



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A:

Liliana Itzel Benítez Palacios

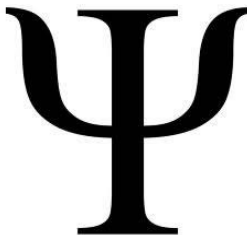
DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES MATA MENDOZA

REVISORA DE TESIS:

MARÍA CONCEPCIÓN MORÁN MARTÍNEZ

Ciudad Universitaria, CD. MX. Noviembre 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Antes que nada quiero empezar agradeciendo a mis padres, por darme la vida, por darme una infancia llena de felicidad, por la formación y educación que con mucho esfuerzo e ímpetu lograron enseñarme, por darme unos hermanos tan maravillosos y por darme la lección más grande de vida, que es la vida misma.

A mi madre:

Mamá, sé que muchas veces he sido una persona muy dura y necia, discúlpame por todo, quiero darte las gracias por escucharme y aunque muchas veces no hice lo que decías, no dejaste de apoyarme. Me hiciste la persona que hoy en día soy contigo he aprendido tantas cosas y aunque muchas veces me regañabas, quiero decirte que es algo que jamás olvidaré. Te amo.

A mi padre:

Papá, gracias por enseñarme a ser fuerte y no doblegarme ante una derrota, gracias por haber compartido tu sabiduría y experiencias conmigo, sé que siempre has hecho hasta lo imposible por darme lo mejor. Tal vez en contadas veces he abierto mi corazón para expresarte mis sentimientos, pero quiero aprovechar esta ocasión para decirte que te amo mucho y agradezco siempre hayas creído en mí.

A mis hermanos:

Katia y Gilberto; gracias por la confianza y por siempre creer en mí, por compartir alegrías y tropiezos de los cuales salimos triunfadores, por su confianza, por permitirme estar en sus vidas, los amo inmensamente, gracias por quererme tal y como soy.

A mis abuelos que fueron parte esencial de mi formación, en mi educación y mis valores como persona; Eleuterio y Julia. Gracias por ser mis segundos padres en esta vida.

A mi tía Yuli, gracias por estar a mi lado en todo momento, por compartir tus experiencias y vivencias que me han ayudado a alcanzar cada una de mis metas.

A mi toby, gracias por esperarme todas las noches, por estar velando mis sueños; por ser el mejor amigo que tengo.

Te agradezco a ti Dios, por ayudarme a terminar este proyecto, gracias por darme la fuerza y el coraje para hacer este sueño realidad. Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad.

Quiero agradecer a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual me brindó la oportunidad de desarrollarme tanto académica como culturalmente y permitiéndome conocer y vivir todo lo que rodea a esta gran institución, que a lo largo de mi vida ha sido un segundo hogar.

A la Doctora Martha López:

Agradezco de manera especial a la doctora por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia, por su tiempo, paciencia y dedicación.

A quien tuve el privilegio de conocer y considerar como una persona con los aspectos más humanos del mundo, entusiasta, optimista y que me brindó su invaluable apoyo y confianza durante una etapa difícil de mi vida.

Por su comprensión, comunicación constante y apoyo, compartiendo mis alegrías y angustias; agradezco su interés y motivación para realizar mi desarrollo profesional y personal.

Muchas gracias doctora.

Al profesor Omar Xicoténcatl:

Quiero expresar mi agradecimiento al profesor Omar, por sus comentarios y críticas que hicieron que este proyecto resultara ser mil veces mejor que lo que se proyectaba.

Usted fue mi profesor en algunos semestres de la carrera y desde ahí sentí un gran respeto y admiración profunda a su labor como académico. Gracias por brindarme su ayuda y orientación para la realización de esta tesis, que me permitieron aprender mucho más de lo estudiado.

A la profesora Concepción Moran y el Profesor Sotero Camacho; mi gratitud por su apoyo incondicional, por leer, corregir y hacer valiosas aportaciones a este proyecto.

*Dejo para el final, por ser el más importante de los agradecimientos,
a mi directora de tesis:*

Dra. María de los Ángeles Mata Mendoza.

Hoy me despido de alguien muy especial, de alguien que me regaló bellos momentos compartiendo su sabiduría, paciencia y dedicación.

La experiencia vivida con usted me hizo comprender el verdadero significado de lucha, solidaridad, constancia, alegría y confianza.

A lo largo del tiempo, Dios pone en nuestro camino a diversas personas que son difíciles de olvidar porque dejan una huella importante en el corazón al acompañarnos en una etapa de la vida, sin embargo, no podemos quedarnos junto a ellos pues vivimos en un tren en donde tenemos que bajar en alguna estación y despedir a personas que nos dejan enseñanzas, pero también nos dejan una parte de ellos que siempre estarán presente para ayudarnos a seguir adelante.

Gracias por este vagón de buenos recuerdos y por el legado que deja en mí.

Agradezco infinitamente cada minuto de su tiempo y la paciencia que tuvo conmigo, por sembrar sus conocimientos y valores, los cuales permanecerán en mi corazón.

Elevo mi gratitud porque en cada situación profesional o personal tuvo una palabra de aliento en el momento preciso, por sus consejos, por su apoyo, su sabiduría, su tan peculiar sentido del humor, pero sobre todo por permitirme conocer a esta gran persona y ser humano que es usted.

No es fácil despedirse de una maravillosa persona como usted, pero es una enorme satisfacción haber sido parte de esta historia. Sé que

no es un adiós, sino un hasta pronto, pues me entusiasma saber que siempre podré contar con usted.

Estás palabras son una mezcla de tristeza, felicidad y cariño, pues tengo que decir adiós a tan querida profesora, me hubiera encantado tenerla mucho tiempo más, pero comprendo que el ciclo concluyó para empezar otro que se ganó con mucho esmero y dedicación, sólo me queda desearle mucho éxito en su vida profesional que aún continúa en otro sitio y que Dios la siga bendiciendo infinitamente en cada paso que dé.

ÍNDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA	14
1.1 Concepto de adolescencia.....	14
1.2 Teorías que hablan de la adolescencia	16
1.3 Etapas y cambios durante la adolescencia.....	19
CAPÍTULO II. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA	23
2.1 Antecedentes históricos.....	23
2.2 Conceptos de Anorexia y Bulimia.....	26
2.3 Criterios de la anorexia nerviosa	28
2.4 Criterios para establecer el diagnóstico de anorexia.....	28
2.5 Criterios para el diagnóstico de acuerdo con el (DSM-IV, 1994).....	29
2.6 Criterios para el diagnóstico de acuerdo con el (DSM-V, 2014).....	29
2.7 Síntomas conductuales de anorexia nerviosa	30
2.8 Consecuencias físicas y fisiológicas de anorexia nerviosa	31
2.9 Trastornos psicológicos y la anorexia nerviosa	32
2.10 Definición del trastorno de bulimia	33
2.11 Manifestaciones de los trastornos de bulimia.....	36
2.12 Síntomas y causas de la bulimia.	37
2.13 Criterios propuestos según el DSM-V (2014).....	38
2.14 Síntomas físicos y fisiológicos de la bulimia (Weitzner, 1995).	38
CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO	40
3.1 Factores biológicos	40
3.2 Factores psicológicos.....	41
3.3 Factores socioculturales.....	47
PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES QUE PADECEN ANOREXIA NERVIOSA.	54
CONCLUSIÓN	62
REFERENCIAS.....	63

ANEXOS	66
ANEXO 1: Carta consentimiento	67
ANEXO 2: Cartas descriptivas	69
ANEXO 3: Evaluación de pre-test	84
ANEXO 4: Calificación de pre y post test	87
ANEXO 5: Cuestionario para la evaluación de su trastorno.....	89
ANEXO 6. Calificación del cuestionario para la evaluación de su trastorno.....	93
ANEXO 7: Pirámide alimenticia.....	94
ANEXO 8: El plato del buen comer	96
ANEXO 9: Mi plato del buen comer.....	97
ANEXO 10: ¿Qué comí ayer?	98
ANEXO 11: Publicidad	99
ANEXO 12: Evaluación de mensajes televisivos.....	101
ANEXO 13: Historia clínica.....	102
ANEXO 14: Tríptico informativo	103
ANEXO 15. Trastornos alimenticios. (power point)	104
ANEXO 16. Ejemplo de menú semanal sano, ligero y equilibrado.....	131

RESUMEN

Los trastornos en la conducta alimentaria, específicamente en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, continúan extendiéndose de manera alarmante. Señalando de manera general las causas que los originan y a los adolescentes la población de mayor riesgo debido a los diversos cambios físicos, psicosociales y cognitivos que enfrentan. Por lo que después de la familia, se sugiere como principal prevención, el aula educativa, la cual debe enfocarse a reafirmar la identidad, potenciar la autoestima, fomentar hábitos de alimentación saludable, apreciando las diferencias humanas, orientar el concepto y percepción de belleza desde un cuerpo saludable. Lo cual se propone a través de un taller que trabaja en la prevención primaria para fomentar buenos hábitos alimenticios, con la finalidad de impedir que continúe el alarmante incremento de los trastornos de la conducta alimentaria como es la anorexia y bulimia nerviosa.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, vivimos en una cultura cuyo ideal de belleza es tener un cuerpo delgado. La publicidad presenta continuamente imágenes de mujeres sin un gramo extra de grasa, seductoras que gracias a su belleza y delgadez tienen éxito en la vida.

En las últimas décadas un sigiloso trastorno se ha ido extendiendo de manera alarmante, cada vez se presenta a una edad más temprana, afectando principalmente a los (as) adolescentes. Es un trastorno en la conducta alimentaria en el cual la obsesión por la perfección del cuerpo está siempre presente, su proceso de gestación inicia cuando se ha experimentado rechazo social, fracaso que se atribuye al peso o simplemente existe algún grado de insatisfacción con la apariencia del cuerpo; esto ocurre porque en los últimos años ser físicamente delgado es uno de los principales objetivos de las sociedades modernas (Salas - Salvadó & García-Lorda, 2005).

Dicho trastorno ha sido conocido desde la Edad Media en donde se presentaban conductas alimentarias desordenadas como el ayuno (abstenerse total o parcialmente de alimento) y los ágapes (ingesta excesiva de alimentos), seguidos por provocación de vómito para continuar la ingesta; conductas, en donde abstenerse de alimento resultaba un factor de control y mismas que a las puertas del siglo XXI han tomado mayor popularidad, transformando el ayuno permanente, en símbolo de belleza (Salas - Salvadó & García-Lorda, 2005).

Los jóvenes, motivados por los impuestos estereotipos de perfección, tendencias de moda y aceptación, se ven intensamente atraídos por experimentar esa vida perfecta y exitosa que representan modelos a través de su esbelto físico

y aunque el desear una imagen perfecta no implica tener una enfermedad mental, si es una conducta de riesgo que puede favorecer a padecerla.

Socialmente, la discriminación al “gordo” es frecuente, ya que el estar obeso, con algunos kilos de más o sencillamente alejado de los estándares de moda, representa entre los adolescentes vergüenza; ser motivo de bromas y burlas; incluso en el ámbito educativo se limita la participación de niños o jóvenes con sobrepeso en eventos deportivos, cívicos, y/o artísticos que se realizan en la escuela; acciones que en gran medida motivan a iniciar un trastorno de alimentación.

Los trastornos en la alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia nerviosa implica el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales en cuando a edad y talla, y a bulimia nerviosa consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo (DSM-III, 1987).

La imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo, es la forma en que pensamos o nos vemos, y la forma en que creemos que los demás nos ven (Toro, 1987).

Es por eso, que la anorexia y la bulimia nerviosa tiene diversos detonantes entre los cuales encontramos factores genéticos, socioculturales, individuales y familiares, etc.; los cuales se apreciaran durante la presente tesis haciendo énfasis en el bombardeo constante de medios de comunicación, mismos que de manera directa e indirecta fomentan la cultura de la extrema delgadez. Los sitios

electrónicos y blogs propician que personas de todas partes del mundo conformen comunidades virtuales, en las que se involucran, propician o comparten sus trastornos alimentarios. La difusión y promoción de esas conductas rebasan el orden y cualquier especie de control que se pueda establecer, tan pronto como se cierra un sitio, otro se abre (Toro, 1987).

La dieta, el atracón pueden comenzar como una forma de lidiar las emociones dolorosas y para sentirse en control de la propia vida, pero al final estos comportamientos dañan la salud física y emocional, la autoestima.

Notas recientes en los periódicos y de acuerdo con las proyecciones de diversas instituciones, la anorexia, la bulimia y la obesidad son problemas relacionados con los trastornos alimenticios y por su incremento son considerados como problemas de salud pública y mental.

El problema es tan severo que la Organización Mundial de la Salud (2009) clasificó estos desequilibrios como trastornos mentales y de comportamiento como particularmente peligrosos, pues 15% de los pacientes a nivel mundial muere tras prolongados períodos de privación de alimentos. Los trastornos de alimentación llegan a convertirse en padecimientos crónicos e irreversibles dejando secuelas que afectan la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social.

En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, las cifras van en aumento. En los últimos 10 años, se ha contabilizado más de un millón de casos de anorexia y bulimia de los cuales el 3% fallecen por desnutrición y 57% nunca se cura. El 90% son mujeres de entre los 13 y 18 años, pero peligrosamente la edad va descendiendo hacia niñas menores, de entre 7 y 9 años; aunado a esto la

Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (2007), reveló que en el Distrito Federal 87% de los adolescentes están obsesionados con su peso.

Resulta abrumador que cada vez más jóvenes, incluso niños, formen parte de un grupo que comparte varios síntomas en común, entre los que destacan desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, misma que lleva a presentar graves problemas fisiológicos e incluso fallecer por exagerados cambios en su alimentación, cuestión que se ha transformado en un problema de salud pública, por lo que el rol que cada uno debe adoptar es de prevención y promoción de hábitos alimenticios saludables, evitando que los estereotipos de belleza actuales prevalezcan y que el rechazo social a la obesidad femenina, sean un impulso irresistible por estar delgadas a costa de limitaciones al comer, afectando gravemente la salud (Citado en Gamboa, 2001).

Al ubicar como población de riesgo a los adolescentes, la presente tesis tiene como objetivo desarrollar un taller sobre la importancia de poseer una alimentación sana y equilibrada, con la finalidad de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, misma en la que se describirá las diferentes características físicas, psicológicas y del comportamiento que presentan las personas, y específicamente las adolescentes, que son afectadas con este trastorno. Se expondrán diferentes tipos de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, y promover de forma general, información acerca de los trastornos que ocasiona ésta en la salud física y mental de las personas.

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

1.1 Concepto de adolescencia

Hacia la primera parte del siglo XIX se elaboró el concepto moderno de “adolescencia”, definiéndola como un fenómeno biológico y enfocado como objeto de estudio de la clase media occidental. En 1904 se publicó el clásico tratado Adolescencia, su psicología y su relación con la fisiología, sociología, sexo, crimen, religión y educación, cuyo autor fue el psicólogo G. Stanley Hall. Esta obra inspiró a toda una generación de profesionales y legitimó a la adolescencia como una etapa que requiere estudio y atención. A mediados del siglo XX nació el interés por la medicina de la adolescencia, orientada a la prevención. La investigación produjo información acerca de este periodo del desarrollo humano (Craig, 2001).

A través del tiempo las definiciones de adolescencia han cambiado, antiguamente se le asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad. Actualmente se enuncia para hacer referencia al periodo entre la infancia y la edad adulta y en la cual además de finalizar un desarrollo físico dejando atrás el cuerpo infantil, construyen su propia personalidad (Delval, 1996).

Con la finalidad de tener un amplio concepto sobre lo que implica la definición adolescencia y su perspectiva teórica, se citará a diversos autores, mismos que han destacado gracias a sus aportaciones respecto al tema.

Anna Freud (1946) consideraba los años adolescentes como más importantes para la formación del carácter. Los cambios glandulares que producen los cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido, energía básica que abastece el impulso sexual vuelve a despertarse. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos, que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento (Stierlin, 1979).

Eric Erikson (1950, 1965, 1968) identificó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a confusión de papel. El rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital evidencian ante los jóvenes su inminente adultez, y los hacen interrogarse acerca de sus papeles en la sociedad adulta. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir "Quién soy yo". Un aspecto significativo de esta búsqueda de identidad es la decisión por parte de los jóvenes de seguir una carrera (Stierlin, 1979).

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando precisar sus límites de manera exacta (Monroy, 2002).

Petersen (1985), define en principio la adolescencia como un fenómeno biológico. La primera adolescencia se caracteriza por la pubertad, el largo proceso

biológico que transforma al niño inmaduro en una persona madura sexualmente (citado en Coleman, 2003). La adolescencia es una etapa distinta y trascendental en el desarrollo humano, la cual hay que vivirla de la forma más “sana” posible, para que, de esta manera, se pase a la adultez de una forma óptima (McDowell, 2000).

Así, la adolescencia es el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental, emocional y social de las personas, de las tendencias socioeconómicas y de influencias culturales específicas. Este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes; es el producto de un aprendizaje socialmente condicionado a través de la cultura, sobre una base biológica, y sometido a las restricciones surgidas en otros aspectos sociales, como la economía local. Parte de este aprendizaje se refiere al desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud y la enfermedad (Mardomingo, 2000).

1.2 Teorías que hablan de la adolescencia

Los teóricos consideran la adolescencia en sus estudios, determinado cuales son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo, por lo que se incluyen algunas teorías y sus perspectivas.

1. Teoría psicoanalítica de Freud: La adolescencia es considerada como un periodo en el que existe una acentuada vulnerabilidad de la personalidad, debida primordialmente a la fuerza de las pulsiones que surgen durante la

pubertad. La teoría psicoanalítica tiende a proporcionar un cuadro coherente de la sexualidad del niño, sean las que fueren las vicisitudes del ambiente, y considerar el proceso del desarrollo como una interacción dinámica entre las necesidades y las pulsaciones inherentes al individuo y las fuerzas ambientales, bajo las formas de las normas sociales. Con la etapa genital comienza la pubertad y surge la adolescencia hasta la adultez, en la cual hay un surgimiento de los deseos sexuales y agresivos. El impulso sexual, el cual antes era autoerótico, se buscaba satisfacer a partir de una interacción genuina con los demás. Freud creía que los individuos maduros buscaban satisfacer sus impulsos sexuales sobre todo por la actividad genital reproductora con miembros del sexo opuesto (Aberastury, 1937).

2. Teoría de la adolescencia de Erikson: Para Erikson la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles, lo cual explica en la etapa número cinco del desarrollo “identidad frente a confusión de papeles” (Craig, 2001).
3. Escuela de Ginebra Piaget: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiado excesivamente en el poder de las ideas. Es la etapa las operaciones formales, pensamiento abstracto e independencia del medio que le rodea (Philip, 1997).

4. Teoría de Elkind: Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, la creencia de que todo el mundo le está observando; y “la fábula personal” que es la tendencia para considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles (García, 2001).

5. Teoría Focal de Coleman: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacer frente y resolver tantos conflictos sin saturarse. El período de la adolescencia tiene como características fundamentales la búsqueda de sí mismo, de identidad y autoconcepto; los cuales se forman y desarrollan a partir de las concepciones que acerca de sí mismo tienen personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social (Coleman J., 2003).

6. Teoría de Maslow: La adolescencia es el inicio de la madurez reproductora, se busca y consolida la identidad donde el grupo de iguales ayuda al desarrollo de autocontrol y el egocentrismo se hace presente en algunos comportamientos (Shaffer, 2000).

Se resumen que la adolescencia es el periodo de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición entre la infancia y la vida adulta, de la dependencia a la autonomía, de adaptación a uno mismo y a los demás; la

adolescencia se inicia con la pubertad y termina cuando el individuo alcanza la completa madurez física, psíquica y social.

1.3 Etapas y cambios durante la adolescencia

La madurez de los adolescentes implica cambios físicos que señalan el final de la niñez como el repentino crecimiento, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia del esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias; por otro lado cambios que implican aspectos psicológicos, intelectuales y sociales como la iniciación al pensamiento formal, el egocentrismo, construcción de una identidad, elaboración de códigos de ética propios, entre muchos otros.

En la adolescencia se consolida la identidad psicológica, sexual, social. El desarrollo de los diferentes aspectos no siempre es uniforme, un adolescente de 13 años puede tener el desarrollo físico de uno de 18 años, pero el desarrollo intelectual de 11 años, aunque debido a su crecimiento físico su desarrollo social es probable que sea de 16 años (Blue, 1995, citado en Monroy, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (2007) define el periodo de adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años, considerado el periodo que va de los 10 a 14 años como adolescencia temprana vinculada al inicio de la pubertad, y de 15 a 19 años como adolescencia tardía.

Con el objetivo de tener un amplio panorama sobre algunas de los cambios que se presentan durante la adolescencia, el cuadro 1, permite observar la

información de dicho periodo de manera organizada en cuanto a características físicas, psicosociales y cognitivas; para lo cual se divide la adolescencia en: adolescencia temprana y adolescencia tardía.

Cuadro 1. Principales cambios durante la adolescencia

Principales cambios	Adolescencia temprana (de los 10 a 14 años)
<ul style="list-style-type: none"> • Físicos (niñas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los senos • Crecimiento del vello púbico • Crecimiento del cuerpo • Intensa actividad hormonal • Maduración del órgano reproductor • Menarquia • Vello axilar • Desarrollo en el órgano sexual. • Aumento de la reproducción de glándulas sebáceas y sudoríparas
<ul style="list-style-type: none"> • Físicos (niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los testículos y el saco escrotal • Crecimiento del vello púbico • Crecimiento del cuerpo • Crecimiento del pene, próstata, las vesículas seminales • Cambio de voz • Intensa actividad hormonal • Maduración de órgano reproductor • Primera eyaculación de semen • Vello facial y axilar
<ul style="list-style-type: none"> • Psicosociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Egocentrismo • Tendencias a imitar estereotipos • Preocupación por la imagen corporal • Gran intensidad de emociones y sentimientos • Necesidad de seguridad • Influido por medios de familia, profesores y especialmente compañeros • Tendencia a la desorganización • Se acentúan conflictos con hermanos • Desproporción entre el sentimiento y la expresión • Manifestaciones externas poco controladas (nervios, muecas, gestos y gritos espontáneos) • Las niñas se muestran interesadas en las amistades, la familia y el aspecto emocional • Cambios de humor repentinos • Tendencia a la separación de chicos y chicas • Gran curiosidad por todo lo relacionados a la sexualidad • Comienza a fijarse metas y objetivos propios • Eligen amigos con mismos gustos y aficiones

<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos 	<ul style="list-style-type: none"> • No confunde lo real con la imaginación • Resuelve los problemas lógicamente si se enfocan en el aquí y el ahora • Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos • Comienza a usar términos abstractos, síntesis análisis, etc.
--	--

1.4 La adolescencia como una etapa vulnerable

Los cambios que se presentan en la adolescencia son bastante significativos ya que son el punto de partida para definir los sentimientos de confianza en sí mismos. La obsesión de una imagen aceptada y creada a partir de lo que los demás piensan sobre la misma, tiene gran influencia sobre las futuras conductas a practicar, con el objetivo de conseguir la aprobación social; de ahí radica la importancia de sobrellevar con éxito dicha etapa, lo cual se pronostica será más sencillo se cuenta con el apoyo de la familia, profesores, medios de información y sociedad en general (Vera, 2001).

A partir de indicadas referencias, los jóvenes conceptualizan la aparición que se tiene sobre sí mismo, desarrollando el autoconcepto, por ello la adolescencia representa un periodo bastante sensible y expuesto a influencias del medio ambiente. El adolescente se juzga a si mismo de igual manera como es percibido por otros, y tiende a compararse guardando con frecuencia sentimientos preocupantes que en la mayoría de los casos modifican su conducta. Cada vez a más corta edad, comienzan con dietas estrictas, entrenamiento físico y una extrema preocupación por el cuidado de su peso corporal, lo cual se empieza a reflejar al inicio de la pubertad, mayoritariamente al acercarse eventos importantes

como el término de la educación primaria y la fiesta de quince años; es ahí cuando empiezan a restringir exageradamente el consumo de alimentos (Shaffer, 2000).

Como se mencionó anteriormente para autores como Erikson la adolescencia es un periodo de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad, mientras autores como Piaget señala que el importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, apoyando la noción de que los adolescentes tienen una gran necesidad de reconocimiento, asegurado así, un concepto positivo de ellos mismos y la preocupación por el físico o bien una imagen corporal aceptada es el objetivo principal, por ello se dice que son más vulnerables a influencias socioculturales. La necesidad de ser especial necesariamente requiere de un aspecto dotado de belleza asegurando así una reacción positiva en los demás (Coleman J., 2003).

CAPÍTULO II. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

2.1 Antecedentes históricos.

Desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia nerviosa, época en que las mujeres, siguiendo un modelo de religiosidad, comían muy poco, convencidas que era una forma para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir el consumo de alimentos era sólo una forma de auto sacrificio entre muchas otras. Es así como en la Edad Media en la vida de algunas santas como Verónica Giuliani, (siglo XIV), fue considerada como una mujer virtuosa dedicada a Dios, quién le había concedido la gracia de no comer; la santa de Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayuno y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. Un ejemplo histórico es el de una monja carmelita que solo comió hostia de la Eucaristía durante 7 años. También la Princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada (Turón, 1997).

Los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, mismos que a través del tiempo han sido nombrados de diferente forma entre las cuales destaca la primera descripción de anorexia, por el Dr. Morton en 1689 como “consunción nerviosa”, posteriormente Whytt (1767) la define como “atrofia nerviosa”. Naudeau (1769) y Briquet (1859) consideran la anorexia como un tipo de histeria; donde el Dr. Freud completó el cuadro clínico describiendo dicho trastorno como “neurosis histérica” y finalmente Marce, en

1860, muestra que un modelo de estas enfermedades su libro titulado “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco”, caracterizado principalmente por el rechazo alimentario (Holtz, 1992).

Antes de mediados del siglo XIX ya se conocían reportes históricos de mujeres que ayunaban y morían tras un estado de inanición, pero un componente básico que diferenciaría tal comportamiento de la anorexia nerviosa es que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar.

La enfermedad fue formalmente identificada de forma simultánea, por el Dr. Charles Lassegue en Francia, denominándola “anorexia histérica” y por el Dr. William Gull en Inglaterra (1874) quien utilizó por primera vez la expresión de “anorexia nerviosa” (Holtz, 1992)

A partir de los años 30 la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico. En 1993, John Ryle fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nerviosa mediante la interacción entre la notable emotividad de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez, por lo que la anorexia comienza a relacionarse con diversos síntomas como la distorsión de la necesidad nutricional, seguida de un trastorno psíquico con respecto al imagen corporal, repudio a la sexualidad, con el deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez (Toro J. , 2006).

En los años 60’s las explicaciones psicopatológicas profundas se basaron en el modelo de la neurosis, se reconocieron nuevos métodos, la farmacoterapia y variante psicoterapéuticas; el diagnóstico se precisó y diferenció de otros tipos de

anorexia, así a partir de ese momento y hasta la actualidad, existen diversos abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno (Orden, 2005).

En lo que respecta a la bulimia existen repostes de cómo antiguamente los romanos preparaban enormes banquetes conocidos como bacanales, en honor al Dios Baco, en los cuales se ingerían grandes cantidades de comida, para luego provocarse el vómito y reiniciar el atracón (Gull, 1874).

En 1955 Stunkard, Grace y Wolf (Holtz, 1992) fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos, llamándola “síndrome de alimentación nocturna”. A partir de la observación de la bulimia en pacientes anoréxicas, obesas y de peso normal, se le diferenció a ésta como un síndrome aparte.

Fue a finales de los años 70 cuando fue nombrado como “bulimarexia” y es en 1980 cuando es mencionada por primera vez como bulimia, finalmente en 1987 adopta el término de “bulimia nerviosa”, ambas son consideradas por la Organización Mundial de la Salud como trastornos mentales y del comportamiento, siendo característica principal un miedo intenso a ganar peso y la alteración de la percepción en cuanto a forma y peso corporal (Aguirre, 1994).

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen desde tiempo atrás. Estas no son enfermedades nuevas, ni recientes. Hoy en día son consideradas enfermedades psiquiátricas con ciertos síntomas específicos y se reconocen como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Esto no quiere decir que hace años no se presentaran casos de estos desórdenes alimentarios. La cuestión es que hace años los síntomas eran los mismos que hoy en día, pero el nombre como tal aun

no era reconocido. Actualmente es cuando se puede asociar los síntomas del pasado con los del presente, pues con el paso del tiempo adquirieron características propias, hasta llegar a la actualidad en un trastorno estudiado y tratado por la medicina.

2.2 Conceptos de Anorexia y Bulimia.

- **Anorexia**

El término anorexia proviene del griego *a-lan-* (negación) + *orégo* (tender, pertenecer). Es un síntoma frecuente en multitud de enfermedades y situaciones fisiológicas consistente en la disminución del apetito, lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos.

En un sentido etimológico, anorexia quiere decir “falta de apetito”, aunque lo cierto es que, al menos en un principio la anoréxica si tiene hambre (Tinahones, 2003).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal, igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, cuya característica esencial es un miedo inmenso a ganar peso y la alteración de la forma y el peso corporales. El término es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito (DSM-IV, 1994).

La Organización Mundial de la Salud (2007) define a la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor

frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes, aunque los varones no quedan exentos. (Salud, 1992).

Toro (1996) define la anorexia nerviosa como “un trastorno del comportamiento alimenticio caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar”. (Toro J. , 2006)

- **Bulimia**

La OMS (2007) define la bulimia como el síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y posteriormente vomitar o tomar purgantes o laxantes.

Bulimia significa “ingestión voraz” y representan un trastorno en el que los atracones de comida (ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, rápida y sin control) son la conducta predominante, seguidos de un vómito autoinducido (Orden, 2005)

Los trastornos de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se entrelazan compartiendo muchos rasgos característicos psicológicos como una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal.

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o

ejercicio excesivo; una de las características fundamentales de dicho trastorno es la alteración de la percepción y la forma del cuerpo (DSM-IV, 1994).

2.3 Criterios de la anorexia nerviosa

Los criterios para la presencia de la anorexia nerviosa, según (Feighner, 1972) son:

- a) Inicio antes de los 25 años.
- b) Pérdida de peso del 25 % del peso original (como mínimo).
- c) Conducta distorsionada en relación con la ingesta y el peso.
- d) Ausencia de enfermedad orgánica que justifique el cuadro.
- e) Ausencia de enfermedad psiquiátrica conocida.
- f) Existencia de al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad, episodios de bulimia y vómitos autoinducidos.

2.4 Criterios para establecer el diagnóstico de anorexia

Los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, de acuerdo con el (DSM-III, 1987) son:

- a) En pacientes que han finalizado el desarrollo puberal, rechazo a mantener el peso corporal por encima de un mínimo para la edad y talla, siendo este inferior en un 15 % o más al peso adecuado a su edad y talla.
- b) En pacientes durante el desarrollo puberal, fracaso en la ganancia de peso durante el período de crecimiento, presentando un peso del 15 % por debajo del adecuado a su edad, talla y estadio puberal.

- c) Miedo intenso a ganar peso y a la obesidad.
- d) Trastorno de la percepción del peso y esquema corporal.
- e) En mujeres posmenárquicas, ausencia de al menos tres menstruaciones consecutivas.

2.5 Criterios para el diagnóstico de acuerdo con el (DSM-IV, 1994) son:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del normal, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso normal).
- b) Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

2.6 Criterios para el diagnóstico de acuerdo con el (DSM-V, 2014) son:

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- b) Miedo intenso a ganar peso o 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 bajo peso corporal actual.

2.7 Síntomas conductuales de anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa también muestra síntomas claros de un cambio conductual, por lo que los afectados desarrollan hábitos alimentarios modificados con el fin de reducir su supuesto sobrepeso. Con tal fin, comen y beben en menor cantidad y evitan aquellos alimentos que poseen un alto contenido calórico (Recasens, 2007) Algunos de los síntomas son:

- Negativa por comer
- Negación del hambre
- Miedo a engordar
- Mentir sobre la cantidad de alimentos que se ha comido
- Exceso de ejercicio
- Falta de emoción
- Aislamiento social
- Irritabilidad
- Preocupación por la comida
- Un menor interés en el sexo
- Estado de ánimo depresivo
- Posible uso de laxantes, suplementos dietéticos o productos a base de hierbas

- Saltarse las comidas
- Inventar excusas para no comer
- Comer sólo unos ciertos alimentos “seguros”, por lo general los bajos en grasas y calorías
- La adopción de comida rígida o comer rituales, como cortar los alimentos en trozos pequeños o escupir la comida después de la masticación
- Cocinar comidas elaboradas para otros, pero se niega a comer
- Repetida de pesaje de sí mismos
- Comprobar frecuentemente en el espejo de defectos percibidos
- Quejarse de la gordura

2.8 Consecuencias físicas y fisiológicas de anorexia nerviosa

La anorexia puede dañar muchos órganos internos y sistemas como el corazón y el sistema cardiovascular, provocan un ritmo cardíaco bajo (bradicardia). Suelen padecer un balance de electrolitos (sales minerales) distorsionado y por lo tanto fallos cardíacos, debilidad muscular, disfunción inmunológica y la muerte. También pueden sufrir osteoporosis con mayor rapidez y si la anorexia se desarrolla antes de la adultez se pueden producir problemas con el crecimiento debido a la falta de hormonas y niveles crónicamente altos de cortisol (Recasens, 2007). Los cambios físicos son:

- Se baja el esófago al estómago.
- El cuerpo al necesitar grasas utiliza las de reserva y se baja de peso.
- Pérdida excesiva de peso (IMC de 17.5 en los adultos y un 85% del peso recomendado en niños).
- Atrofia en el crecimiento.

- Desorden endocrino que provoca la pérdida de la menstruación (amenorrea).
- Reducción de la libido, impotencia en los hombres.
- Reducción del metabolismo, bradicardia, hipotensión, hipotermia y anemia.
- Niveles de minerales y electrolitos anormales.
- Pérdida del cabello.
- Crecimiento de vello delgado en todo el cuerpo.
- Temperatura corporal baja.
- Deficiencia de zinc.
- Reducción de plaquetas.
- Disminución de la función del sistema inmunitario.
- Aspecto pálido y ojos hundidos.
- Huesos y articulaciones estridentes (crujen o son débiles).
- Ojos y tobillos hinchados por la retención de fluidos.
- Caries, bruxismo constante, labios secos y quebradizos.
- Estreñimiento.
- Piel seca.
- Calambres y extremidades amoratadas por la poca circulación.
- Puede que debido al poco peso se produzca un daño en los nervios provocando dificultad en la movilidad de los pies.
- Dolores de cabeza.
- Uñas frágiles.

2.9 Trastornos psicológicos y la anorexia nerviosa

Los trastornos de la personalidad están presentes en los pacientes anoréxicos. La mayoría tienen una personalidad evasiva con tendencia a ser perfeccionistas frente a la personalidad inestable de la bulimia. Rara vez se

revelan, tienen una autoestima baja, son introvertidas y sufren aislamiento social (McDowell, 2000).

Los pacientes con anorexia nerviosa suelen volverse obsesivos con el ejercicio físico, la dieta y la comida. A menudo desarrollan situaciones compulsivas con rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas; por ejemplo, pesar cada pedazo de comida, cortarla en trocitos pequeños o ponerla en envases diminutos. Los pacientes con formas purgativas tienen una personalidad más inestable y, al contrario de los restrictivos, no suelen soportar estar solos, exigen atención constante y no pueden controlar su comportamiento compulsivo.

2.10 Definición del trastorno de bulimia

A continuación, se describen brevemente los aspectos generales de la bulimia nerviosa, ya que este trastorno no es parte de la propuesta de intervención planteada en la presente tesis, pero es otro trastorno alimenticio que ocurre con frecuencia.

Se considera un trastorno de la conducta alimentaria en el que se produce, de forma compulsiva, un ciclo de atracón-purgación (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

En 1979, Russell publicó los primeros criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa. Los pacientes tenían tres características comunes: habían perdido el control respecto a la comida, tenían conductas compensatorias para controlar el peso y una profunda preocupación por la imagen corporal.

Posteriormente, aparecieron nuevos criterios, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales para los Trastornos de la Alimentación. (DSM-IV, 1994).

- a) Episodios recurrentes de voracidad: Comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
- b) Falta de control sobre la alimentación durante el episodio
- c) Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.
- d) Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales.
- e) Conducta compensatoria-Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos. No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa encontrados en el DSM-5:

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes

- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de los dos), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere).

- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
- Especificar si:
 - En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado
 - En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado
- Especificar la gravedad actual:
 - La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación).
 - La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
 - Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
 - Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

- Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia, y aunque los pacientes con bulimia nerviosa pura también están muy preocupados por su imagen corporal y tienen miedo a engordar, a diferencia de la anorexia nerviosa, suelen presentar peso normal o sobrepeso (especialmente los que llevan más tiempo de evolución). No llegan nunca a un cuadro de malnutrición severa, aunque debido al ciclo atracón-purgación el peso puede fluctuar mucho (Saldaña, 1994).

2.11 Manifestaciones de los trastornos de bulimia.

Las manifestaciones más destacadas de la bulimia son la excesiva preocupación por el peso y el aspecto físico, la aparición de episodios de atracones y conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso (Tato, 2006).

Entre las respuestas cognitivas y emocionales se observa la valoración distorsionada de la imagen corporal, el temor a la falta de control sobre lo que se ingiere, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, irritabilidad, cambios bruscos en el estado de ánimo y desconfianza hacia las demás personas; se encuentran también algunas respuestas instrumentales como el almacenamiento de alimentos, rechazo hacia las comidas sociales y el aparente aumento del tiempo dedicado a actividades útiles y al ejercicio físico (Toro J. , 1996).

En la bulimia la mayoría de los casos no presentan ningún signo clínico evidente, por lo cual el proceso de diagnóstico puede retrasarse (Saldaña, 1994); sin embargo, a pesar que el aspecto físico de las personas con bulimia es aparentemente normal, no es raro encontrar síntomas de desnutrición (Turón, 1997), y manifestaciones físicas relacionadas con la restricción alimentaria y la pérdida de peso, resultantes del modo y frecuencia de los atracones, así como del abuso de medicamentos, laxantes y diuréticos; lo que se traduce en problemas médicos como episodios de estreñimiento, sangrado rectal, dolor abdominal, signos de deshidratación y sed incontenible.

Asociado a la inducción de vómito, se pueden hallar alteraciones físicas como el reflujo gastroesofágico, caries, erosión del esmalte dental, lesiones a nivel faríngeo, la presencia del signo de Russell, el cual consiste en la formación de callosidades en las manos (a la altura de los nudillos), especialmente en el dedo índice y medio. Este signo se produce por el roce de la piel de la mano con los dientes al provocarse el vómito (Fuente, 2007).

2.12 Síntomas y causas de la bulimia.

De acuerdo con el DSM IV (1994), se señalan los siguientes síntomas

- Comer más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse lleno e incómodo.
- Ciclos dieta-atracón.
- Descontrol de impulsos, conductas desordenadas.
- Conductas purgativas. Uso de laxantes, diuréticos, vómitos provocados
- Falta de habilidades para enfrentarse a los problemas.

- Poco manejo emocional.
- Pesarse frecuentemente.
- Evitación de exposición del cuerpo
- Interés por temas relacionados con la nutrición y el peso.

2.13 Criterios propuestos según el DSM-V (2014), se señalan los siguientes síntomas

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses
- Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporal

2.14 Síntomas físicos y fisiológicos de la bulimia (Weitzner, 1995).

- Una pérdida irreversible del esmalte en los dientes.
- Daños en las encías, el paladar y la garganta.
- El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales.

- Aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución de sodio.
- El cuerpo se deshidrata.
- En el aparato digestivo, esófago, estómago e intestino, hay también daños como gastritis, reflujo gastro-esofágico por el cual el cuerpo se acostumbra a vomitar espontáneamente, sin tener que hacer ningún esfuerzo; diarreas y dolores abdominales.
- En el aparato cardiovascular se da una disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, aparición de arritmias cardíacas, que, si son graves pueden ocasionar paro cardíaco y la muerte (que también puede darse debido a la pérdida de potasio en sangre).
- Si se abusa de diuréticos por mucho tiempo se puede llegar a sufrir daños en el aparato urinario.
- Irregularidades menstruales o ausencia de la menstruación.
- Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes cuando se utilizan para provocar el vómito.

En general este trastorno aparece por los atracones y vómitos o conductas purgativas presentes siempre ante el temor de engordar, de ahí que en honor al autor se conozca a las marcas producidas en el dorso de la mano por los dientes al vomitar, como el signo de Russell, descrito anteriormente, generando de acuerdo con (Fuente, 2007) los siguientes trastornos:

- Ansiedad.
- Fobia social.
- Fobia a ganar peso.
- Irritabilidad.
- Conductas autolesivas.

CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO

De manera genérica, el concepto de factor de riesgo es una característica del individuo o de su entorno, que cuando está presente indica un riesgo más elevado de presentar una enfermedad (Fuente, 2007).

Se define factor de riesgo como “un agente o exposición que lleva a los individuos a incrementar la probabilidad de resultados desfavorables” (Monroy, 2002).

3.1 Factores biológicos

La vulnerabilidad biológica tanto heredada como adquirida es también aceptada como un factor individual, haciendo más probable el desarrollar trastornos que para efectos de esta investigación se refieren a la anorexia y bulimia nerviosa, en donde el sexo, la edad, el peso, el volumen corporal, características físicas e individuales facilitan el desarrollo de dichos trastornos.

También anomalías en el área del cerebro (hipotálamo), el cual regula la glándula pituitaria, provoca desordenes hormonales y neurológicos, provocando la elevación de proteínas llamadas factores de secreción corticotropina, las cuales se secretan durante periodos de estrés.

Alteraciones bioquímicas en el cerebro secundario a trastornos psiquiátricos como depresión, delirio y ansiedad, así como síntomas que originan mutaciones orgánicas en el cerebro o por alteraciones del metabolismo cerebral por difusión neurotransmisora, carencias nutricionales o agentes tóxicos (Recasens, 2007).

Numerosos estudios han mencionado que la serotonina o la hidroxitriptamina está implicada en la modulación del apetito, por lo que alteraciones en los niveles de la misma ejercen efectos sobre la conducta alimenticia como las sensaciones de saciedad, confirmado así los estudios hechos por Chinchilla (1994), acerca de que las anoréxicas y bulímicas con bajos niveles de serotonina reflejan una disminución del mecanismo de saciedad y una mayor predisposición a los atracones.

Se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecistocinina, que tendrían una repercusión directa sobre la conducta alimentaria (Yosifides, 2006).

Dentro de los factores biológicos el más estudiado ha sido el genético, evidenciando que la anorexia es ocho veces más común en hijos anoréxicos aun cuando el factor genético no ha sido identificado. A partir de diversos estudios se cree que los anoréxicos heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición y que se encargan de promover la adicción al estado de hambre. La información genética de una persona hace que ésta tenga cierto tipo de metabolismo, figura y tendencia hacia la obesidad o delgadez (Holtz, 1992).

3.2 Factores psicológicos.

Las personas que presentan un perfil psicológico donde destacan los problemas de baja autoestima, carencias de identidad, demasiado perfeccionistas, autoexigencias desmedidas, preocupadas por la aceptación, opinión de lo que

piensan los demás de sí mismo, falta de control sobre la vida propia, poca tolerancia a la frustración, poca habilidad para relacionarse socialmente, etc. Se encuentran en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, y aunque los factores psicológicos por sí mismo no sea suficiente para producir la enfermedad puede desencadenarla, aún más al asociarse otros factores (Yosifides, 2006).

Además de los factores personales previamente descritos, agentes externos o circunstanciales, como fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, pérdidas, cambios de residencia, colegio, trabajo, etc. pueden influir en el inicio de la enfermedad.

Iñárritu (2007) refiere que en trastornos de la conducta intervienen diversos factores psicológicos; así, una personalidad obsesiva se inclina más hacia la anorexia, mientras que la agresiva compulsiva hacia la bulimia.

Existen trastornos emocionales que están asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si estos son causa o consecuencia del trastorno alimenticio. Algunos médicos niegan la relación causal de la depresión con la anorexia, ya que ésta no se cura con el tratamiento antidepressivo; sin embargo, es un hecho que gran número de anoréxicas presentan sintomatología depresiva: aislamiento, desesperanza, tristeza y trastornos del sueño (Feighner, 1972).

La ansiedad se define como una sensación de malestar o una amenaza la cual es acompañada de una respuesta autonómica del cual el origen por lo general se presenta desconocido por el individuo. El sentimiento es de aprensión el cual es causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Es una

señal de alarma que advierte un peligro inminente, un mecanismo que permite tomar las medidas necesarias para afrontarlo (Morris, 2001).

Para Campuzano y Martínez (2014), la ansiedad está presente en una situación sumamente estresante cuando un sujeto crea mucha activación fisiológica, en un estado como este es común la taquicardia y la hiperventilación, entre otros síntomas.

El DSM-5 (2014) proporciona criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada:

- a) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- b) Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- c) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de lo que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Fácilmente fatigado.
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en el blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

La depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada; sin embargo, tiene un síntoma central, la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico y caída de rendimiento en algunas funciones psíquicas y cognitivas, tendencia al aislamiento, desmotivación, apatía, abulia, dificultad para disfrutar, desesperanza, inhibición motora, hipotonía y pensamientos negativos. En algunos casos de depresión mayor puede existir presencia de delirios.

Por otra parte, es posible que se presente una sintomatología somática diversa, esto correspondiendo a las alteraciones orgánicas al momento de experimentar una depresión. Éstas se desarrollan como una crisis o como alteraciones de carácter. En caso de una depresión leve, el interés por el ambiente alrededor de uno y la integración tiende a disminuir o incluso anularse por momentos, mientras que en una depresión mayor hay una adecuación formal muchas veces exagerada hacia las expectativas y las exigencias del medio, al igual que un hiper responsabilidad la cual surge del control y la culpa (Tato, 2006).

Campuzano y Martínez (2014), explican que existe cierta popularidad al pensar que los trastornos psicósomáticos se originan de la depresión ya que una terapia diseñada para la depresión los alivia y hace que el dolor desaparezca. La teoría sobre esta perspectiva se expresa de la siguiente manera: la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, o sea, básicamente cambios emocionales, lo que se relaciona con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico. Un individuo deprimido no encuentra alrededor suyo algún estímulo que justifique el cómo se siente y esto produce en él una respuesta de ansiedad que puede aumentar el

síntoma. Bajo este mismo ciclo se han desarrollado algunas enfermedades que para el médico, son inexplicables, por ejemplo, hipertensión a inicio de un trastorno intestinal de tipo dispéptico, dolores en distintas áreas del cuerpo, entre otros, que tienen otra explicación más que de un trastorno depresivo.

También se ha hallado que la depresión está relacionada con cambios o alteraciones en la inmunidad celular. Algunos datos muestran evidencia que los efectos adversos de la depresión sobre la inmunidad pueden encontrarse mediados por trastornos del sueño que se desarrollan en depresión.

El DSM-5 presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor, en donde cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer:

a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

b) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

c) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

- d) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- e) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- f) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo)
- g) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- h) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- i) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- j) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- k) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- l) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia nerviosa. Se ha visto que fobias y trastornos obsesivos compulsivos pueden preceder a los trastornos alimentarios y que las fobias sociales (miedo de ser públicamente humillado) están comúnmente presentes en estos pacientes. Las mujeres anoréxicas pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la

comida o desarrollar actitudes compulsivas como cortar la comida en pedazos diminutos o pesar cada trozo del plato (Antonio, 2009).

Según Celda (2003), la predisposición individual incluye un conglomerado de factores, entre los que destacan alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada). Obsesión, perfeccionismo, autocontrol, introversión, autoestima baja, problemas de la adolescencia, inseguridad, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, depresión, exceso de peso entre otros.

Las características anteriormente mencionadas, influyen mayormente en las adolescentes, sobre todo en edades donde la menstruación comienza a presentarse, jóvenes que al llegar a esta etapa experimentan inseguridad, alimentando una baja autoestima, mismas que se incrementa si padece sobrepeso; por lo que optan por iniciar rigurosas dietas, buscando la aceptación.

3.3 Factores socioculturales

En la actualidad, existe una orientación muy fuerte hacia los factores sociales como causas de los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, aunque diferentes estudios han comprobado que estas enfermedades son multicausales, el peso de dominio que ejerce la publicidad sobre todo en las adolescentes en la mayoría de las ocasiones suele ser más influyente que otras características sociales; ya que los estereotipos de delgadez que se fomentan en los modelos sociales, prejuicios contra la obesidad y la moda, parecen estar dirigidos a cuerpos más que esbeltos, “perfección estética”, que

principalmente los adolescentes buscan imitar, incluso hasta arriesgar su vida, practicando la frase: “primero muerta que gorda” (Orden, 2005).

Entre los factores causales más importantes para la anorexia y la bulimia nerviosa están la presión cultural a la mujer para ser delgada, el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada, estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos de alimentación y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Cervera, 2005).

Sin embargo, se ha recurrido a investigaciones de programas similares con el fin de informar a detalle algunos aspectos importantes y relevantes para la implementación del curso- taller que se propone en esta investigación.

Un primer trabajo corresponde a las doctoras Gilda Gómez-Peresmitré y Gisela García Pineda (2006), quienes realizaron un: “Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva”. El objetivo del estudio fue comparar la eficacia de dos programas preventivos, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y otro psicoeducativo, para disminuir factores de riesgo en trastornos alimentarios. Se trabajó con 20 estudiantes de secundaria, que presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Se le asignó al azar a una de dos

condiciones: intervención basada en la TDC (n = 9) o intervención psicoeducativa (n = 11). Se aplicó un cuestionario para medir seguimiento de una dieta restringida y satisfacción con la imagen corporal antes, inmediatamente después y un mes después de las intervenciones. Ambos tipos de intervención tuvieron una duración de tres sesiones. Los resultados indicaron que las chicas expuestas a la intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva redujeron sus niveles de riesgo en relación con llevar una dieta restringida y que su noción de figura ideal cambió de una muy delgada a una con peso normal, en mayor grado que las que fueron expuestas a la intervención psicoeducativa.

Este trabajo se relaciona con la investigación en curso, ya que propone un cuestionario que ayuda a identificar las causas principales de la anorexia y sus derivados, además de contar con una muestra significativa de posible recuperación de las adolescentes. (Silva , Mendoza & Gonzalez, 2014). La anorexia y la bulimia son padecimientos que se han ido extendiendo en todas partes, debe ser considerada un problema social y de salud, por lo que se sugiere continuar realizando este tipo de estudios en otras poblaciones para observar de qué manera se manifiestan en ellas dichos trastornos y detectar a tiempo a aquellos sujetos que pudieran padecerlos, así como analizar variables tales como el funcionamiento familiar, la autoestima y la personalidad, las cuales pudieran influir para desencadenar la enfermedad de dichos trastornos. Como objetivo, es conocer la relación de la autopercepción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género con las actitudes y conductas hacia el peso y la alimentación en un grupo de adolescentes varones. Se aplicó el Cuestionario de Actitudes hacia la

Alimentación (EAT-40) y el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE) a 216 mujeres con edades entre 13 y 18 años. Los resultados muestran discrepancias entre las características del rol de género auto percibido, el ideal y la prescripción social, así como correlaciones entre actitudes y conductas de riesgo hacia el peso y la alimentación, y las características negativas de los roles de género, las cuales predicen conductas y actitudes negativas hacia el peso y la alimentación.

Respecto a las relaciones que guardan los roles de género y las actitudes negativas hacia el peso y la alimentación, se encontró que los atributos machistas, como ser dominante, individualista y arrogante, y las características sumisas, como ser conformista, incapaz de planear e inseguro de sí mismo, se relacionan con motivación para adelgazar, que se basa en el deseo de poseer una figura libre de excedentes de grasa, con la presión social percibida, que implica que interpretan que el medio social los presiona para que coman más puesto que son bajos de peso, con conductas compensatorias, que se refieren al estrés percibido alrededor de las horas de la comida que los conduce a hacer uso de conductas compensatorias como el vómito o el uso de laxantes, y con los estilos alimentarios, es decir, con aspectos no saludables relacionados a la alimentación y a los contextos dónde ésta se lleva a cabo.

Podríamos entonces relacionar dicha investigación con poder conocer los factores asociados al desempeño de conductas y actitudes negativas hacia la alimentación siendo de vital importancia para la elaboración de programas de prevención e intervenciones eficaces; además, es necesario considerar que los varones, en las variables estudiadas, no parecen diferir de las mujeres, lo que los

colocaría en situaciones de riesgo similares para desarrollar Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Además, con el fin de explorar si las personas con riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria presentan alteraciones neuropsicológicas se revisó el artículo que lleva por título: “Flexibilidad cognitiva y planificación en mujeres con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria”. En la cual se evaluó un total de 102 mujeres de entre 17 y 24 años divididas en dos grupos. El primero quedó constituido por 51 jóvenes sin conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, y el segundo por 51 jóvenes con dichas conductas. A todas se les aplicó el Eating Attitude Test, (Coleman, 2003). Los resultados revelaron dificultades en el grupo con riesgo de trastornos que sugieren fallas en el funcionamiento ejecutivo de las participantes, específicamente en planificación y flexibilidad cognoscitiva, además de una posible disociación del funcionamiento prefrontal dorsolateral y orbitofrontal.

Es posible que haya alteraciones en las redes neuronales ubicadas en el área prefrontal lateral relacionadas a la creación de esquemas, planes y conceptos de acción en las personas proclives a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Es por ello que es importante llevar a cabo estudios de neuroimagen funcional en este tipo de poblaciones para establecer si existen alteraciones previas en las porciones dorsolaterales de la corteza prefrontal, áreas que se encuentran principalmente involucradas en los procesos de planeación (Coleman J., 2003).

Habría que considerar, entonces, la necesidad de realizar estudios en los que se apliquen baterías completas de pruebas neuropsicológicas en muestras similares con el propósito de ampliar y especificar los datos aquí presentados. Se deben detallar, por ejemplo, las zonas prefrontales que muestran fallas, identificar las dificultades cognoscitivas específicas y valorar la probabilidad de fallas en otras áreas cerebrales. Lo anterior tendría como objetivo analizar su relación con la enfermedad, pues si bien existe una gran cantidad de información respecto al establecimiento y el mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la mayoría de las investigaciones se han centrado en explicar los factores emocionales y sociales; que de acuerdo con los resultados de este trabajo y de otros previos (Aguirre, 1994). Valdría la pena estudiar más a fondo el papel del funcionamiento neuropsicológico como posible factor predisponente y no considerarlo únicamente como parte de los efectos secundarios del padecimiento, pues ello aportaría un conocimiento más claro de tales trastornos, lo que podría conducir a un replanteamiento de los programas de prevención e intervención para el manejo de los trastornos de la alimentación.

Se menciona que en el siguiente estudio: “Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo” (De la Vega & Gómez-Peresmitré, 2008) que la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria es precedida de conductas como dieta restrictiva y problemas con la imagen corporal, factores de riesgo frecuentes entre adolescentes del género femenino. Por ello, el propósito de este estudio fue probar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional en 30 mujeres jóvenes que mostraban dichas conductas. La

duración de la intervención fue de quince sesiones semanales divididas en cuatro fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas. Se obtuvieron resultados con cambios estadísticamente significativos en las mediciones pre y post intervención y en las de seguimiento a tres y seis meses. Los mismos resultados positivos se encontraron en la esfera cognitivo-conductual: insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ineficacia y autoestima positiva y negativa. Se concluye que la intervención fue eficaz al disminuir las conductas alimentarias de riesgo y reducir asimismo la probabilidad de gestación de trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, las participantes modificaron la actitud hacia su propio cuerpo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en cuanto a que las participantes con bulimia nervosa modificaron los pensamientos y sentimientos relacionados con su imagen corporal al finalizar la terapia.

Asimismo, las participantes en esta investigación disminuyeron sus conductas alimentarias de riesgo (conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva), reestructurando los pensamientos negativos hacia los alimentos y modificando sus hábitos alimentarios, ya que al finalizar el tratamiento más de la mitad se encontraba dentro de un índice de masa corporal normal.

PROPUESTA DEL DISEÑO DE UN TALLER DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES QUE PADECEN ANOREXIA NERVIOSA.

Los trastornos de la alimentación, entre los que destacan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa constituyen un problema de salud emergente, en donde las estadísticas día a día se incrementan en adolescentes cada vez a más corta edad; el origen de dichos trastornos es multifactorial y exige atención en aspectos familiares, sociales culturales y especial actuación a nivel psicoeducativo. Entre los síntomas externos podemos mencionar las dietas extremas, pérdida de peso, la obsesión y compulsión por comer, el vómito, etc.; pero la raíz de mencionados trastornos se deben a alteraciones psicológicas como baja autoestima, miedo a madurar, elevados índices autoexigencia, ideas distorsionadas sobre la imagen corporal, la búsqueda de una identidad, entre otras, por lo que la adolescencia es una etapa idónea para realizar talleres de prevención primaria, ya que este periodo es donde ocurren diferentes factores de riesgo que hacen que los jóvenes una población vulnerable a desarrollar trastornos alimentarios.

- **Objetivo general:**

El objetivo general de la presente tesis consiste en el desarrollo de un taller que pueda ser utilizado en instituciones públicas y/o privadas con adolescentes en riesgo de padecer trastornos alimenticios.

- **Objetivos específicos:**

1. Informar y explicar las definiciones y los principales síntomas de los trastornos de la alimentación, analizar la influencia de los medios de

comunicación, con relación a la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal, orientar sobre cómo actuar y a quién acudir ante estos problemas.

2. Tomar conciencia de cuál es su patrón habitual de alimentación y contrastarlo con patrones de alimentación más saludables, con la finalidad de que las adolescentes aprendan a incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en el plato del buen comer, incluyendo las proporciones y cantidades adecuadas, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan y, por lo tanto, aprendiendo a incluir todas las vitaminas y nutrientes para mantenerse en un peso estable y saludable, sin desarrollar un trastorno alimenticio.

- **Piloteo del taller**

Para su formulación, se llevó a cabo un piloteo con tres adolescentes del sexo femenino de 12 años que asistían a la escuela secundaria, con el fin de desarrollar y evaluar los temas, sesiones, procedimientos y materiales educativos para prevenir este trastorno alimenticio, enfatizando la importancia de una adecuada alimentación, las características que debe tener una dieta saludable y equilibrada, evitar errores alimenticios y dietas tempranas, además de sensibilizar a los adolescentes y padres de familia para prevenir la anorexia nerviosa. Este piloteo tuvo una duración de dos meses.

Los instrumentos expuestos en el apartado de Anexos se realizaron durante los dos meses que duró el taller. Estas pruebas se realizaron en diferentes

días y horarios los cuales fueron propuestos por los padres de familia para no afectar en las actividades académicas y extracurriculares de las adolescentes que asistieron. La aplicación de las pruebas tuvo lugar en un cuarto, amplio, iluminado, tranquilo y con sillas y mesas colocadas de manera que las adolescentes y los padres de familia pudieran verse de frente, lo cual permitió que la expositora pudiera caminar y contestar oportunamente las diferentes dudas que surgieron a lo largo del curso. La forma en la que se inició el curso fue con una breve explicación del mismo. Se proyectó una pequeña presentación a manera de introducción y se describió los múltiples trastornos que ocasiona el trastorno alimenticio, con énfasis en la anorexia.

Para el desarrollo de los materiales de apoyo se buscó que fueran pertinentes y atractivos para las adolescentes y se encuentran como anexos al final de la presente tesis. Previo al piloteo, se obtuvo la autorización de los padres y/o tutores, quienes mostraron siempre un apoyo incondicional para su realización. Además de entregarles una carta consentimiento donde se les informaba el propósito del taller. (Ver ANEXO 1).

La versión final del taller que aquí se propone, tendrá una duración diez sesiones, cada una de ellas con dos horas de duración y con una frecuencia de dos veces por semana para lograr cubrir todos los temas a tratar, además de realizar diferentes actividades para que se les pueda explicar a las adolescentes sobre el trastorno alimenticio que padecen o pudieran desarrollar.

Para mayor descripción de las sesiones, los temas a tratar, así como el uso de los materiales educativos a utilizar, en el ANEXO 2 se encuentran las cartas

descriptivas con el fin de facilitar su puesta en marcha en instituciones interesadas en impartir dicho taller.

Con excepción de la primera y la última sesión donde se realiza una explicación teórica, utilizando diapositivas, vídeos o cualquier otro material que ayude a mantener la atención y participación de las adolescentes, se les proporciona un pre test para identificar el conocimiento que tienen sobre los trastornos alimenticios (Ver ANEXO 3) así como la forma de calificar (Ver ANEXO 4).

En cada una de las sesiones se señala el objetivo, la secuencia de las actividades y el material necesario para la realización de las mismas. El taller deberá ser dinámico, se utilizarán cuestionarios relacionados con los hábitos alimenticios y sobre la evaluación del trastorno. (Ver ANEXO 5 y 6).

La mayoría de las actividades tienen un soporte de papel y lápiz. Este material de trabajo se ha diseñado en forma de fichas, cuestionarios y dibujos. Las actividades se basan en diversas técnicas individuales y grupales tales como cuestionarios relacionados con sus hábitos de alimentación, autoinformes, análisis de artículos de los medios de comunicación, visualización de comerciales por medio de vídeos, reflexiones personales. Se puso especial interés en que las actividades y la dinámica de las mismas propicien cambios en algunos aspectos de su vida, como por ejemplo eliminar ideas erróneas sobre nutrición, o sobre cómo obtener éxito en la vida, aumentar la satisfacción personal, para este apartado se utilizó la pirámide alimenticia (Ver ANEXO 7) y el plato del buen comer (Ver ANEXO 8).

Para cada sesión, excepto para la primera y la última, se proporcionó al inicio de la misma, una explicación teórica que puede servir de ayuda para tratar el tema los mitos y verdades sobre los alimentos, la relación de la pirámide alimenticia y los nutrientes que aporta cada alimento. (Ver ANEXO 10). De esta manera se estarán ofreciendo alternativas de llevar una vida saludable con una alimentación adecuada, ejercicio y una aceptación de sí mismo.

Con respecto a la sesión de la influencia de los medios de comunicación, los adolescentes y padres de familia deben analizar artículos de revistas y videos sobre los trastornos alimenticios y cómo estos impactan en la auto percepción y autoestima de las adolescentes. (Ver ANEXO 11 y 12).

De acuerdo con la prevención, resultará más eficaz si se aplica en poblaciones de riesgo, en sesiones interactivas y múltiples, principalmente en personas jóvenes de sexo femenino. Resultarán más eficaces aquellas estrategias que emplean técnicas que refuercen la autoestima y habilidades sociales y ayuden a realizar crítica del modelo estético imperante y a la aceptación de la imagen corporal, así como fomentar los buenos hábitos alimenticios en las adolescentes que padecen trastornos alimenticios.

Con el fin de dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en el “Plato del bien comer”, se hace reflexionar a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

A continuación, se muestran los temas que se trabajaron durante las sesiones en las que se desarrolló el taller, cada una de ellas cuenta con varios subtemas trabajados.

1. Alimentación.
 - Grupos de alimentos
 - Como obtener los nutrientes adecuados
 - Diseñar un plan de alimentación adecuado
 - Tamaño de las porciones
2. Ejercicio
 - Elegir una actividad que nos guste hacer
 - Tiempo y/o rutina
3. Autoestima/ Socialización
 - Percepción corporal
 - Aceptación de uno mismo
4. Influencia de los medios de comunicación
5. Autorregulación y autocontrol
 - Comprensión emocional
 - Regulación de los estados emocionales

Para la integración de la información se realizará una historia clínica con el objetivo de evaluar el trastorno de la conducta alimentaria. (Ver ANEXO 13), además de realizar diferentes actividades para explicar a las adolescentes el trastorno alimenticio que padecen, en este sentido favorecer que el taller sea dinámico.

El estilo de aprendizaje será reflexivo; basándose en las experiencias y reuniendo la información sobre cómo se desarrolló el trastorno y analizar específicamente cada situación antes de llegar a una conclusión.

Observar y escuchar a las demás adolescentes que comparten sus experiencias con la comida y su estilo de vida, pero no intervenir hasta que sean capaces de aceptar su trastorno alimenticio.

Para la propuesta del taller se describen los criterios que se utilizaron.

- **Criterios de inclusión**
 - Edad. De 12 a 15 años
 - Sexo: indistinto
 - Carta consentimiento por parte de los padres
 - Presentar trastornos alimenticios
 - No. de participantes por grupo

- **Material de apoyo**

Para la impartición del taller se utilizarán diapositivas en PowerPoint, por lo que será necesario utilizar cañón, laptop, folleto desarrollado para el curso (Ver ANEXO 14), impresiones, crayones, colores, revistas, alimentos transportables y ejemplos de revistas. (Página de Profeco.com y la revista del consumidor; las cuales se utilizarán para fines educativos).

Por último, antes de aplicar este programa es aconsejable analizar las convicciones y actitudes de los adolescentes respecto a temas como el peso, las dietas de adelgazamiento, el peso, la silueta, la imagen corporal, la autoestima, el aspecto físico, la influencia de los medios de comunicación etc. y analizar cómo pueden influir a la hora de impartir estas sesiones.

Por ello, es importante que quienes realicen el taller, además de conocerlos, examinen sus propias creencias y actitudes con respecto a la alimentación, las dietas, el peso y el aspecto físico (información que viene descrita en la presente tesis pág. 15) y evitar las conductas y los mensajes verbales y no verbales, ya que pueden influir en las actitudes de los adolescentes y los padres.

A manera de resumen en el Anexo 15 se proponen los temas a tratar en diferentes momentos del taller para reforzar el contenido que se ve en cada uno de ellos, con el fin de favorecer la práctica de una adecuada alimentación se desarrolló un Menú Saludable como orientación a los adolescentes (Ver ANEXO 16).

La adolescencia y la juventud son momentos de mayor vulnerabilidad, ya que se encuentran construyendo su propia identidad. Es por eso por lo que se ha pensado en la realización de una propuesta de taller que promueva conocimiento, concientización, y prevención de los trastornos alimenticios.

CONCLUSIÓN

Para evitar la aparición de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, no debemos ignorar la importancia de aplicar talleres preventivos para identificar la sintomatología de un problema con la alimentación.

Como primera instancia se debe brindar platicas informativas sobre anorexia y bulimia nerviosa estableciendo claramente las consecuencias, es necesario elaborar nuevas propuestas que informen desde la edad temprana de dichos trastornos.

Apoyarse en propuestas y en elaboración de talleres que se impartan desde la educación primaria, ya que temas tan relevantes como los trastornos de la conducta alimentaria están presentes en todos los medios que nos rodean. Así mismo se reconoce capacitar y concientizar al personal del hospital e instituciones públicas sobre esta problemática y finalmente destacar el psicólogo debe conocer y desarrollar estrategias de prevención con la finalidad de fortalecer la autoestima, identidad y aceptación de uno mismo, por lo cual el objetivo se podría alcanzar aplicando este taller en niños y adolescentes que desarrollan síntomas de algún trastorno.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1937). *Adolescencia* . Universidad de Texas: Kargieman.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*.
- Antonio, L. (2009). *Terapia reconstructiva: Una luz en el laberinto. Un método para reparar el alma*. Libros en red.
- Association, A. P. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)*. Barcelona: Masson.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia*. Pirámide.
- Coleman J., H. L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Coleman, J. (2003). *Psicología de la adolescencia* . Madrid : Morata.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico* . Pearson Educación.
- Delval, J. (1996). *Psicología del desarrollo humano- siglo XIX* . España.
- DSM-III. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- DSM-IV, A. A. (1994). *DSM-IV*. American Psychiatric Press.
- DSM-V, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)* . Madrid: 1º edición Panamericana.
- Feighner, R. E. (1972). *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch Gen Psychiatry.
- Fuente, A. (2007). *Portada: Anorexia y bulimia causan un 10% de mortalidad infantil y juvenil* .
- García, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Elsevier.
- Gómez-Pérez-Mitré. (1997). *Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas púberes*. Revista Mexicana de Psicología.
- Gull, W. (1874). *Anorexia Nervosa*. London: Transtact Clin. Soc.

- Holtz, V. y. (1992). *Trastornos de la alimentación* . México: Universidad Iberoamericana .
- Mardomingo, M. (2000). *Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte Educación hoy*. Madrid: Nancea.
- McDowell, J. (2000). *Manual para consejeros de jóvenes*. Texas: Mundo Hispano.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México.
- Morris, C. (2001). *Introducción a la psicología*. Pearson Educación.
- Orden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios* . Morata.
- Philip, F. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital* . Barcelona: Pearson .
- Recasens, M. (2007). *Como resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: Lo que el espejo no nos dice realmente* . México.
- Salas - Salvadó, J., & García-Lorda, P. y. (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: 1º edición. Glosa.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Fundación Universidad Empresa .
- Salud, O. M. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* . Madrid: Meditor.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* . México: Cengage Learning.
- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia* . Barcelona España.
- Tato, G. (2006). *Mensajes del cuerpo*. Trilce.
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia: Una experiencia clínica* . Díaz Santos .
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

- Toro, J. (2006). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa* . Barcelona : Martínez Roca .
- Toro, J. y. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona : Martínez Roca.
- Turon, V. (1997). *Trastornos de la alimentación* . Masson .
- Vera, C. (2001). *Genéro, cultura e imagen del cuerpo. En: Derecho de las mujeres a su imagen* . Universidad de Alicante .
- Weitzner, A. (1995). *El ABC de los desordenes alimenticios: Anorexia, bulimia, comer compulsivo. Guía practica para adolescentes*. México: Pax,3ra edición.
- Yosifides, A. (2006). *Bulimia y anorexia*. Brujas.

Páginas electrónicas:

https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2015/bol300_alimentos_sanos.asp

<http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/art34.pdf>

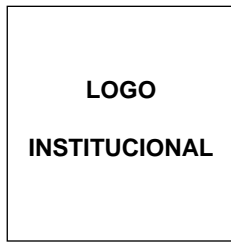
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

<http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>

<http://www.redalyc.org/html/337/33730102/>

<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/661>

ANEXOS



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN CURSO DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle los apartados en los que consiste el curso y que usted apruebe la participación de su hija (o).

El consentimiento informado le proporciona información sobre el taller al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee. Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a la persona encargada del curso quien le ayudará a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el curso y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el taller. Su decisión es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de participar o no en el taller.

La presente investigación es conducida por _____, de la _____.

Si usted accede a que hijo (a) participe en este curso, se le pedirá responder preguntas en una entrevista inicial (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que se hayan expresado en cada sesión.

Se basará en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en el “Plato del bien comer”, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

El propósito de esta carta de consentimiento es proveer a los padres información sobre esta investigación con una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La participación en este curso es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán confidenciales y anónimas.

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

Acepto participar voluntariamente en este curso-taller, conducida por _____ He sido informado (a) de que la meta de esta investigación es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre y firma del Padre o Tutor

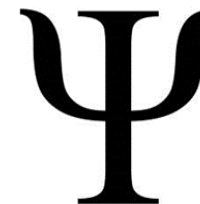
Fecha

Nombre del Adolescente

Fecha



ANEXO 2: Cartas descriptivas



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**

Nombre del Curso:
Diseño de un programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

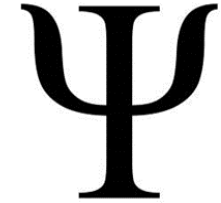
No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
1. Presentación y encuadre.	Presentación del evaluador y las pacientes con anorexia nerviosa. Desarrollar comunicación efectiva: Evaluador-Pacientes con Anorexia Nerviosa Conocer la sintomatología de la anorexia nerviosa. Recibir formación sobre los trastornos de la conducta alimenticia. Aprender a realizar una dieta y asesorar su ingesta de alimentación.	Presentación del grupo. Evaluación inicial mediante el cuestionario de conocimiento de síntomas, nutrición y habilidades de comunicación efectiva. Presentación mediante PowerPoint de la sintomatología de Anorexia Análisis de casos.	Laptop, cañón, diapositivas en PowerPoint. Hojas de papel y reflexiones.	Dos horas. (Los papás deberán asistir a la sesión de presentación y de alimentación. Llevar la firma de consentimiento.)

	Reflexión de los casos de anorexia nerviosa.			
--	--	--	--	--

Observaciones:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**

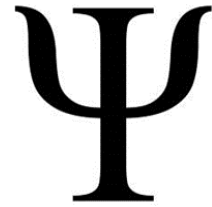


Nombre del Curso:
Diseño de un programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
2. Alimentación (Duración de 2 sesiones) (Los papás participan en estas sesiones.)	Aumentar los conocimientos sobre hábitos alimentarios, ya que así aumenta la probabilidad de cubrir todas las ingestas recomendadas de nutrientes.	Alimentación	Laptop, cañón, diapositivas en PowerPoint. Se realizará un folleto para hacer atractiva la información de la alimentación.	50 minutos
	Identificar los distintos grupos de alimentos y los nutrientes que nos aportan.	Grupos de alimentos y como obtener los nutrientes adecuados	Pirámide alimenticia en papel, ejercicio en hojas de papel y reflexión	50 minutos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**



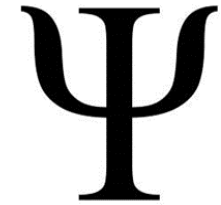
Nombre del Curso:
Diseño de un programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
3. Alimentación (Prácticas)	Aprender una nueva forma de alimentarse en forma completa y con todos los nutrientes necesarios, no solo para reducir de peso sino para tener una vida sana y mantener un peso adecuado	Diseñar un plan de alimentación adecuado	Copias de plan alimenticio. Elaboración de recetas saludables propias, con el cálculo de nutrientes que la componen. Pedir a los participantes que lleven alimentos transportables.	55 minutos
	Enseñar buenas prácticas de manipulación de alimentos.	Tamaño de las porciones	Utilizar las manos como medio control de porciones. Llevar recortes de comida que les guste. Hojas de papel y colores.	45 minutos

Observaciones:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**



Nombre del Curso:
Diseño de un programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

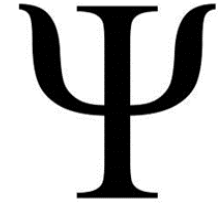
No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
4. Influencia de los medios de comunicación	La toma de conciencia de cómo la publicidad influye en la adquisición del modelo estético corporal.	Influencia de la televisión	Copias del material didáctico, lluvias de ideas	45 minutos
	RECESO			25 minutos
		Fuentes de información	Revistas, libros, celular.	35 minutos

--	--	--	--	--

Observaciones:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**



Nombre del Curso:
Programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

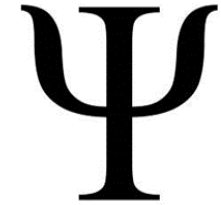
No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
5. Autoestima/ Socialización	Percepción corporal	Reconocer diferentes partes del cuerpo y la de los demás.	Hojas de papel e imagen del cuerpo Reflexiones	45 minutos
	RECESO			25 minutos
	Aceptación de uno mismo	Consiste en que la persona aprenda a verse con mayor objetividad, a sentir menos malestar, a pensar de manera más	Lluvia de ideas en hojas de papel, colores, fotografías. ¿Cómo me veo yo? (descripción de sí mismas)	40 minutos

		favorable sobre sí misma y a comportarse de acuerdo a una manera más gratificante de verse.		
--	--	---	--	--

Observaciones:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES



Nombre del Curso:
Programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

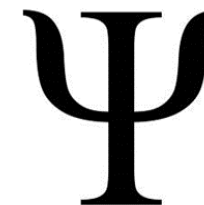
No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
6. Ejercicio	Evaluaciones periódicas de las distintas fases del entrenamiento. Mejorar la personalidad, la autoconfianza, la autoestima y el autoconcepto, favoreciendo la imagen positiva de su propio cuerpo.	Elegir una actividad que nos guste hacer	Diapositivas en PowerPoint, cañón, Laptop. Hojas de papel	45 minutos

	RECESO			25 minutos
	El plan de entrenamiento estará diseñado según características específicas de cada paciente.	Tiempo y/o rutina	Hojas de papel	35 minutos

Observaciones:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**



Nombre del Curso:
Programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

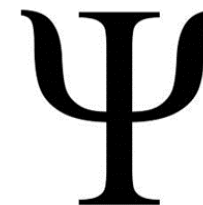
No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
7. Autorregulación y autocontrol	Capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos.	Comprensión emocional	Video, laptop, cañón, cuestionario	45 minutos
	RECESO			25 minutos

	Habilidad de reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo de mi persona Identificar las propias emociones y regularlas de forma apropiada	Regulación de los estados emocionales	Hojas de papel, mascada.	35 minutos
--	---	---------------------------------------	--------------------------	------------

Observaciones:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES**



Nombre del Curso:
Programa de intervención para adolescentes
Objetivos específicos:
Consiste en dar a conocer la importancia de incorporar los diferentes alimentos que se encuentran en la pirámide alimenticia, haciéndoles ver a las adolescentes que padecen este trastorno de la conducta alimenticia que su ingesta no provoca el aumento de peso que imaginan.

No. de sesión	Objetivos	Contenido temático	Material de apoyo	Duración
8. Evaluación y cierre.	Fomentar el conocimiento de los trastornos alimenticios y apoyar con materiales visuales.	Proporcionar tríptico de los trastornos alimenticios como prevención.	Tríptico Hojas de papel	20 minutos
	Preguntas y respuestas del curso			20 minutos
		Proporcionar guía de alimentación adecuada y planes alimenticios	Hojas de papel Plumones	20 minutos

Observaciones:

**LOGO
INSTITUCIONAL.**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES

CUADERNILLO DE EVALUACIÓN

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer el nivel de información sobre los trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia en adolescentes.

Para ello esperamos que respondas con sinceridad.

La encuesta es anónima.

1. ¿Sabes que es la anorexia?

- a) Enfermedad donde las personas dejan de comer y se quieren ver delgadas.
- b) Enfermedad donde las personas vomitan todo lo que comen.
- c) Enfermedad de ejercicio excesivo

2. ¿Qué piensas de las personas que padecen esta enfermedad?

- a) Que no se sientes bien consigo mismas y tienen baja autoestima
- b) Que creen que son lo máximo.
- c) Que quieren ser el centro de atención

3. ¿Qué piensas de tu cuerpo?

- a) Te sientes conforme y a gusto con tu cuerpo
- b) Te da igual, ser flaca o gorda
- c) Te gustaría cambiar ciertas partes de tu cuerpo

4. ¿Crees que te dejas influenciar por las demás personas?

- a) No, tomo mis propias decisiones.
- b) No lo sé, hay momentos en que sí lo hago
- c) Si, porque siento que no le importo a nadie

5. ¿Cuánto te importa la opinión de los demás?

- a) Mucho, es muy importante para mí.
- b) La tomo en cuenta, pero yo decido.
- c) No, es mi vida y yo decido como la vivo.

6. ¿Cuál crees que es la importancia de tener una dieta balanceada?
- a) Es importante porque mejora tu calidad de vida
 - b) No es importante porque no bajo de peso
 - c) Es buena, pero a veces no sabemos cómo combinar la comida
7. ¿Te fijas en las calorías que tiene un alimento antes de consumirlo?
- a) No, jamás lo hago
 - b) Si, a veces me gusta ver que como.
 - c) Siempre si tiene muchas no lo consumo.
8. ¿Llevas alguna dieta?
- a) Si, me cuido de lo que como
 - b) No en realidad, pero si como saludable
 - c) No para nada, como lo que quiero
9. ¿Cada cuánto haces ejercicio?
- a) Nunca, no me gusta
 - b) Una o dos veces a la semana
 - c) Todos los días hago ejercicio
10. ¿Crees que entre más delgada seas te ves mejor?
- a) Totalmente es la moda
 - b) No, yo prefiero un cuerpo más curvilíneo
 - c) Es bueno estar delgada pero no en exceso.
11. ¿Crees que la anorexia se presenta más en las mujeres que en los hombres?
- a) Si
 - b) No
 - C) Todos pueden tener anorexia
12. ¿La anorexia se presenta más en los adolescentes?
- A) Si
 - B) No
 - C) Se puede presentar a cualquier edad
14. ¿Cómo podrías definir que es la anorexia?
- A) Desorden alimenticio
 - B) No comer nada
 - C) Comer y vomitar
15. ¿Que causa que una persona se vuelva anoréxica?

- A) Falta de comunicación por parte de las personas que los rodean
- B) Que no les guste su físico, es decir su cuerpo
- c) Que los critiquen

16. ¿Tienes miedo a engordar?

- a) Si mucho
- b) No
- c) A veces

17.- ¿Crees que los pacientes con anorexia y bulimia niegan su enfermedad?

- a) Si, siempre lo hacen
- b) En algunas ocasiones
- c) No, porque no tienen esa enfermedad

18. Coloca una A en los síntomas que creas que pertenecen a la anorexia y una B si crees que son de la bulimia.

Ansiedad por la comida	
Disconformidad y descontento con el cuerpo físico	
Vomitir los alimentos	
Obsesión con perder peso	
Uso innecesario de laxantes	
Períodos de inanición	
Exceso de ejercicios	

19. ¿Crees que la publicidad muestra la imagen de un cuerpo ideal, es decir que las mujeres deben ser delgadas?

- a) Siempre
- b) Nunca
- c) A veces

20. ¿Crees que la bulimia y la anorexia puedan causar la muerte de las personas que padecen el trastorno si no son tratadas a tiempo?

- a) Definitivamente
- b) No
- c) No estoy segura (o)

Agradecemos tu participación.

ANEXO 4: Calificación de pre y post test

1. ¿Sabes que es la anorexia?
a) Enfermedad donde las personas dejan de comer y se quieren ver delgadas.
2. ¿Qué piensas de las personas que padecen esta enfermedad?
a) Que no se sienten bien consigo mismas y tienen baja autoestima
3. ¿Qué piensas de tu cuerpo?
c) Te gustaría cambiar ciertas partes de tu cuerpo
4. ¿Crees que te dejas influenciar por las demás personas?
c) Si, porque siento que no le importo a nadie
5. ¿Cuánto te importa la opinión de los demás?
a) Mucho, es muy importante para mí.
6. ¿Cuál crees que es la importancia de tener una dieta balanceada?
a) Es importante porque mejora tu calidad de vida
7. ¿Te fijas en las calorías que tiene un alimento antes de consumirlo?
c) Siempre si tiene muchas no lo consumo.
8. ¿Llevas alguna dieta?
a) Si, me cuido de lo que como
9. ¿Cada cuánto haces ejercicio?
c) Todos los días hago ejercicio
10. ¿Crees que entre más delgada seas te ves mejor?
a) Totalmente es la moda
11. ¿Crees que la anorexia se presenta más en las mujeres que en los hombres?
C) Todos pueden tener anorexia
12. ¿La anorexia se presenta más en los adolescentes?
C) Se puede presentar a cualquier edad

14. ¿Cómo podrías definir que es la anorexia?

A) Desorden alimenticio

15. ¿Que causa que una persona se vuelva anoréxica?

A) Falta de comunicación por parte de las personas que los rodean

16. ¿Tienes miedo a engordar?

a) Si mucho

17.- ¿Crees que los pacientes con anorexia y bulimia niegan su enfermedad?

a) Si, siempre lo hacen

18.- Coloque una A en los síntomas que usted cree que pertenezcan a la anorexia, una B si cree que son de la bulimia y si cree que son de ambos coloque A y B
Las personas que no respondieron de la siguiente manera, son las personas que no conocen los síntomas de la anorexia y bulimia por lo tal que lo confunden.

Ansiedad por la comida	B
Disconformidad y descontento con el cuerpo físico	A y B
Vomitarse los alimentos	B
Obsesión con perder peso	AyB
Uso innecesario de laxantes	B
Períodos de inanición (no comer)	A
Exceso de ejercicios	B

19. ¿Crees que la publicidad muestra la imagen de un cuerpo ideal, es decir que las mujeres deben ser delgadas?

a) Siempre

20. ¿Crees que la bulimia y la anorexia puedan causar la muerte de las personas que padecen el trastorno si no son tratadas a tiempo?

a) Definitivamente

ANEXO 5: Cuestionario para la evaluación de su trastorno

1. ¿Te sentirías bien si te dijeran que has adelgazado un poco?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

2. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

3. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

4. ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes, incluso cuando no estás a régimen?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

5. ¿Has ayunado alguna vez durante un día completo?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

6. ¿Con qué frecuencia?

Más de una vez a la semana (1 punto)

Ninguna vez a la semana (0 puntos)

7. ¿Has utilizado alguna vez pastillas, diuréticos o laxantes o provocarte el vómito para perder peso?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

8. ¿Se ve tu vida diaria gravemente afectada por tu forma de comer?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

9. ¿Crees que la comida controla tu vida?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

10. ¿Te ha ocurrido alguna vez comer y comer hasta que las molestias físicas te obligan a parar?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

11. ¿Existen momentos en los cuales solo puedes pensar en comida?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

12. ¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

13. ¿Puedes parar de comer siempre que te lo propones?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

14. ¿Has experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

15. ¿Cuándo te sientes ansioso/a tienes tendencia a comer demasiado?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

16. ¿La idea de engordar te aterroriza?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

17. ¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimentos, rápidamente y fuera de horas?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

18. ¿Te sientes avergonzado/a por tus hábitos alimentarios?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

19. ¿Te preocupa no tener control sobre «cuánto» comes?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

20. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

21. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

22. ¿Engañas a los demás acerca de la cantidad que comes?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

23. ¿Te das alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

24. Si es así, cuando terminas de atracarte, ¿Te sientes «miserable»?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

25 ¿Te das atracones únicamente cuando está solo/a?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

26. ¿Con qué frecuencia ocurren estos atracones?

Los atracones son más de uno a la semana (1 punto)
Los atracones son menos de uno a la semana (0 puntos)

28. Después de comer mucho, ¿te sientes muy culpable?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

29. ¿Comes algunas veces en secreto?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

30. ¿Crees que tus hábitos alimenticios pueden considerarse normales?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

31. ¿Te consideras un comedor/a compulsivo/a (no puedes evitarlo)?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

32. ¿Varía tu peso más de 2 kg a la semana?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

ANEXO 6. Calificación del cuestionario para la evaluación de su trastorno

Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

Puntuación total de 0-10 puntos: Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. Su resultado en el test implica que no se observan alteraciones serias en su forma de alimentarse y no se detecta un problema con la comida. Se puede decir que su resultado se encuentra dentro de la normalidad.

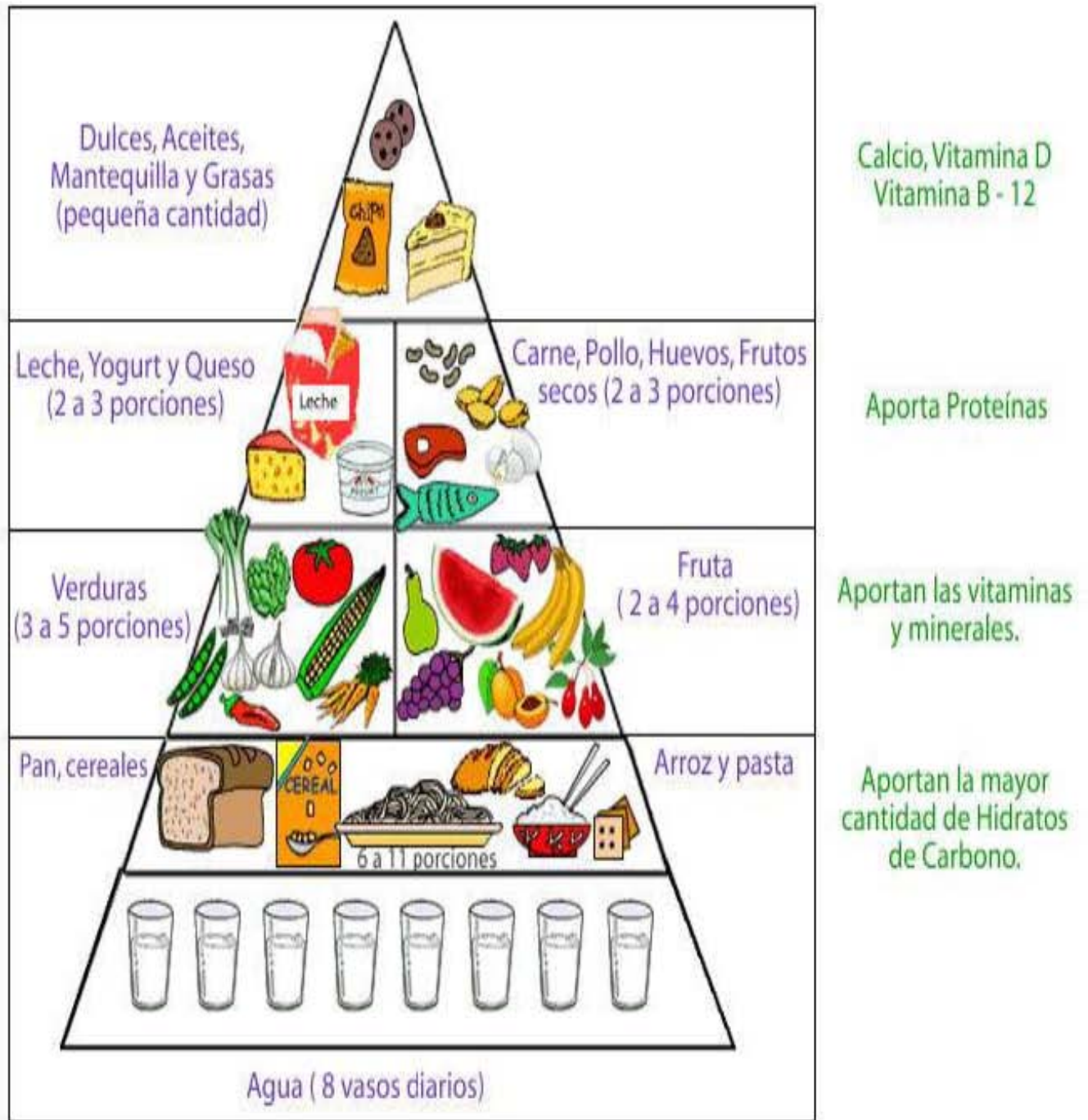
Puntuación total de 10-20 puntos: Patrón de alimentación anormal, aunque no necesariamente implica sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. Su resultado en el test indica que, aunque se detectan algunas alteraciones en su forma de alimentarse, esto no significa necesariamente sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. Dado que el resultado no es concluyente, podría ser beneficioso contrastar el resultado con la opinión de un profesional.

Puntuación total de 20-33 puntos: Patrón de alimentación muy alterado, anorexia nerviosa muy posible. Su resultado en el test indica que tiene una forma de alimentarse muy alterada y es muy posible que esté iniciando o sufra ya desde hace tiempo un trastorno de la conducta alimentaria. Es muy aconsejable que busque ayuda profesional con el fin de intentar delimitar este problema ya que sin duda interfiere de forma significativa en su vida diaria.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional.

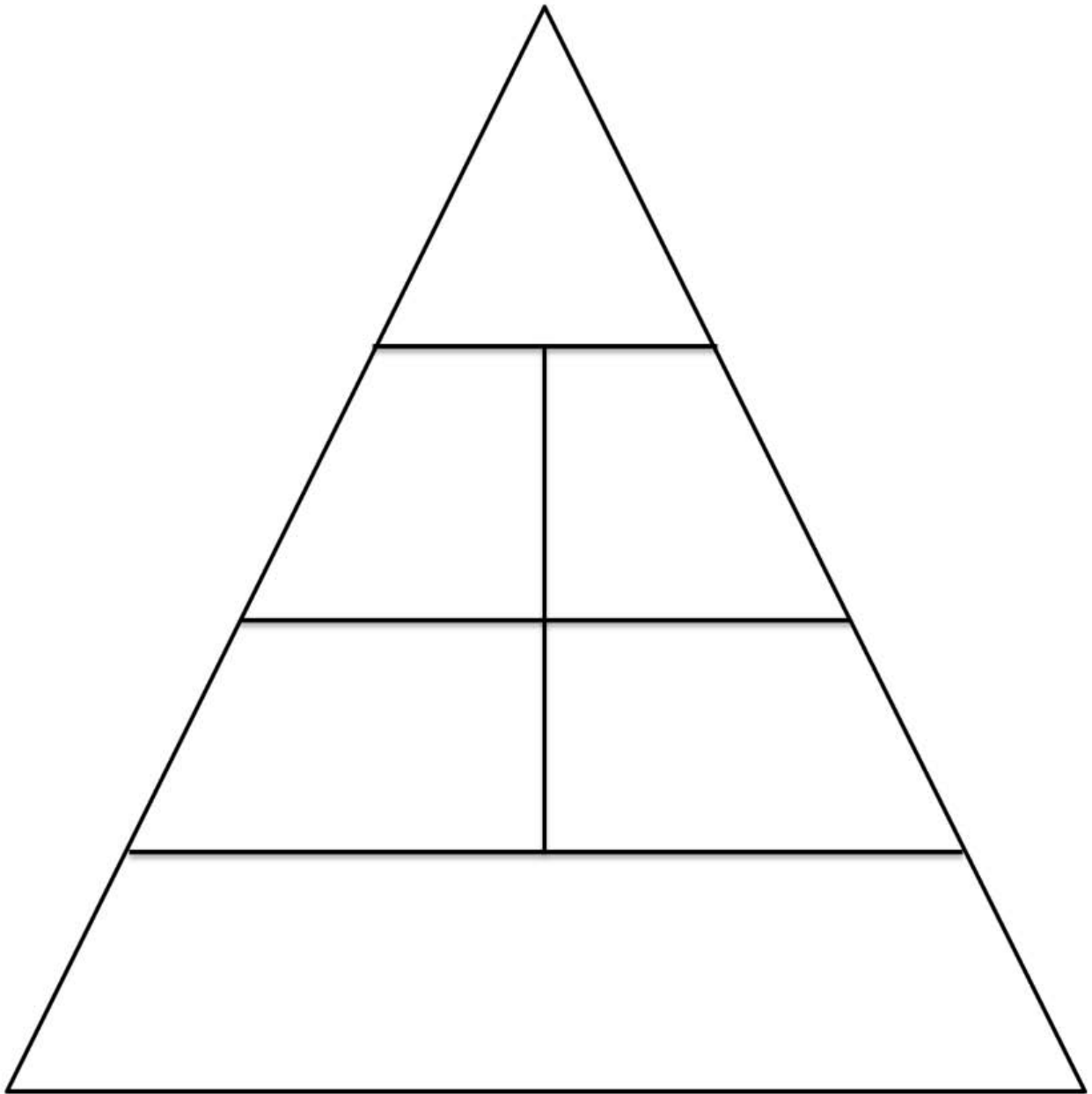
ANEXO 7: Pirámide alimenticia

Explicar los nutrientes que aportan cada parte de la pirámide alimenticia.



¿Qué alimentos como yo?

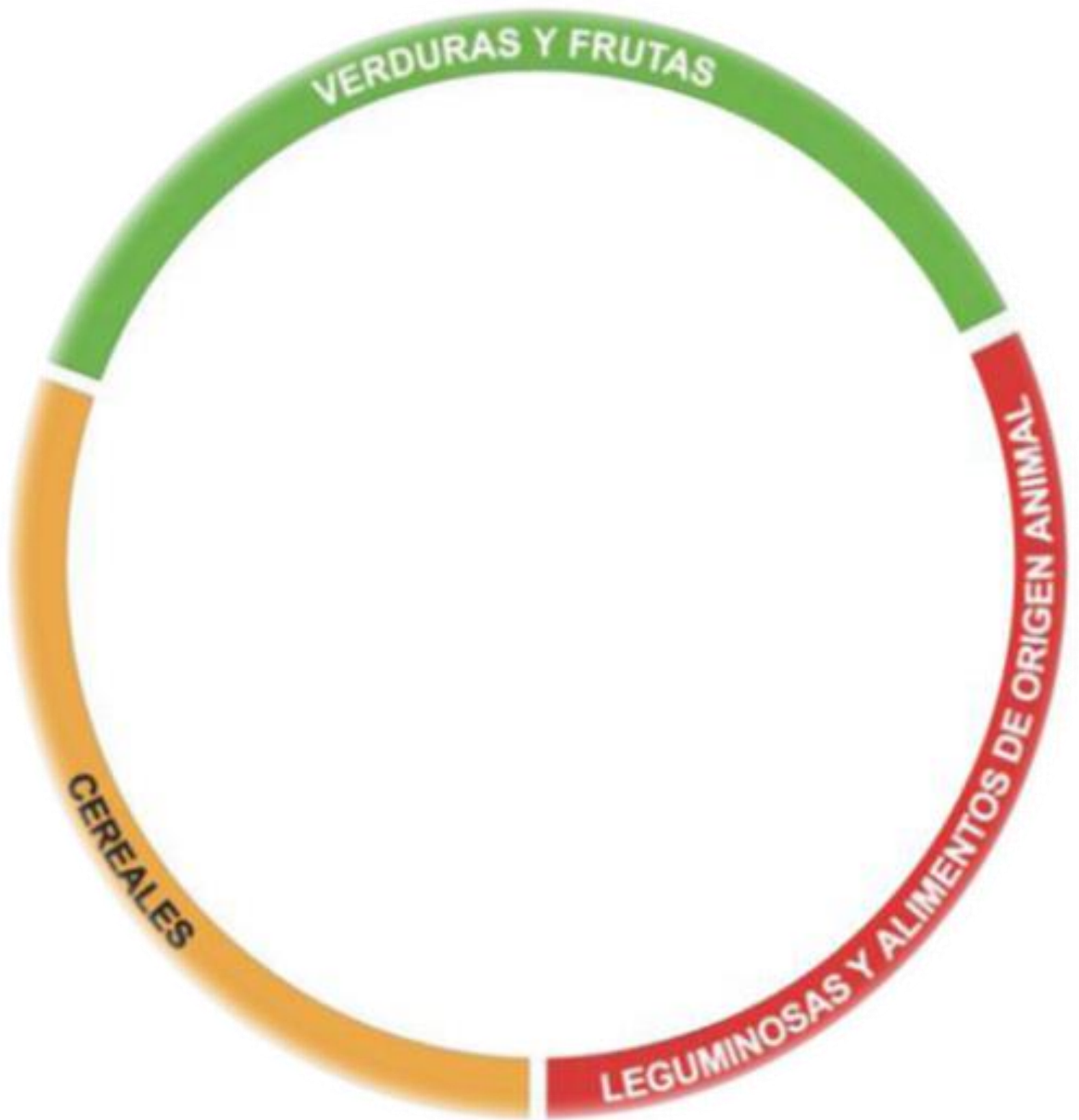
Dibuja los alimentos que sueles ingerir durante la semana.



ANEXO 8: El plato del buen comer



ANEXO 9: Mi plato del buen comer



ANEXO 10: ¿Qué comí ayer?

Escribe a continuación todo lo que comiste ayer, desde que te levantaste hasta que te fuiste a dormir, incluyendo lo que picaste entre horas y bebidas.

Con lo que ahora sabes de nutrición, contesta las siguientes preguntas:

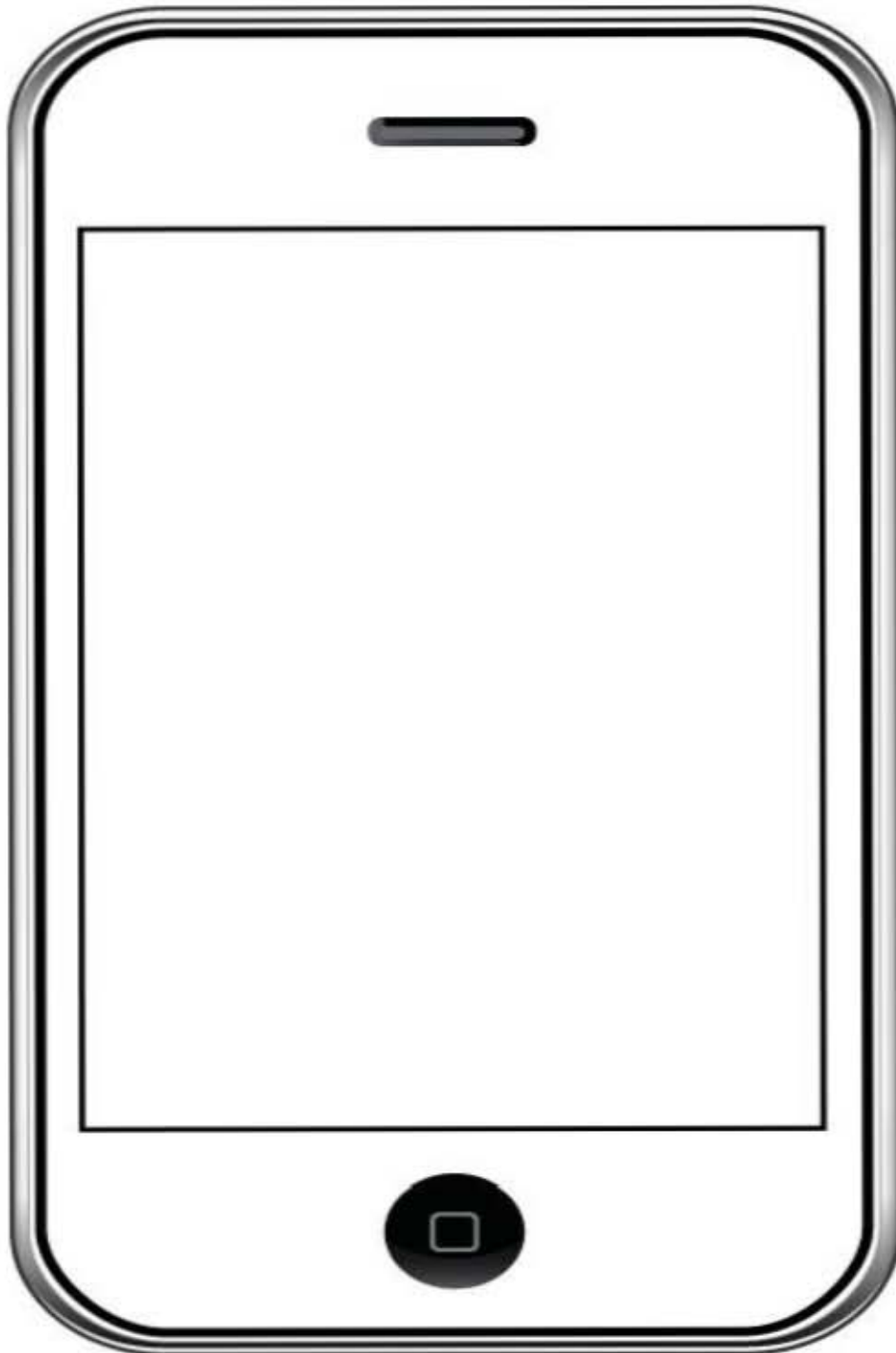
¿Qué nutrientes he ingerido?

¿Cuáles me han faltado?

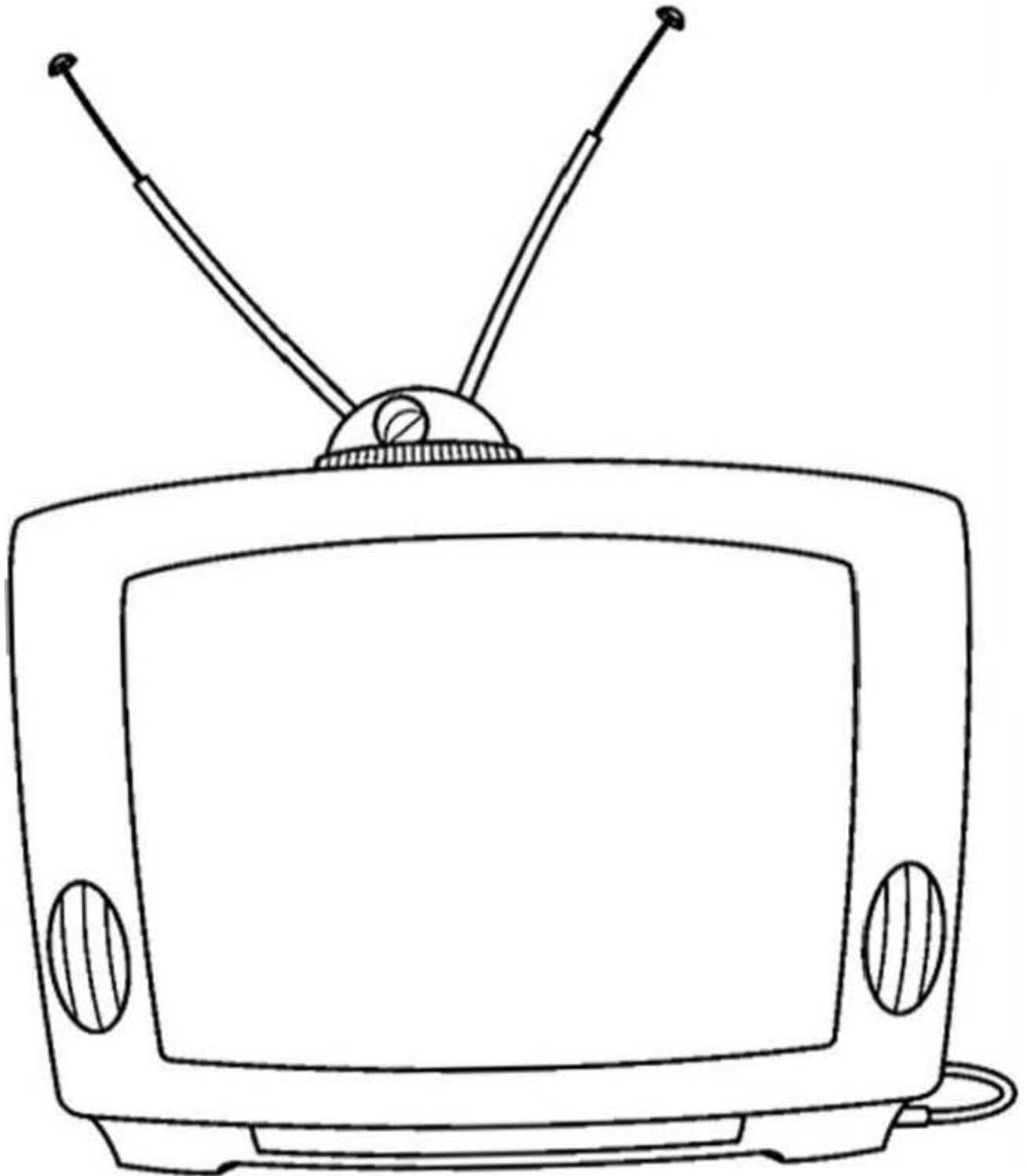
¿Sería una dieta equilibrada para un día de una adolescente?

ANEXO 11: Publicidad

Diseña un anuncio sobre ti. En el celular deberás escribir las cualidades y logros de los que estés satisfecho (a).



En el televisor dibuja como es que te ves, representando de manera el tamaño y forma de nuestro cuerpo.



ANEXO 12: Evaluación de mensajes televisivos sobre el trastorno de la anorexia nerviosa.

<https://youtu.be/Q3dFyoUQD6c>

A partir de la videograbación de un anuncio o comercial que comparte tú opinión sobre esté, así mismo realiza una breve descripción y si crees que a otros padres de familia pueda ayudar a detectar el trastorno alimenticio.

- ¿Cuál es el mensaje que se proyecta?
- ¿A quién va dirigido el mensaje?
- ¿Qué sentimiento o emoción proyecta?

Realiza una breve descripción:

ANOR
Algunas e
para p
proble
alimen

La mejor mane
problemas alim
cómo alimentar
y para eso lo me
un profesional.
de la buena nut
qué porciones
grupos de alim
consumir

• Estabiliza
alimentarios: co
un horario re
alimentos.
preferente
acompa

- Entérate de c
saludable p
alcanzarlo y mar
preocupado por
no dudes e
prof



La imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo, es la forma en que pensamos o nos vemos, y la forma en que creemos que los demás nos ven.

"Toro&Vilardell, 1987"

ANOREXIA NERVIOSA

Las personas con anorexia y bulimia comparten una preocupación excesiva por no engordar, aun cuando su peso sea normal o incluso esté por debajo de lo saludable. La comida se convierte en el eje central de sus preocupaciones desatendiendo progresivamente otros aspectos de sus vidas

¿Cuáles son las características de la anorexia nerviosa?

Se caracteriza por un miedo exagerado a engordar y por una distorsión de la imagen corporal, que hace que las personas que la padecen se vean y se sientan gordas aun cuando no lo están. Esto les lleva a realizar comportamientos como comer cada vez menos, realizar ejercicio físico intenso con la única idea de adelgazar, vomitar y/o utilizar diuréticos y laxantes con la finalidad de perder peso.

En la actualidad, vivimos en una cultura cuyo ideal de belleza es tener un cuerpo delgado. La publicidad presenta continuamente imágenes de mujeres sin un gramo extra de grasa, que gracias a su belleza y delgadez tienen éxito en la vida.

La anorexia se caracteriza por el rechazo a la comida y la pérdida excesiva de peso.

Señales:

- Peso corporal bajo
- Miedo intenso a subir de peso o a engordar
- Negación de la gravedad del peso corporal bajo
- Falta de la menstruación (en las mujeres)

Riesgos para la salud:

- Frecuencia cardíaca lenta y pérdida de masa muscular que ocasionan desmayos, fatiga, debilidad y posible insuficiencia cardíaca
- Debilitamiento de los huesos (osteoporosis) que ocasiona que estos se rompan
- Deshidratación y pérdida de nutrientes que ocasionan latido cardíaco irregular, insuficiencia renal o cardíaca e incluso la muerte

Tipos:

- Comer en exceso de forma compulsiva (consumir una cantidad más grande de lo normal en un período corto de tiempo) y/o usar purgas (vomitar o usar laxantes, enemas o diuréticos para eliminar los alimentos)
- Restricción de calorías al seguir dietas radicales, ayunar o hacer demasiado ejercicio

Medios masivos de comunicación

Los medios de comunicación presentan constantemente la imagen ideal, a la que se llega con dietas y gimnasias especiales. La perfección y la hermosura pueden llegar a ser el centro de interés de los adolescentes, convirtiéndose esto en su principal meta, comienzan sin un guía profesional, se privan de comer alimentos y exageran en la cantidad de deporte que realizan, concentrando así todo su esfuerzo recrear la imagen de su ídolo delgadísimo e inalcanzable.



TRASTORNOS ALIMENTICIOS

The background of the slide features a soft-focus image of a green apple and a white measuring tape with black markings. The apple is positioned in the upper right, and the measuring tape is coiled around it, with the numbers 6, 7, 8, 9, 10, and 11 visible. The overall tone is light and clinical.

¡TÚ ERES MÁS QUE UNA IMAGEN!

Objetivo: Proporcionar información detallada del trastorno de anorexia nerviosa y bulimia dirigido a padres de familia y adolescentes que padecen algún tipo de trastorno.

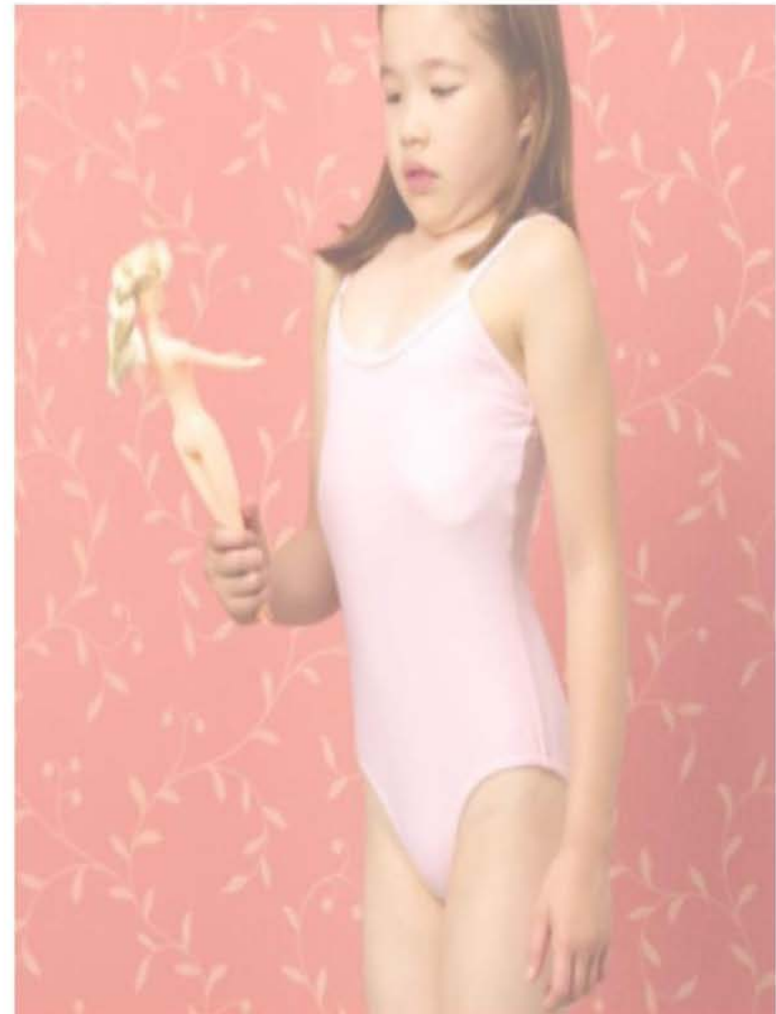
Psic. Lilita Itzel Benítez Palacios

DEFINAMOS QUE ES LA ANOREXIA.

Es un trastorno alimenticio que altera la relación de la persona con la comida.

Este trastorno de la conducta alimenticia se caracteriza por alteraciones de la percepción de la imagen corporal.

En donde existe un miedo al sobrepeso y un gran deseo de estar delgado



CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA

- Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del mínimo para su edad y talla.
- Terror a engordar aún estando por debajo del peso ideal.
- Distorsión en la percepción del peso y de la imagen corporal.



SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- Restricción voluntaria de comida.
- Conducta alimentaria extraña.
- Aislamiento social.
- Ejercicio compulsivo.
- Disminución de las horas de sueño.
- Pesarse compulsivamente.
- Terror a subir de peso.
- Negación de sensaciones de hambre, sed o sueño.
- Dificultad de concentración.



CONSECUENCIAS FÍSICAS DE ANOREXIA NERVIOSA

- Pérdida excesiva de peso
- Desorden endocrino que provoca la pérdida de la menstruación (amenorrea).
- Pérdida del cabello.
- Crecimiento de vello delgado en todo el cuerpo.
- Deficiencia de zinc.
- Aspecto pálido y ojos hundidos.
- Caries, bruxismo constante, labios secos y quebradizos.
- Estreñimiento.
- Piel seca.
- Dolores de cabeza.
- Uñas frágiles.



TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y LA ANOREXIA NERVIOSA

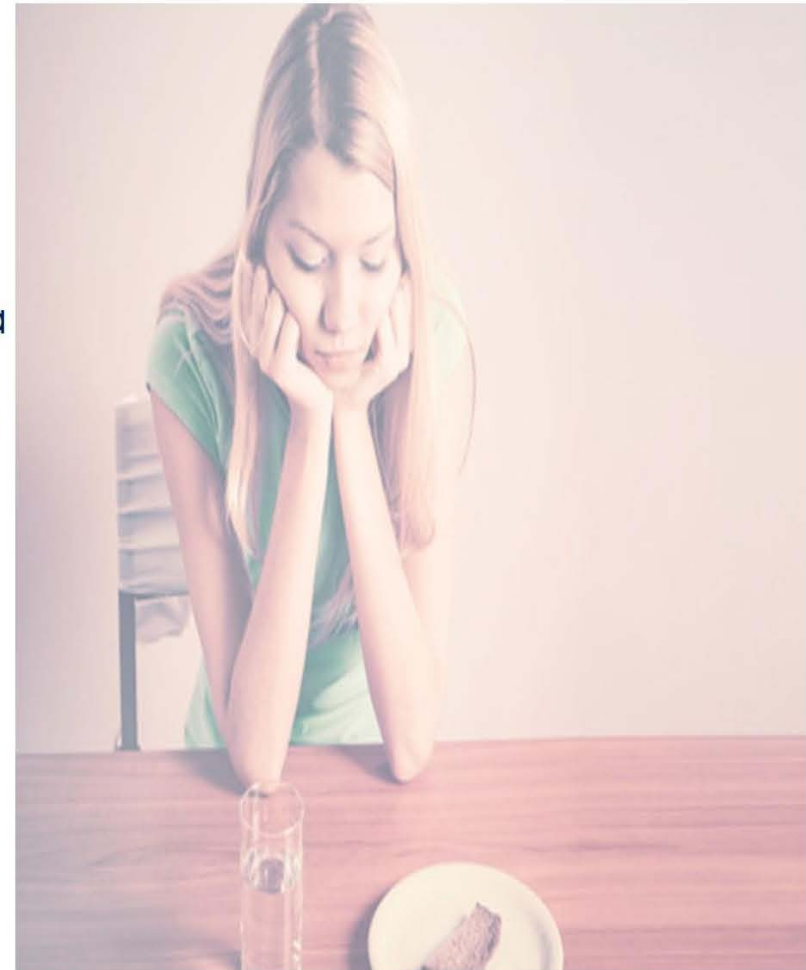
- Los trastornos de la personalidad están presentes en los pacientes anoréxicos.
- Personalidad con tendencia a ser perfeccionistas.
- Rara vez se revelan, tienen una autoestima baja, son introvertidas y sufren aislamiento social
- Realización de rutinas rígidas y autoprescritas; por ejemplo, pesar cada pedazo de comida, cortarla en trocitos pequeños o ponerla en envases diminutos.
- Depresión



CÓMO ENFRENTAR LA ANOREXIA

Recomendaciones en casa:

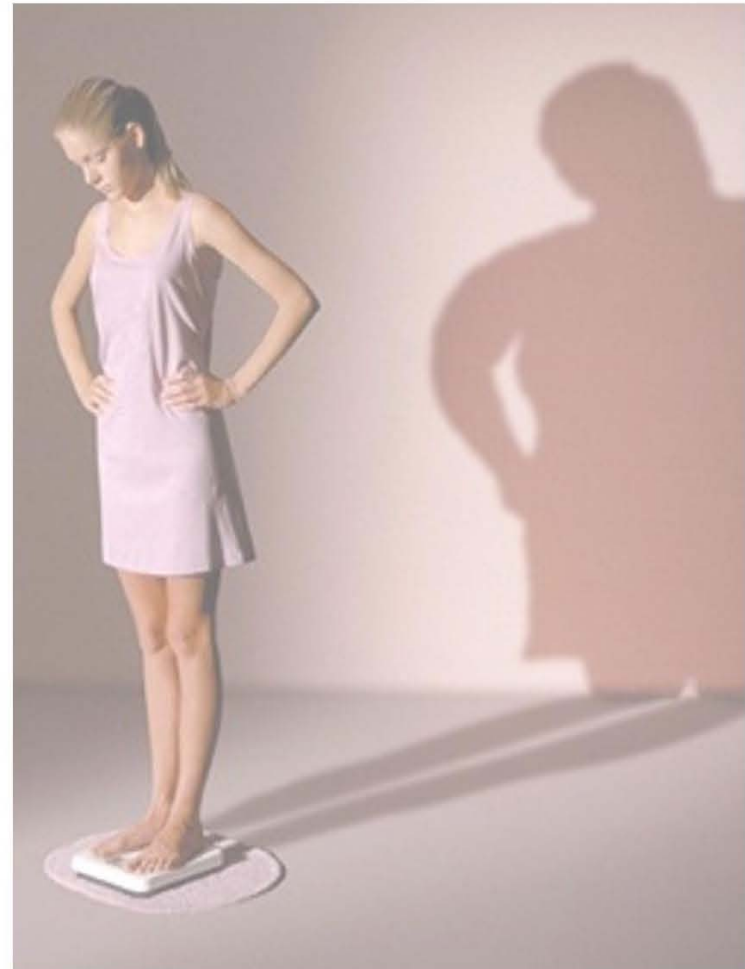
- Estar alerta si observa obsesión de su hija por mantenerse muy delgada.
- Observar su actitud y conducta frente a los alimentos.
- Aprender a conocer sus características emocionales, psicológicas, físicas y sociales para facilitar una mejor comprensión.
- Brindar atención y afecto a la adolescente si tiene el problema de anorexia.

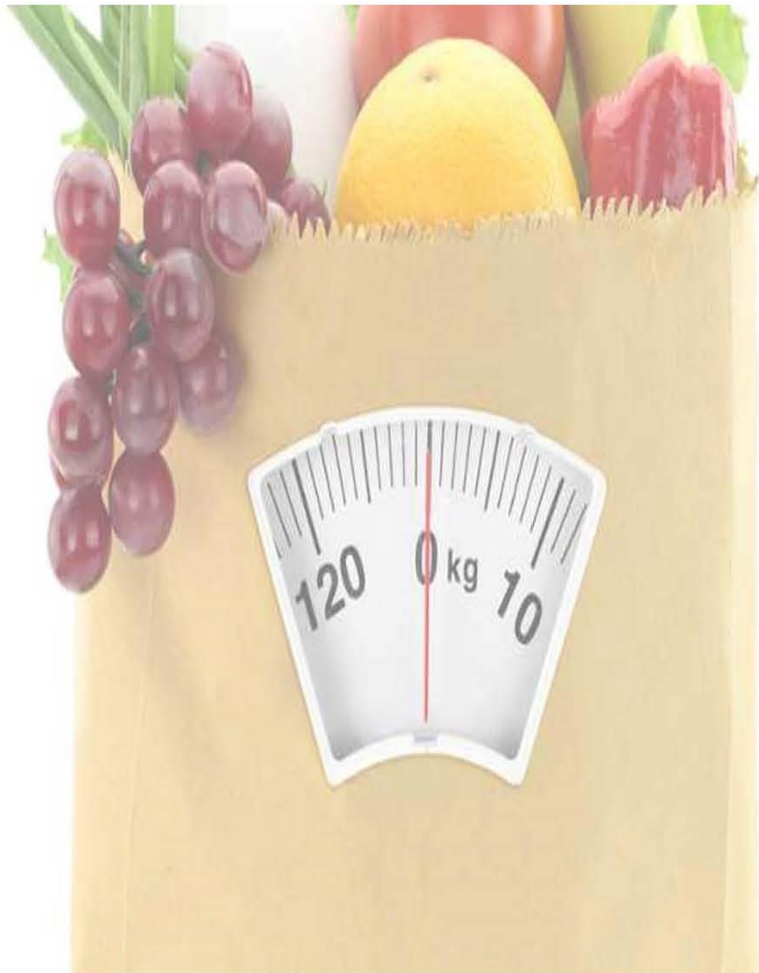


CÓMO ENFRENTAR LA ANOREXIA

Recomendaciones en casa:

- Está obsesionada con su peso y apariencia física.
- Tiene miedo a subir de peso.
- Se brinca comidas o ayuna de manera frecuente.
- Está permanentemente a “dieta” para bajar de peso.
- Acostumbra comer cuando está triste, enojada, molesta o frustrada.
- Se pesa frecuentemente (varias veces al día).





DEFINAMOS QUE ES BULIMIA

Una persona con bulimia sufre una preocupación exagerada por su peso y su figura.

Consume grandes cantidades de comida en un corto tiempo y de manera incontrolable. Utiliza métodos para deshacerse de lo que comió y no subir de peso.

Se somete a dietas o ayunos muy estrictos y realiza ejercicio de manera exagerada



¿QUE ES BULIMIA?

A su vez está asociado a la inducción de vómito, se pueden hallar alteraciones físicas como el reflujo gastroesofágico, caries, erosión del esmalte dental, lesiones a nivel faríngeo, la presencia callosidades en las manos (a la altura de los nudillos), especialmente en el dedo índice y medio.

Este signo se produce por el roce de la piel de la mano con los dientes al provocarse el vómito

SÍNTOMAS CONDUCTUALES DE LA BULIMIA



- Comer más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse lleno e incómodo.
- Ciclos dieta-atracón.
- Conductas purgativas. Uso de laxantes, diuréticos, vómitos provocados
- Poco manejo emocional.
- Pesarse frecuentemente.
- Evitación de exposición del cuerpo
- Interés por temas relacionados con la nutrición y el peso.

SÍNTOMAS FÍSICOS Y DE LA BULIMIA

- Daños en las encías, el paladar y la garganta.
- El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales.
- Aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución de sodio.
- Aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, aparición de arritmias cardíacas, que si son graves, pueden ocasionar un paro cardíaco y la muerte (que también puede darse debido a la pérdida de potasio en sangre).



SÍNTOMAS FÍSICOS Y DE LA BULIMIA

- Si se abusa de diuréticos por mucho tiempo se puede llegar a sufrir daños en el aparato urinario.
- Irregularidades menstruales o ausencia de la menstruación.
- Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes cuando se utilizan para provocar el vómito.



TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y BULIMIA

Este trastorno aparece por los atracones y vómitos ante el temor de engordar, a su vez puede generar:

- Ansiedad.
- Fobia social.
- Fobia a ganar peso.
- Irritabilidad.
- Conductas autolesivas.

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE



“Adquirir hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas contribuye a prevenir ciertas enfermedades”

¿QUE ES ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

- ❖ Obtener todas las sustancias nutritivas (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales) que tu cuerpo necesita para mantenerte saludable.
- ❖ Tener un crecimiento y desarrollo óptimos, sentirte bien, prevenir enfermedades y lograr el máximo desempeño en tus actividades diarias
- ❖ Tener un peso saludable, prevenir y controlar enfermedades



PLATO DEL BIEN COMER

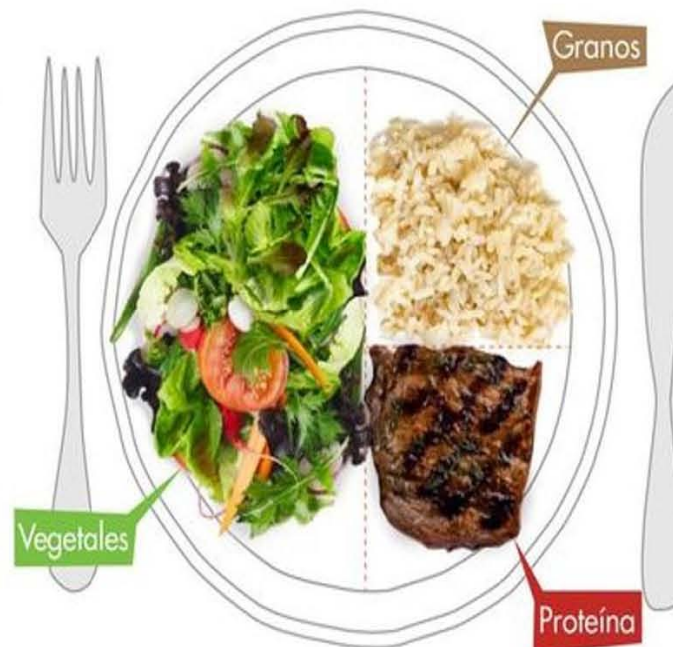
El Plato del Bien Comer



PLATO DEL BIEN COMER: CONSTA DE TRES GRUPOS DE ALIMENTOS

- ❖ **Verduras y frutas:** Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética
- ❖ **Cereales y tubérculos:** Principal fuente de hidratos de carbono
- ❖ **Leguminosas y alimentos de origen animal:** Principal fuente de proteínas

(Así es como debería ser **su plato**)



Llena $\frac{1}{2}$ plato con verduras de hoja verde & otros vegetales

* Los vegetales proveen el máximo valor de nutrición con un mínimo impacto calórico.

Llena no más de un $\frac{1}{4}$ del plato con granos y/o cereales

* Los granos ricos en fibra le ayudan a sentirse lleno y saciado.

Llena el último $\frac{1}{4}$ con una porción de proteína saludable

* Estas comidas proveen proteína y grasas saludables que ayudan a prevenir fuertes aumentos de la azúcar en la sangre.

* Le recomendamos que acompañe o use grasas saludables para las carnes. Prensas en aceite de oliva, de aguacate, de semillas o de nueces.

Fuente: www.onemedical.com Diseño: Grupocom



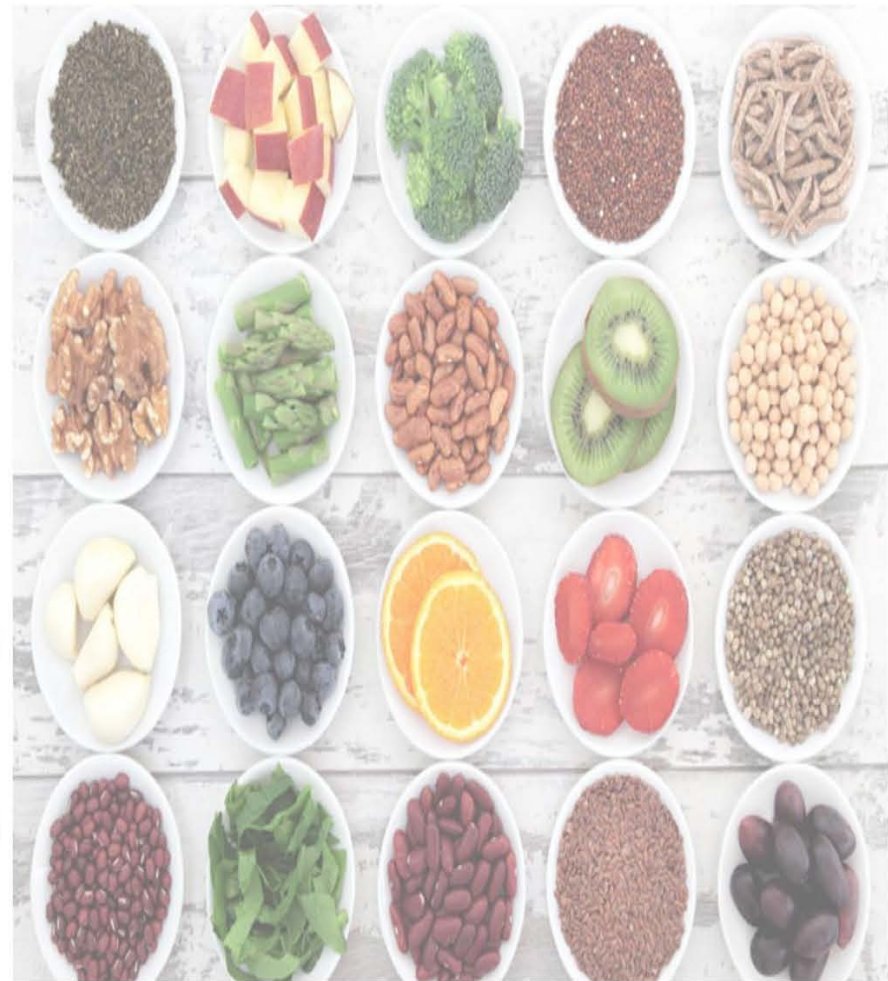
CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA:

- ✓ Ningún alimento contiene todas las sustancias nutritivas que tu cuerpo necesita, por lo que debes incluir diariamente alimentos de los tres grupos y variarlos
- ✓ Consume tres comidas completas y dos colaciones saludables al día, en horarios regulares, con la cantidad de alimentos de acuerdo a tu actividad física
- ✓ Desayuna o come antes de acudir a la escuela
- ✓ Consume alimentos frescos, **NO** industrializados
- ✓ Incluye diario en las comidas principales y refrigerios las verduras y frutas frescas de temporada, dando variedad y color



CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA:

- ✓ Elige cereales de grano entero y sus derivados integrales
- ✓ Consume cantidades moderadas de alimentos de origen animal, da preferencia a pescado, aves como pavo y pollo sin piel y carne magra, asadas, horneadas, cocidas, así como leche semidescremada o descremada por su menor contenido de grasa saturada
- ✓ Prefiere quesos bajos en grasa como el tipo panela, requesón o cottage



CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA:

- ✓ Evita el abuso de alimentos como: hamburguesas, pizza, hot-dogs, frituras, pan dulce, pasteles, mantequilla, crema, mayonesa, tocino, golosinas refrescos, jugos industrializados, entre otros. Por su elevado contenido en grasas, azúcares y kilocalorías
- ✓ Limita el consumo de grasas y azucares
- ✓ Evita el consumo excesivo de sal, utiliza condimentos y especias para darle sabor a tus alimentos
- ✓ Bebe de 6 a 8 vasos de agua simple potable al día



COMER NO ES MALO

✓ Ejemplos de buenos hábitos alimenticios:

Grupos de alimentos y ejemplos de equivalencia por ración.		
Grupo de alimento	Ejemplos	Equivalente a una ración
Verduras	Lechuga, berros o quelites	3 tazas
	Espinaca o acelga cruda	2 tazas
	Berros, col, flor de calabaza o nopal	1 taza
	Brócoli, calabaza, chayote o zanahoria	½ taza
	Alcachofa, jitomate bola o pimiento	1 taza
	Jugo natural de verdura	½ taza
Frutas	Frambuesa, melón, papaya, sandía o uva	1 taza
	Ciruela, durazno prisco, guayaba o lima	3 piezas
	Durazno amarillo, higo, naranja o tuna	2 piezas
	Mandarina reina, mango manila o manzana	1 pieza
	Mango petacón, plátano tabasco o pera	½ pieza
	Jugo natural de fruta	½ taza
Cereales	Palomitas naturales sin grasa	2 ½ tazas
	Arroz cocido o avena cruda	1/3 taza
	Amaranto tostado	1/4 taza
	Sopa de pasta, elote o cereal sin azúcar	½ taza
	Pan dulce o pan blanco	1/3 pieza
	Papa o tortilla de harina	½ pieza
	Tortillas de maíz o pan de caja	1 pieza
Galletas Marías	5 piezas	
Leguminosas	Frijol, haba, lenteja, alubia o garbanzo	½ taza
Leche	Entera, semidescremada o descremada	1 taza de 240 ml
	Yogurt natural o leche de soya	1 taza
	Yogurt bajo en grasa	¾ taza
Alimentos de origen animal	Pescado, pollo, pulpa de res o queso	30 gramos
	Clara de huevo	2 piezas
	Huevo entero	1 pieza
	Jamón de pechuga de pavo	2 rebanadas delgadas
Grasas	Aceites en general, mantequilla o crema	1 cucharadita cafetera
Azúcares	Azúcar, miel, piloncillo, mermelada o cajeta	1 cucharada sopera

Fuente: Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. 3ª edición

Selecciona tu plan de alimentación correcta de acuerdo al tipo de actividad física que realices (números de raciones diarias)			
Grupo de alimento	1,500 kilocalorías actividad física ligera	1,800 kilocalorías actividad física moderada	2200 kilocalorías actividad física intensa
Verduras	3	4	5
Frutas	3	4	6
Cereales	7	8	9
Leguminosas	1	1	1
Leche	2	2	2
Alimentos de origen animal	3	4	5
Grasas	3	3	5
Azúcares	0	2	2

Nota: Tu nutrióloga te puede realizar los ajustes necesarios de acuerdo a tus requerimientos

COMER NO ES MALO

✓ Ejemplos de buenos hábitos alimenticios:

Ejemplos de menús de alimentación correcta:

Crema tus propios menús saludables con base a tus gustos, alimentos de temporada y de la región de acuerdo a tu actividad física.

La siguiente tabla muestra algunos ejemplos:

1500 kilocalorías	1800 kilocalorías	2200 kilocalorías
Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche 1 vaso 240 ml Huevo con ejotes (1 pieza de huevo con 1 taza de ejotes) Tortilla de maíz 2 piezas Guayabas 3 piezas 	Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche con café 1 taza 240 ml Sándwich de queso panela, jitomate, germinado, aguacate Naranja 1 pieza Galleta sin relleno 2 piezas 	Desayuno: <ul style="list-style-type: none"> Leche 1 vaso 240 ml Molletes de frijoles con queso oaxaca 2 piezas Salsa mexicana Cocktail de fruta 1 platito Gelatina ½ taza
Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Palomitas de maíz natural 2 ½ tazas 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Durazno amarillo 2 piezas 	Refrigerio: <ul style="list-style-type: none"> Toronja 1 pieza

Comida:

- Sopa de verduras 1 tazón
- Pierna de pollo a la mexicana 1 pieza
- Verduras cocidas 1 taza
- Frijoles caldosos ½ taza
- Tortillas 2 piezas
- Papaya picada 1 taza

Comida:

- Ensalada de verduras 1 plato
- Albóndigas 2 piezas con calabacitas
- Frijoles caldosos ½ taza
- Tortillas de maíz 2 piezas
- Melón picado 1 taza
- Ate 1 rebanada chica

Comida:

- Caldo de camarón con zanahoria y papa 1 tazón
- Arroz ½ taza
- Atún a la vizcaína 1 plato
- Galletas saladas 8 piezas
- Piña 1 rebanada

Refrigerio:

- Jícama rallada con sal y limón

Refrigerio:

- Pepino con sal y limón

Refrigerio:

- Plátano dominico 3 piezas

Cena:

- Yogurt natural 1 taza
- Granola 3 cucharadas
- Manzana 1 pieza
- Galletas marías 5 piezas

Cena:

- Atole de amaranto 1 taza
- Quesadilla de flor de calabaza con queso oaxaca 2 piezas
- Salsa mexicana
- Uvas 1 taza
- Gelatina ½ taza

Cena:

- Leche 1 vaso 240 ml
- Enchiladas de pollo 2 piezas con crema 1 cucharadita
- Ensalada verde 1 plato
- Papaya
- Gelatina ½ taza

RECOMENDACIONES:

Una dieta nutricionalmente adecuada y saludable, para las adolescentes debe responder a las necesidades nutricionales, teniendo en cuenta aspectos como:

- ocupaciones laborales, estudiantiles, deportivas, los gustos y hábitos alimentarios, el tipo de actividad, considerando el medio donde se desarrolla y desenvuelve.



13% grasa
45 Kg



30% grasa
60 Kg



13% grasa
60 Kg

**"NINGÚN ALIMENTO ES MALO,
LO MALO SON LOS EXCESOS"**

- ✓ La alimentación es una parte importante en nuestra vida ya que provee las energías necesarias que nos sirven para realizar nuestras actividades diarias.
- ✓ Por ello es necesario tener una alimentación sana y balanceada, para que aparte de mantenernos sanos también nos sirva para prevenir enfermedades.



RECOMENDACIONES:

❖ Consulta siempre a un psicólogo y un nutriólogo antes de iniciar una dieta, ellos te recomendará el plan indicado de acuerdo a tus necesidades.



EJERCÍTATE
para ser sana, no flaca.

ALIMÉNTATE
para nutrir tu cuerpo.

Y SIEMPRE IGNORA

los comentarios destructivos Y
abusivos acerca de los cuerpos

"IMPERFECTOS"

ANEXO 16. Ejemplo de menú semanal sano, ligero y equilibrado

Ejemplo de menú:

Desayuno Cereal Fruta Leche	2do. grupo 1er. grupo 3er. grupo	
Colación: Manzana	1er. grupo	
Comida Arroz o pasta Carne asada Ensalada de verduras Fruta Tortilla	2do. grupo 3er. grupo 1er. grupo 1er. grupo 2do. grupo	
Colación: Ensalada de chayote	1er. grupo	
Cena Huevo a la mexicana Frijoles de la olla Fruta Café con leche Pan o tortilla	1er. y 3er. grupo 3er. grupo 1er. grupo 3er. grupo 2do. grupo	

La anorexia y la bulimia son trastornos muy peligrosos, que dañan nuestra mente, cuerpo y alma; a veces comienzan con una simple dieta y sin darnos cuenta van avanzando hasta llevarnos a la muerte.

Debemos querernos y aceptarnos como somos y no dejarnos engañar por críticas o publicidad de productos dañinos e imágenes de “Delgada eres perfecta” que generalmente están retocadas o pertenecen a mujeres que sufren de estos trastornos.

No arriesgues tu vida.

¡Amate!