace la recapitulación de todo lo abarcado y para cerrar se piden ideas de las jóvenes para que la mujer pueda ser más escuchada en la sociedad y por quienes creen ellas que deberían ser escuchadas para poder prevenir este tipo de trastornos.

El programa cuenta con 10 talleres que serán llevados a cabo una vez a la semana, por lo que el programa completo tiene una duración de 10 semanas, todas las actividades se detallan en un cuadro centralizador (ANEXO 3) con los objetivos de cada actividad y los insumos necesarios para realizarlas.

Bibliografía

American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales Versión 5. Washington DC: Panamericana.

Arco J. L. y Fernandez A. (Mayo, 2002). Porque los programas de prevención no previenen. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 209 - 226.

Aláez M, Martínez R. y Rodríguez C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.

Belloch A, Sandín B, Ramos F. (2008). Manual de psicopatología Volumen 1. España: McGRAW-HILL.

Belloch A., Sandín B., Ramos F. (2008). Manual de psicopatología Volumen 2. España: McGRAW-HILL.

Becoña E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.

Becoña E., Cortés M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia, España: Martín Impresores, S.L. Pintor Jover.

Becoña E. (2007). Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias. Febrero, 2016, de Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Psicología Sitio web: www.researchgate.net

Becoña E., Oblitas G. L. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, 72 - 106.

Behar R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro - psiquiatría*, 48, 319 - 334.

Caballo V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid, España: siglo veintiuno.

Casado M. I. y Helguera M. (2007). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y salud*, 19, 5-26.

Castro J., Toro J. (2004). *Anorexia Nerviosa, El peligro de adelgazar*. España: Morales i Torres Editoriales.

Castrillón D., Luna I. y Avendaño G. (2007). validación del body shape questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10, 15-23.

Cruzat C., Ramírez P., Melipillán R. y Marzolo P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche*, 17, 81 - 90.

Díaz I. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5, 67 - 80.

Díaz M., Rodríguez F., Martín C. y Hiruela M.V. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, 32, 403 - 409.

Espina A., Ortego M. A., Ochoa de Alda I., Yenes F. y Alemán A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 533-538.

Fandiño A., Giraldo S., Martínez C., Aux C. P. y Espinosa R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38, 346 - 351.

Guadarrama R. y Mendoza S. A. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16, 125 - 136.

Gómez del Barrio J. A., Gaité L., Gómez E., Carral L., Herrero S., Vázquez J. L. (2008). Guía de prevención de trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. España, Cantabria: J. Martínez.

González L., Unikel C., Cruz C. y Caballero A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1 - 8.

Gasco M., Briñol P. y Horcajo J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22, 71 – 76

Jané-Llopis E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Febrero 2016, de Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019661005>

Jimenez R. D., Galindo J. S., Escudero C. V. y Hernández M. J. (2003). Influencia de las habilidades emocionales y factores socio-culturales en el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. Febrero 2016 Rev Paraninfo Digital, Sitio Web: <http://www.index-f.com/para/n19/307d.php>

Levine M. P., Smolak L., Hayden H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471 - 490.

López M. (2009). Las dietas hiperproteicas y sus consecuencias metabólicas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 22, 95-104.

López L. S. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Asociación española de psiquiatría*, 19, 599-608.

López G., Sánchez D. y Fauquet J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 125-147.

López G., Sánchez D. (2007). Prevención de las alteraciones alimentarias. España: Pirámide.

Maganto C. y Cruz S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. Enero, 2017, de Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente Sitio web: <http://www.seypna.com/articulos/imagen-corporal-trastornos-alimenticios/>

Moreno M. A. y Ortiz G. (Octubre de 2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27, 181 - 190.

March J.C., Suess A., Prieto M.A., Escudero M.J., Nebot M., Cabeza E. y Pallicer A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición hospitalaria*, 21, 4 - 12.

Paniagua H. y García C. S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud pública*, 77, 411 - 422.

Pascual A., Etxebarria I., Cruz M. S. y Echeburúa E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 229-247.

Papalia D., Wendkos S., Duskin R. (2011). *Desarrollo humano*. España: McGraw Hill.

Páramo M. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29, 85 – 95.

Plaza J. F. (2010). MEDIOS DE COMUNICACIÓN, ANOREXIA Y BULIMIA La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Revista icono*, 14, 62-83.

Portela de Santana M. L., Da Costa Ribeiro H., M. Giral M. y Raich R. M. (2010). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 391 - 401.

Raich R. M. (2001). *Imagen corporal*. España: Pirámide.

Rivalora M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 4, 149 - 161.

Salazar Z. (2012). El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*, 26, 51 - 71.

Senra C., Ferreiro F., Seoane G. y Ferraces Ma J. (2012). Efecto de la psicopatología alimentaria en las diferencias entre sexos en síntomas depresivos: un seguimiento de 4 años en adolescentes. *Avances en psicología clínica*, 76 – 79.

Senra C., Sánchez – Cao E., Seoane G. y Leung F. (2007). Evolution of self-concept deficits in patients with eating disorders: the role of family concern about weight and appearance. *European Eating Disorders Review*, 15, 131–138.

Saldaña C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.

Trujano P., Gracia M., Nava C., Marcó M. y Limón G. (2010). Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso. *Psicothema*, 22, 581-586.

Wolf N. (1992). La reconquista del cuerpo. En *El mito de la belleza* (214 - 224). España: Salamandra.

ANEXOS

ANEXO 1

Por favor pon tus iniciales:

Edad:

Marca si tienes pareja: Si No

Marca si realizas alguna de estas actividades:

Modelaje.

Baile.

Deporte.

Ninguna.

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

1: Nunca 2: Casi nunca 3: Algunas veces 4: Bastantes veces 5: Casi siempre 6: siempre.

	1	2	3	4	5	6
1.- Me gusta comer con otras personas.						
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6.- Me preocupo mucho por la comida.						
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).						
11.- Me siento lleno/a después de las comidas.						
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.- Vomito después de haber comido.						
14.- Me siento muy culpable después de comer.						
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17.- Me peso varias veces al día.						
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19.- Disfruto comiendo carne.						
20.- Me levanto pronto por las mañanas.						
21.- Cada día como los mismos alimentos.						
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23.- Tengo la menstruación regular.						
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						

25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26.- Tardo en comer más que las otras personas.						
27.- Disfruto comiendo en restaurantes.						
28.- Tomo laxantes (purgantes).						
29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30.- Como alimentos de régimen.						
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.- Me controlo en las comidas.						
33.- Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35.- Tengo estreñimiento.						
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37.- Me comprometo a hacer régimen.						
38.- Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

ANEXO 2

Por favor pon tus iniciales:

Edad:

Test BSQ

Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número de la derecha que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Algunas veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre

Pregunta	1	2	3	4	5	6
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gorda (o más gorda)?						
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte llena (después de una comida) te ha hecho sentir gorda?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?						
14. Estar desnuda/o, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o y llena/o?						
20. ¿Te has sentido acomplejada/o por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea "rollos" alrededor de tu cintura?						

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada/o?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en un autobús, en el cine...)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja o celulitis?						
29. Verte reflejada/o en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada/o?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

Muchas gracias por la colaboración.

ANEXO 3

Cuadro centralizador de actividades.

TALLERES DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.				
“CAMBIANDO EL CONCEPTO DE BELLEZA”				
PRIMERA PARTE: “EL MODELO ACTUAL DE BELLEZA”				
TALLER 1: “Espejito, espejito dime quién es el más bonito”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
“¿Quién es el/la más bello/bella?”	Esta actividad sirve de introducción para la temática del ideal de belleza.	Se les entrega a las participantes una escala previamente elaborada en la que deben calificar del 1 al 5 la belleza de diferentes personas que verán en una serie de fotografías; siendo 1 lo menos bello y 5 lo más bello.	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas impresas. - Bolígrafos. - Data display. - Computadora. - Las fotografías de diferentes tipos de personas guardadas en la computadora. 	15 minutos.
“¿Por qué son	Permitir a las	Después de que han hecho sus	- Hojas de papel.	20 minutos.

bellas/bellos?”	participantes que se den cuenta de los estándares que utilizan para juzgar la belleza de las personas y que la mayoría de ellas eligió a los mismos personajes.	calificaciones se les pide que justifiquen su calificación teniendo en cuenta los siguientes criterios: Cuerpo, rostro y arreglo personal. Cada una debe realizar el trabajo personalmente y anotar sus conclusiones en una hoja de papel.	- Bolígrafos.	
“Reflexión final”	Hacer notar que la mayoría escogió a las mismas personas como las más bellas y ayudar a las chicas a reflexionar acerca de los estereotipos de belleza.	<p>Se les pide a las participantes que, en orden una por una, expongan su calificación de un personaje, de esa manera todas expondrán, después que alguien termina su exposición se pregunta al grupo si están de acuerdo con la calificación que dio su compañera y si no están de acuerdo digan el por qué.</p> <p>Luego se propicia un debate acerca de los estereotipos de belleza, hablar de cómo la belleza y la delgadez están íntimamente relacionadas, se realizan las siguientes preguntas:</p> <p>- ¿Por qué será que algunas cosas nos parecen bellas a la mayoría de las personas?</p>	<p>- Una pizarra acrílica.</p> <p>- Marcadores.</p>	60 minutos.

		<p>- ¿Quiénes creen que influyen en esa concepción de belleza?</p> <p>Todos las conclusiones son anotadas en una pizarra y se leen al final, se despide a las participantes y la/el moderadora/moderador toma nota de todas las conclusiones.</p>		
TALLER 2: “Más allá de lo que se ve”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
“Más allá de las apariencias”	Resaltar los valores personales antes que la apariencia física.	<p>Se presentan las mismas fotos que en el anterior encuentro, pero ahora se dan características personales como nombre, preferencias, gustos y disgustos, profesión, edad, valores personales, etc.</p> <p>Se les pide a las asistentes que considerando todas esas cosas elijan a dos personas, un hombre y una mujer, a quienes les gustaría conocer y formar una amistad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computadora. - Fotografías. - Data display. 	25 minutos.
“La importancia de nuestra	Hacer notar a las participantes	El grupo se sienta en círculo y en el orden que se determine cada una		20 minutos.

personalidad”	que cuando uno elige a alguien para tener una relación interpersonal pesan más las características de personalidad que la apariencia.	debe decir a que personas ha escogido y el porqué de su elección. Cuando todas terminan de exponer la/el moderadora/moderador hace notar que las elecciones son más variadas que en el anterior encuentro y se les pide su opinión acerca de esta situación.		
“Reflexión final”		<p>Para realizar esta reflexión se formulan las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es realmente importante el aspecto físico cuando entablas una relación de amistad con una persona? - ¿Una persona es algo más que solo su aspecto físico? - ¿Creen que en la sociedad actual se valora más el físico o los factores personales internos? Sí, no ¿Por qué? - ¿Es eso bueno o malo? Sí, no ¿Por qué? <p>Después de la discusión se anotan las conclusiones en una pizarra para</p>		

		que sean leídas, luego se despide a las participantes hasta el próximo taller.		
TALLER 3: “El ideal de belleza femenina”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Materiales	Tiempo
“La belleza a través de la historia”	Analizar cómo el ideal de belleza ha ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad.	Se muestran diferentes imágenes en las que se puede apreciar a las mujeres a través de los años, tanto en obras de arte como en fotografías hasta llegar a nuestros días.	- Computadora. - Data display. - Las imágenes a exponer.	20 minutos.
“¿El ideal de belleza ha cambiado?”	Originar un pensamiento crítico en las participantes para que puedan ser capaces de determinar por ellas mismas si el ideal de belleza es una imposición social y de los medios de comunicación o si es más bien una	Se pide la participación de las asistentes; para comenzar el debate se hacen las siguientes preguntas: - ¿Qué diferencias han notado en las imágenes con el paso del tiempo? - Según este análisis, ¿Las cosas que han sido y son consideradas bellas siempre son las mismas o han cambiado? - ¿Por qué creen que han cambiado?	- Pizarra acrílica. - Marcadores.	30 minutos.

	decisión propia.	<p>- De acuerdo a lo que han visto y analizado, ¿Creen ustedes que hay algo o alguien que determine el ideal de belleza? ¿La cultura, los medios, uno mismo?</p> <p>Todo lo que las jóvenes concluyen en este debate se anota en una pizarra para que todas puedan ver el progreso del debate.</p>		
“La influencia de los medios de comunicación en el ideal de belleza actual”		<p>Después del anterior debate se dirige este al análisis de la influencia de los medios de comunicación en ideal actual de la belleza, para esto se realizan las siguientes preguntas:</p> <p>- Según los medios de comunicación, ¿cómo deberían ser las mujeres para ser consideradas bellas hoy en día? Ese modelo es bueno o malo ¿Por qué?, ¿Es ese modelo real y está al alcance de todas? Sí, no ¿Por qué lo crees?</p> <p>- ¿Cómo afecta este modelo de belleza a las mujeres hoy en día?</p>	<p>- Pizarra acrílica.</p> <p>- Marcadores.</p>	30 minutos.

		<p>Todas las ideas que salen del debate se anotan en la pizarra de esa manera las participantes pueden ver claramente los conceptos que ellas mismas están generando.</p> <p>Para concluir se leen todas las ideas generadas en los debates y se puntualizan conceptos claros. Se despide a las participantes hasta el próximo encuentro.</p>		
TALLER 4: "Rompiendo el molde"				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
"Lectura de conclusiones previas"	Recordar a las participantes todos los conceptos que construyeron en los anteriores talleres.	Se leen todas las conclusiones de los anteriores talleres y se pide a las asistentes que agreguen alguna cosa que hayan pensado en los días anteriores al presente taller para que sean agregados a los conceptos.	- Las conclusiones de los anteriores talleres.	15 minutos.
"Eslogan e imagen"	Identificar aquellos eslóganes e imágenes que	Se les proporciona a las chicas revistas, pegamento, un pliego de papel y tijeras, por grupos deben seleccionar	- Revistas de moda u otras temáticas.	60 minutos.

	promueven ese ideal de belleza.	<p>eslóganes e imágenes que transmiten el ideal de belleza que tiene como algo principal a la delgadez, también deben recortar anuncios de dietas milagrosas y aquellas frases que usan estas empresas para promover la delgadez como sinónimo de belleza.</p> <p>Después de seleccionar las imágenes y eslóganes deben pegarlos en un pliego grande de papel que les ayude a realizar una exposición de aquellas cosas que han seleccionado, explicando el porqué de su elección y cómo consideran ellas que son afectadas por estos elementos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un pliego de papel por grupo. - Un bote de pegamento por grupo. - Una tijera por grupo. 	
“El modelo actual de belleza y cómo afecta a la mujer de hoy en día”	Permitir el desarrollo de un pensamiento crítico frente al bombardeo mediático.	<p>Se abre la discusión acerca del tema central de este grupo de talleres: “El modelo actual de belleza” y la importancia de romper con estos moldes establecidos y ser una misma para ser libre.</p> <p>Las conclusiones, cómo en todos los talleres, se anotan en una pizarra y se leen en voz alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra acrílica. - Marcadores. 	30 minutos.

		Se despide a las participantes hasta el siguiente taller.		
SEGUNDA PARTE: “LA NUTRICIÓN Y LA ALIMENTACIÓN”				
TALLER 1: “Las mejores dietas del mundo”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
“Recuerda la frase: “ten el cuerpo que siempre deseaste ahora” y anota las dietas”	Identificar aquellas dietas milagrosas que promueven los medios de comunicación y saber cuántas conocen y han intentado las participantes.	Se pide a las chicas que en grupos recuerden todas las dietas que conozcan para adelgazar y además que mencionen cuales han intentado seguir a lo largo de los años. Luego de que las chicas hablan acerca de las dietas que conocen se hace notar que la mayoría de estas son restrictivas		30 minutos.
“Mitos nutricionales”	Saber cuánto conocen las chicas acerca de nutrición y cuáles de esos conocimientos son falsos y verdaderos.	Se les pide que vuelvan a sus anteriores grupos y respondan las siguientes preguntas: - ¿Cuántas calorías necesita nuestro cuerpo para funcionar en el día?		60 minutos.

		<ul style="list-style-type: none"> - ¿En qué comida se deben consumir la mayor parte de las calorías? - ¿Es cierto que mientras menos se come menos se engorda? - ¿Una persona con sobre peso puede sufrir desnutrición? - ¿El peso es el único indicador de que una es delgada o gorda? - ¿Las personas delgadas siempre son más saludables que una persona con sobrepeso? - ¿Por qué engordamos las personas? <p>Después de que hayan realizado el trabajo se les dice que expongan sus respuestas y se las despide hasta el próximo taller en el cual se darán las respuestas verdaderas a las preguntas que se les plantearon</p>		
TALLER 2: “La verdad sobre la nutrición”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo

“La nutrición verdades y mitos”	Proveer conocimientos verídicos acerca de la nutrición a las asistentes.	Un/una profesional en nutrición explica al grupo todo lo que tiene se saber para tener una alimentación adecuada para mantener el cuerpo saludable.	- computadora. - data display.	45 minutos.
“Reflexión final”	Concientizar acerca de lo peligrosas que pueden ser las dietas restrictivas para nuestro cuerpo.	Con ayuda del/la Profesional en nutrición se abre la discusión con las participantes alentando a que estas puedan formular preguntas acerca de nutrición. Todas las conclusiones se anotan en la pizarra. Después de la discusión se despide al grupo hasta el próximo taller.	- pizarra. - data display.	30 minutos.
TALLER 3: “Ejercitarse es igual a ¿sufrir?”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
“Ejercitarse es bueno para el cuerpo no solo para perder peso”	Desechar la idea de que uno debe ejercitarse solo para perder peso y aprender más acerca de los beneficios del ejercicio.	Un/una profesional en entrenamiento físico habla con las chicas sobre los buenos hábitos de entrenamiento diario y la importancia de estos para mantener un cuerpo sano.	- Computadora. - Data display.	20 minutos.

“Sesión de Aerodance”	Mostrar a las participantes que se puede ejercitar de manera divertida.	El/la profesional realiza una clase de “Aerodance” que es una manera de hacer ejercicio bailando y aprendiendo coreografías.	- Equipo de música.	60 minutos.
“Reflexión final”	Darles la oportunidad a las chicas de exponer sus opiniones acerca de la sesión y discutir acerca de los mitos frente a la ejercitación del cuerpo.	Con la ayuda del/la profesional en entrenamiento se comienza un diálogo acerca de la importancia de ejercitarse regularmente para estar saludable.		15 minutos.
TERCERA PARTE: “LA BELLEZA Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES”				
TALLER 1: “Chicas XXL”				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
“Proyección de la película “Chicas XXL”	Mostrar a las asistentes cómo cambia la vida de una persona que se siente satisfecha consigo	Se proyecta la película “Chicas XXL” que trata de una mujer de talla grande que vence los prejuicios del mundo y de ella misma en cuanto a su talla y a que eso esté asociado en hecho de ser un fracaso, luego de	- Computadora con reproductor de video. - Data display.	120 minutos

	misma y que una mujer que no sea delgada puede ser exitosa.	aceptarse a sí misma consigue una pareja, superación profesional y lo más importante logra como realmente es y ya no basa su autoestima únicamente a su peso.	- Parlantes.	
"Reflexión final"	Darles tiempo a las chicas para reflexionar acerca de la película.	Se les pide a las chicas que vayan a sus casas y reflexionen acerca de la película y se preparen para la discusión del siguiente taller.		10 minutos.
TALLER 2: "La mujer exitosa"				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
"Análisis de la película "Chicas XXL"	Analizar el caso de una persona que dejó atrás los ideales de belleza y supo aceptarse a sí misma.	Se hace un análisis completo de la película tomando en cuenta al personaje principal "Jasmine" y se analizan los siguientes puntos: - ¿Cómo dejaba Jasmine que su peso y talla la afectaran? - ¿Era real la meta que ella creía que tenía que alcanzar para poder considerarse bella?, Sí, no ¿Por qué? - Cuando Jasmine finalmente se acepta como es ¿Qué beneficios	- Pizarra acrílica. - Marcadores.	60 minutos.

		<p>optiene?</p> <p>- ¿En qué cambió Jasmine?</p> <p>Se anotan las conclusiones en la pizarra para que puedan ser leídas.</p>		
<p>“¿Qué es lo que te hace bella?”</p>	<p>Promover el autoconocimiento y la valoración de uno mismo por virtudes que van más allá de la belleza.</p>	<p>Las chicas deben mirarse a sí mismas y hacer un profundo análisis de aquellas cosas que las hacen bellas colocando sus virtudes en una hoja de papel, luego deben hacer lo mismo con la compañera que se encuentra a su derecha notando las cosas que hacen bella a su compañera, de esa forma podrán saber que ven ellas de sí mismas y qué ven sus compañeras en ellas para poder tener una imagen completa.</p>	<p>- Hojas de papel.</p> <p>- Bolígrafos.</p>	<p>20 minutos.</p>
<p>“El secreto del éxito”</p>	<p>Permitir que las chicas hagan un análisis crítico de lo que los medios de comunicación venden como una</p>	<p>Se hace una reflexión acerca de lo que los medios de comunicación muestran a la población del mundo como el ideal de una mujer exitosa que tiene mucho que ver con ser delgada y controlada.</p>	<p>- Pizarra acrílica.</p> <p>- Marcadores.</p>	<p>15 minutos.</p>

	mujer exitosa.	<p>Se promueve el debate y que las jóvenes den su opinión de qué es el éxito según ellas y que puedan argumentar con todo aquello que han aprendido en las anteriores sesiones.</p> <p>Después del debate se anotan las conclusiones en la pizarra y se leen en voz alta.</p> <p>Se despide al grupo hasta el próximo taller.</p>		
CUARTA PARTE: "LA MUJER TIENE VOZ Y MERECE SER ESCUCHADA"				
TALLER 1: "Haz escuchar tu voz"				
Actividad	Objetivo	Procedimiento	Material	Tiempo
"Recapitulación"	Recordar todo lo que se ha aprendido en este conjunto de talleres.	Al ser el último encuentro se recapitula todo lo concluido en este tiempo de trabajo, se pregunta a las chicas acerca de su experiencia en los talleres pasados, si les gustó la experiencia y si creen que han aprendido bastante y lo más importante: Si han cambiado en sus mentes el ideal de belleza que tenían al principio. Todas deben tener la oportunidad de hablar.		30 minutos.

<p>“Las voces fueron escuchadas”</p>	<p>Permitir a las asistentes que se den cuenta de que todos los conceptos obtenidos en estos talleres salieron de ellas mismas, del diálogo y de sus voces que fueron escuchadas.</p>	<p>Se hace notar que todos los conocimientos que salieron de estos talleres fueron creados por ellas mismas y que por eso sus voces tienen sentido, y que siempre que den su opinión darán valiosos aportes a la sociedad.</p>		<p>15 minutos.</p>
<p>“El manifiesto”</p>	<p>Producir un manifiesto para hacer escuchar las opiniones de las participantes a otros ámbitos de la sociedad.</p>	<p>Se realiza un manifiesto que debe ser redactado por todo el grupo, para esto el grupo debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decidir a qué partes de nuestra sociedad debe estar dirigido este manifiesto en el cual ellas pondrán su opinión acerca del peligro que conlleva creer en el ideal de belleza que promueven los medios de comunicación. - El manifiesto debe hablar acerca de los trastornos alimenticios y su relación con el ideal de belleza transmitido por los medios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pizarra acrílica. - Marcadores. - Hojas de papel. - Bolígrafos. 	<p>60 minutos.</p>

		<p>- En el manifiesto debe estar también la importancia de concebir a la mujer como un ser completo con cualidades que van más allá de la belleza física.</p> <p>- Y se debe considerar también la importancia de realizar la prevención de los trastornos alimenticios.</p> <p>Después de terminado el manifiesto todas las chicas lo firman y se comprometen a pasarlo a limpio y hacer llegar sus cartas a las personas que consideraron era pertinente.</p>		
“Despedida”	Agradecer al grupo por su participación y cerrar los talleres de prevención de trastornos alimenticios “Cambiando el ideal de belleza”.	<p>Se agradece a las chicas por su participación y se vuelve a recalcar la importancia de no creer en el falso ideal de belleza, mantener el cuerpo sano con nutrición adecuada y ejercicio físico y aprender a ver en las personas y en una misma aquellas cualidades que van más allá de la belleza física.</p> <p>Se despide a las participantes agradeciéndoles su presencia y aportes a este proceso.</p>		15 minutos.

