



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA: EVALUACIÓN DE
UN TALLER EN LÍNEA**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE
LAS ADICCIONES**

P R E S E N T A:

GABRIELA TAPIA JAIMES

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Violeta Félix Romero

Facultad de Psicología, UNAM

COMITÉ:

Dra. Marcela Beatriz González Fuentes

Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Claudia Unikel Santoncini

Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente Muñiz"

Dr. José Agustín Vélez Barajas

Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Sara Eugenia Cruz Morales

Facultad de Psicología, UNAM



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

JUNIO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Para todos aquellos que en algún momento se perdieron a sí mismos,
con tal de intentar ser “perfectos”.*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis se realizó en situaciones inusitadas, atravesando una crisis mundial, que no solo azotó la salud física del planeta, sino que puso en alto la necesidad de mantener una buena salud mental a la par de la salud corporal, si se me permite el discurso dualista. Es por ello que a las primeras personas a quienes quisiera agradecer, son mi familia. A mi madre, Amparo, de quien he recibido el apoyo y amor más desinteresado, genuino y perenne de la vida. Gracias mamá por enseñarme lo que es la integridad, la fortaleza y el hacer las cosas con amor; gracias por mostrarme día tras día, que cada problema tiene solución. Gracias por tu dedicación, tu tiempo y por siempre tener un plato de comida listo para reponer energías y seguir aprendiendo. A mi padre, Pablo, quien me enseñó a pensar divergentemente y fomentó en mí esa inquietud de saber más, de conectar temas, de no temer al desafío y sobre todo, de confiar en mí. Gracias papá por creer en mí y por enseñarme a dudar de todo, menos de mí misma. Gracias por mostrarme la ciencia, el arte, el pensamiento crítico y el amor por el hogar. Finalmente, a mi hermano, Pablo, a quien admiro profundamente por su cultura y su facilidad para adaptarse a las situaciones. Gracias por tus comentarios llenos de arte e historia, por enseñarme incluso cuando no lo buscabas. A mi familia, gracias por ser mi cimiento.

Agradezco a mi universidad, la Universidad Nacional Autónoma de México, la UNAM. He estado encantada con la idea de ser universitaria desde que tengo memoria. Cada día que he estado en ella, física y mentalmente, lo he disfrutado de un modo u otro. Gracias por darnos tanto y por pedirnos a cambio solo el requerimiento de que sigamos creciendo y ejerciendo. Gracias por brindarme un historial de estudios, labores académicas y administrativas, amigos y conocidos, eventos culturales y deportivos; comidas deliciosas, tardes de risas y café, paseos por las maravillas de los diversos campus. Gracias por permitirme cumplir uno de mis mayores sueños: hacer un posgrado.

Muchas gracias a la maestría “Psicología de las Adicciones” y a su cuerpo académico. Gracias a todos y cada uno de los docentes con quienes compartí momentos únicos, que a pesar de la distancia y de a algunos solo conocerles a través de una videollamada, pude establecer fuertes nexos y la sensación de estar en el lugar correcto, incluso en el tiempo correcto, a pesar de la pandemia por COVID-19. Gracias a la Dra. Silvia Morales Chainé, quien inspiró la idea de esta tesis, un día lunes a las 8:00 a.m, a través de una llamada completamente fuera de nuestro horario regular. Gracias a la Dra. Lydia Barragán, quien me escuchó y acompañó en cada duda presentada. Gracias a la Dra. Patricia Andrade, en quien encontré a una docente con tal calidad humana, que la recuerdo con mucho cariño y quien fuera quien me apoyó al análisis estadístico y de corrección de esta tesis.

Quisiera hacer un particular reconocimiento a mis sinodales, quienes me apoyaron en la elaboración y corrección de mi trabajo. A la Dra. Violeta Félix, quien es mi tutora y de quien aprendí la importancia de la labor de prevención. A la Dra. Marcela González, quien con una visión crítica me mostró que cada trabajo puede ser mejorado con la correcta atención y dedicación. A la Dra. Claudia Unikel, de quien aprendí infinidad de conceptos y técnicas de intervención en casos de trastornos alimentarios, y con quien pude terminar de refinar mi pasión por este tema. Al Dr. Agustín Vélez, quien no solo es mi sinodal, sino fue el docente de una de las clases que más disfruté durante la maestría; es un excelente psiquiatra y un profesor que hace del aprender algo divertido. A la Dra. Sara Cruz, a quien tuve la oportunidad de conocer en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y de quien recibí un reconocimiento por mi labor como estudiante en nuestras materias de neurociencias del consumo de sustancias. Asimismo, un profundo agradecimiento a las personas que participaron en el taller de prevención de trastornos alimentarios, gracias por su confianza y constancia. Gracias a ustedes, este trabajo pudo realizarse.

A mis amigos. Gracias a Ricardo Delgado, quien me instó a aplicar a esta maestría. Me recordó fechas importantes de trámites, me ayudó a la preparación del examen, y confió en mí en cada parte del proceso. Sin su apoyo, no estaría en donde estoy, y 13 años de amistad respaldan que tienes un lugar en mi corazón. A Gabriel Trujillo, quien ha estado en cada momento, acompañando y sonriendo a mi lado. A mis amigos de la maestría. Gracias a ustedes, este proceso no solo fue tolerable, sino se hizo interesante, divertido, único y especial. Esta época fue paradójica, al encontrarnos a la distancia el uno del otro, pero más conectados que nunca. Forjamos amistades, bromas propias, rutinas, apoyos emocionales y fuertes amistades. Gracias a Missael Morales, quien ahora es una de las personas más especiales para mí, por enseñarme a ser prudente, cautelosa y por estar siempre en contacto. Gracias a Tania, Ernesto, Julio, Semíramis, Miguel, Daniel, Alejandra, Carolina, Ana Patricia, Arantza y Misael por los recuerdos que nunca se borrarán.

A mi pareja, Rodrigo Acevedo, quien ha depositado en mí una confianza sin igual, y no solo la que él me brinda, sino que a su vez, me muestra la plena certeza de que alcanzaré mis objetivos. Gracias por enseñarme lo linda y sencilla que puede ser la vida, por permitirme ser plena y vulnerable, y por acompañar cada paso de mi proceso. Aprendo mucho de ti, aprendo mucho contigo.

Finalmente, gracias a mí misma, por mantener el paso cada día. Gracias por tener tantas metas, por querer aprender siempre, y por querer enseñarlo a los demás.

Y por supuesto, gracias a todas esas personas que me han apoyado en este camino.

¡Gracias a todos!

“El terapeuta no vive solo una vida, sino que puede verla y vivirla a través de los ojos de todos aquellos que tuvieron la confianza de contarla”.

Gabriela Tapia.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar y modificar Conductas Alimentarias de Riesgo, con el propósito de prevenir Trastornos de Conducta Alimentaria. Se realizó un taller en línea con cinco sesiones semanales de 90 minutos, cuyo propósito fue reducir las conductas alimentarias de riesgo, la interiorización del ideal de delgadez/musculatura y los rasgos de trastornos de la conducta alimentaria; así como incrementar la satisfacción corporal e identificar los niveles de ansiedad, depresión y consumo de sustancias. Se contó con la participación de 88 personas, conformada por un 75% de mujeres, con una media de edad de 28.5 años (desviación estándar [DE]= 8.6), cuyos criterios de inclusión y exclusión fueron que presentaran interés en tomar el taller y no presentar un TCA. El taller se basó en el modelo del Proyecto Cuerpo (Stice, 2007), basado en la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1968), cuyo propósito central fue reducir la búsqueda del ideal estético. Los resultados indicaron una reducción en las conductas alimentarias de riesgo, la interiorización del ideal de delgadez/musculatura, los rasgos de trastornos de la conducta alimentaria, la ansiedad y la depresión; así como un aumento en la variable satisfacción corporal, conforme a lo esperado. El consumo de sustancias fue de bajo riesgo desde la línea base y no se modificó a lo largo de la intervención y seguimientos, los cuales se realizaron al mes y tres meses. Los resultados se mantuvieron favorables en ambos seguimientos. Estos resultados sugieren la importancia de realizar intervenciones preventivas, las cuales parecen ser factores de protección para evitar el desarrollo de diversas patologías alimentarias.

Palabras clave: Conductas Alimentarias de Riesgo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, prevención, disonancia cognitiva.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	
1.1 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)	11
1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	13
1.3 Factores de riesgo para trastornos alimentarios	18
1.4 Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo y Trastornos de la Conducta Alimentaria	31
1.5 Comorbilidades	40
1.6 Perspectiva actual: Alimentación y COVID-19	46
1.7 Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	48
1.8 Modelos de intervención para trastornos alimentarios	51
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 Justificación	57
2.2 Pregunta de investigación	57
3. MÉTODO	
3.1 Objetivo	58
3.2 Hipótesis	58
3.3 Variables	58
3.4 Participantes	61
3.5 Aparatos	61
3.6 Instrumentos	61
3.7 Procedimiento	67
3.8 Análisis de datos	81
4. RESULTADOS	83
5. DISCUSIÓN	92
6. CONCLUSIÓN	98
7. REFERENCIAS	99
8. ANEXOS	122

INTRODUCCIÓN

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), son rasgos o posibles pródromos de los TCA, las cuales son incluso más frecuentes y comunes que trastornos alimentarios; sin embargo, con frecuencia no son detectadas adecuadamente (Unikel et al., 2004; 2010). En la actualidad, es común encontrarse con ideas constantes en torno al manejo del peso y la figura corporal. Los medios masivos de comunicación no cesan de ofrecer productos que fomentan la pérdida de peso, al tiempo que los cuerpos de actores, modelos y otros íconos de belleza, resultan prácticamente imposibles de alcanzar; ya que dicho estándar estético se caracteriza por la presencia de simetría, definición muscular, una cantidad ínfima de grasa corporal, ausencia de imperfecciones (manchas, celulitis, estrías, granos o barros, etcétera), cabellos sedosos, dientes alineados y demás elementos; los cuales en su conjunto forman el denominado “ideal estético”, cuyo efecto en las personas puede resultar en un deseo constante de cambiar al propio cuerpo, en búsqueda de alcanzar dicho ideal. Esto puede fomentar conductas que, en el afán de conseguir alcanzar ese cuerpo “idóneo”, representan un factor de riesgo para un posible desarrollo de un trastorno alimentario. Estas conductas son riesgosas, por lo que se denominan Conductas Alimentarias de Riesgo, las cuales pueden ser entendidas de dos maneras: como la antesala al desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria o como un TCA en una versión incipiente. Es por ello que es necesario entender ambos conceptos (TCA y CAR) ya que guardan similitudes entre ellos, mas no son sinónimos. En nuestros días, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un problema de salud, tanto para el individuo como para la sociedad, ya que su prevalencia se mantiene constante en la población desde la adolescencia (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006; 2012; 2018).

Actualmente la atención clínica de la patología alimentaria se enfoca, en su gran mayoría, hacia los Trastornos de la Conducta Alimentaria y no hacia las Conductas Alimentarias de Riesgo tempranas (Alonso, 2020). Cabe mencionarse que los modelos categoriales, que son aquellos que se basan en criterios diagnósticos para poder señalar un posible diagnóstico, tal como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), no siempre son los más útiles para brindar una atención clínica, ya que en ocasiones, las conductas desadaptativas o disfuncionales no cumplen con las cualidades tipificadas en dichos modelos, o en ocasiones, puede que no

exista un diagnóstico que refleje el cuadro clínico de una persona en particular. Es por ello que resulta necesario entender tanto a los diagnósticos de TCA, como a las conductas que les caracterizan y que pueden ser las que lleven a su consolidación. Aunado a lo anterior, se encontró en la literatura revisada una alta comorbilidad entre el consumo de sustancias psicotrópicas y conductas relacionadas con el control de peso (Borzutzky & Romero 2022; Jegede & Olupona, 2022; Varija & Bhat, 2022; Aguirre et al., 2021), así como con ansiedad y depresión (Jones et al., 2022; Solano & Cano, 2012; Needham & Crosnoe, 2005), por lo que se incluyó la evaluación de dichas variables. Esto representa un área de oportunidad para realizar intervenciones preventivas de TCA. En este sentido, el objetivo de este trabajo fue identificar y documentar los efectos de un taller en línea de prevención de TCA, en personas que no tuvieran algún trastorno alimentario, con el propósito de identificar sus conductas alimentarias de riesgo, para disminuirlas, así como explorar sus niveles de ansiedad, depresión y consumo de sustancias.

En el primer capítulo se describen las Conductas Alimentarias de Riesgo para identificar su posible relación con un desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se mencionan los factores de riesgo asociados a la patología alimentaria, así como la prevalencia y comorbilidades de las Conductas Alimentarias de Riesgo y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Asimismo, se hace mención de la perspectiva actual de la alimentación y su relación con la pandemia por COVID-19. Finalmente se habla de la prevención de TCA y de los diversos modelos de intervención para la patología alimentaria.

En el segundo capítulo se menciona la justificación de este trabajo, la cual se enfoca en la carencia de modelos de prevención de TCA. De igual manera, se menciona la pregunta de investigación. Esta cuestiona si habrán mejoras en los niveles de las variables: Conductas Alimentarias de Riesgo, interiorización del ideal de delgadez/musculatura, rasgos de Trastornos de la Conducta Alimentaria, satisfacción corporal, afecto negativo, ansiedad, depresión y consumo de sustancias.

El tercer capítulo describe el método de la investigación. Se contó con dos objetivos: 1) identificar y modificar de manera oportuna las conductas alimentarias de riesgo, la interiorización del ideal de delgadez/musculatura, la satisfacción corporal y el afecto negativo en personas interesadas en tomar un taller en línea de prevención de trastornos de la conducta alimentaria "Proyecto Cuerpo", con el fin de prevenir el desarrollo de un

trastorno alimentario en ellas; y 2) identificar los niveles de ansiedad, depresión y consumo de sustancias antes y después del taller y durante los seguimientos. La hipótesis menciona que las puntuaciones de la medición *post-test* serán menores a las obtenidas en el *pre-test* para las variables. Participaron 88 personas (75% mujeres), quienes fueron aleatoriamente asignados a uno de los dos grupos experimentales (grupo taller o grupo infografía). Posteriormente, se obtuvo un tercer grupo (grupo mixto), el cual fue un subgrupo del grupo infografía, el cual tomó posteriormente el taller. Se aplicó un taller basado en disonancia cognitiva de cinco sesiones semanales de 90 minutos. Finalmente, se menciona la forma de análisis de datos.

El cuarto capítulo presenta los resultados encontrados, donde se describe que se encontraron mejoras en todas las variables, incluso durante los seguimientos al mes y tres meses posteriores al taller. En el quinto capítulo se encuentra la discusión de los hallazgos, y en el sexto aparece la discusión de los mismos.

De esta manera, este trabajo se enfoca en identificar de manera temprana las CAR para modificarlas con el objetivo de prevenir el posible desarrollo y consolidación de trastornos alimentarios.

Conductas Alimentarias de Riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son comportamientos similares a los presentados en los TCA, mas no cubren sus criterios diagnósticos en frecuencia, intensidad y/o duración, ya que en estos últimos las manifestaciones o conductas alimentarias nocivas son más repetitivas y permanentes; por ende, aún se desconoce si las CAR son condiciones subclínicas, pródromos o factores de riesgo de los TCA. No obstante, las CAR son conductas dañinas para la salud que presentan niveles similares de comorbilidad psiquiátrica al igual que los TCA bien establecidos, tales como los trastornos afectivos y de ansiedad (Unikel-Santoncini et al., 2010).

Las conductas alimentarias de riesgo se pueden enlistar en las siguientes manifestaciones, todas ellas enfocadas hacia el deseo de adelgazar o prevenir/evitar el incremento de peso (Unikel et al., 2010):

Atracones: grandes cantidades de comida, ingeridas con la sensación de falta de control al comer.

Sensación de falta de control al comer: la sensación de falta de control se refiere a una experiencia subjetiva que la persona experimenta, en la cual aparece la percepción de no poder parar la ingesta de alimentos. puede ser una conducta alimentaria compulsiva o uno de los elementos del atracón.

Preocupación irracional por engordar: la idea del incremento de peso se torna en un miedo desadaptativo para la persona, que merma su calidad de vida. Para Fairburn y Cooper, (2007) esta preocupación irracional puede entenderse de tres formas: preocupación irracional por la comida, por el peso o por la figura corporal. Esta triada se conoce en dicho modelo (modelo transdiagnóstico) como el núcleo de la psicopatología alimentaria, el cual entiende a la psicopatología de la alimentación no como una lista de posibles diagnósticos, sino como un centro de donde surgen las diversas alteraciones alimentarias.

Conductas restrictivas: este tipo de conductas se caracterizan por la adopción de dietas prohibitivas de algún alimento o nutrimento en específico, además de ser hipocalóricas y con presencia de ayunos. Se acompañan de conductas compensatorias, tales como el consumo de pastillas para adelgazar o anorexigénicas, las cuales mitigan la sensación de hambre o inducen a una saciedad temprana. De la Vega y Gómez-Peresmitré

(2012) señalan que las personas comienzan restricciones dietéticas cuando perciben diferencias entre cómo lucen y cómo quisieran verse. Es decir, cuando se cree que el cuerpo real no concuerda con el ideal social, lo que genera insatisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo. Como consecuencia, existe una mayor propensión a desarrollar trastornos alimentarios ya que los ayunos o la restricción calórica con frecuencia provocan un aumento en el apetito que puede desembocar en algún atracón o conducta alimentaria anómala. Ahora bien, es común que cuando se fracasa en el seguimiento de estas modificaciones alimentarias extremas y difíciles de mantener y alcanzar, se perciba fracaso y aumente el estrés; así como que puede aparecer la sensación de carencia de control y merma del autoestima, teniendo como consecuencia la adopción de dietas crónicas (buscando recuperar el control), lo que a su vez genera que otros factores gobiernen la ingesta; tales como el placer de consumir alimentos prohibidos (pero palatables), la distracción de los problemas y la atenuación temporal de la depresión y ansiedad.

Conductas compensatorias/purgativas: uso de diuréticos y laxantes, autoprovocación del vómito (puede ser con estímulos químicos o mecánicos), ejercicio excesivo, el cual se entiende de acuerdo con el ritmo de vida de la persona, contemplando si le representa un esfuerzo y dedicación que sean desadaptativos y disfuncionales, o incluso podría ser riesgoso para su salud.

Conductas inadecuadas al comer: evitar un grupo alimenticio (carbohidrato, proteína o grasa), conteo de calorías o nutrimentos sin un monitoreo profesional, lo cual modifica la ingesta calórica, adopción de dietas que no son dirigidas a la persona y sus necesidades.

Es en ese tenor que resulta fundamental estudiar los elementos que inciden en el desarrollo de estas alteraciones alimentarias, para poder entenderlos y tratarlos de manera temprana y oportuna, a través de labor preventiva. Estos elementos reciben el nombre de factores de riesgo o de desarrollo para los trastornos alimentarios.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

El comportamiento alimentario es una característica inherente a la vida. Los seres vivos requieren realizar procesos y conductas que encaminen hacia la obtención de nutrientes. No obstante, es probable que el consumo de altas o bajas cantidades de alimentos o nutrimentos haya provocado complicaciones en dichos organismos desde el comienzo de su existencia. En nuestros tiempos, casi cualquier persona ha realizado alguna conducta de exceso o déficit en relación con su alimentación en algún momento dado; las cuales si son llevadas a un punto extremo, pueden resultar peligrosas e incluso mortales. Es por ello que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en cualquiera de sus volúmenes, busca diferenciar con nitidez la conducta alimentaria sana de la que no lo es. De tal manera que se aborda el concepto de “patología alimentaria”, “desórdenes alimentarios”, o en su acepción más conocida: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Para la *American Psychiatric Association* ([APA] 2013), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella, la cual lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos y causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Asimismo, esta asociación menciona que se puede comprender a los TCA desde la perspectiva de tres grandes grupos: 1) el grupo de mayor prevalencia: anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno por atracón, 2) el grupo de menor prevalencia: pica, trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) y rumiación, y 3) el grupo del resto de trastornos tipificados y no tipificados. Esta clasificación es similar a la que se encuentra en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades– CIE-11 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), pero en esta carecen de una definición introductoria para el concepto de TCA.

Así, el DSM-5 (APA, 2013) describe a los trastornos alimentarios de la siguiente manera:

Anorexia nervosa (AN): del griego “a”: privación y “orexia” deseo, por lo que se entiende como falta de apetito (Mateos, 2009); razón por la cual es importante referirse a dicho trastorno con su apellido “nervosa/nerviosa”, el cual hace hincapié en que no es una mera falta de apetito, sino que es un trastorno de la alimentación. Existen tres criterios

diagnósticos para identificarla: 1) restricción de la ingesta, que es la limitación en la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física; 2) miedo intenso a ganar peso, el cual puede venir acompañado de un comportamiento persistente que interfiera el aumento de peso, incluso con la presencia de un peso significativamente bajo; y 3) alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, en la cual existe una influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

De esta manera, existen dos subtipos de anorexia nervosa, la de tipo restrictiva y la de atracón-purga. La primera se caracteriza porque en los últimos tres meses, la persona mantiene un déficit calórico constante, a través del cual, mantiene una pérdida de peso o impide el aumento del mismo, sin episodios de atracones (se explican en el apartado de bulimia nervosa) o purgas (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas). La última describe que durante los últimos tres meses existen episodios recurrentes de atracones o purgas.

Bulimia nervosa (BN): del griego “*boulimos*”, “*bous*”: buey y “*limos*”: hambre, por lo que se entiende “hambre de buey”. Se trata de una conducta disfuncional que responde a sentimientos displacenteros, en donde se devoran grandes cantidades de alimentos al menos una vez a la semana (estas ingestas pueden ser discontinuas, es decir, que la persona interrumpa la ingesta de alimentos y las retome más tarde), incluso más allá de la saciedad incómoda. La persona puede presentar cargas de culpa o vergüenza, por lo que existe la tendencia a comer en solitario. En su generalidad no existe el sobrepeso, debido a los mecanismos de compensación.

De esta manera, sus criterios diagnósticos estriban en cinco elementos: 1) existen episodios recurrentes de atracones, los cuales se caracterizan por una ingestión de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período de tiempo similar, en circunstancias parecidas, aunado a una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el período (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad que se ingiere); 2) hay comportamientos compensatorios inapropiados, los cuales son

conductas recurrentes para evitar el aumento de peso, las cuales pueden ser: vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo; 3) la frecuencia de los atracones y conductas compensatorias se producen al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses o más; 4) la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución o peso corporal; y 5) la alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nervosa.

Trastorno por atracón: se caracteriza de episodios recurrentes de atracones. Como se mencionó en el apartado de bulimia nervosa, un episodio de atracón se caracteriza por la ingestión de alimento anómala en cantidad, la cual viene acompañada de la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se tiene hambre físicamente, comer en solitario (debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere), sentirse luego a disgusto con uno mismo (deprimido o muy avergonzado), sentir malestar intenso respecto a los atracones, que los atracones se producen (de promedio) al menos una vez a la semana durante tres meses y que el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nervosa o anorexia nervosa.

Pica: ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes. Posee las características de ser inapropiada al grado de desarrollo del individuo, de no formar parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa y que si se presenta en el contexto de otro trastorno mental o afección médica es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA): alteración en la ingesta de alimentos que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno o más de los hechos siguientes: pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños), deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral, interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. Asimismo, el trastorno no se

explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada, no se produce exclusivamente en el curso de la AN o la BN y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución, así como que no se puede atribuir esta alteración a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Rumiación: regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes: Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen. Cumple con las siguientes características: la regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la AN, BN, trastorno por atracón o TERIA. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental, son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Otros trastornos especificados/tipificados:

Anorexia nervosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nervosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

Bulimia nervosa de frecuencia baja: se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen en promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

Trastorno por atracón de frecuencia baja: se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (por ejemplo: vómitos inducidos o uso de medicamentos) en ausencia de atracones.

Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse después del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Cumple con las siguientes características: existe conciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo del sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o un efecto de medicación.

Otros trastornos no especificados/tipificados: esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TCA que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, mas no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. la categoría del TCA no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias).

De tal manera que, al sumergirse en el modelo categorial del DSM, se encuentran numerosos diagnósticos para los diversos trastornos alimentarios, los cuales explican la topografía de la conducta en frecuencia, intensidad y duración. Sin embargo, con frecuencia se encuentra que las categorías residuales o no tipificadas son aquellas con más prevalencia de casos. Esto manifiesta la necesidad de estudiar y entender a los trastornos alimentarios desde otras perspectivas, ya que los diagnósticos posibles no cubren a todo el espectro de trastornos alimentarios. Para Rojo y su equipo (2012), uno de los desafíos para atender los trastornos alimentarios es la validez de las categorías diagnósticas existentes. Hay una gran cantidad de personas que se transitan entre las diversas dimensiones diagnósticas a lo largo de la evolución del TCA; es decir, podrían migrar del

diagnóstico de bulimia nervosa a trastorno por atracón; por lo que la estabilidad en un solo diagnóstico de TCA a medio y largo plazo es baja.

Así pues, resulta fundamental hacer hincapié en que la atención tiende a centrarse en diagnosticar un TCA y no en identificar conductas desadaptativas y disfuncionales relacionadas con la figura corporal, el peso o la comida. Consecuentemente, una opción es entender dichas conductas, las cuales a su vez componen a los diagnósticos de TCA, ya que, a pesar de compartir diversos rasgos, difieren en aspectos que de acuerdo con el DSM, no permiten calificar como un trastorno alimentario consolidado (por ejemplo, duración de los síntomas). Es necesario vislumbrar que a pesar de no poder contar con un diagnóstico claro, ya existe la presencia de conductas desregulantes que podrían funcionar como posibles gestoras de más conductas disfuncionales, ya sea a nivel cognitivo, emocional o comportamental. A estas conductas se les conoce como las Conductas Alimentarias de Riesgo.

Factores de Riesgo para Trastornos Alimentarios

La identificación de factores que influyen en trastornos de la conducta alimentaria puede servir para la formulación e implementación de programas preventivos dirigidos a poblaciones de alto riesgo, además de proporcionar mayor contenido teórico de modelos explicativos de patologías tan severas como lo son los TCA. Estos factores se denominan factores de riesgo, los cuales son capaces de predecir incrementos en los niveles de cogniciones y conductas de trastornos alimentarios (Caldera et al., 2019). Resulta importante mencionar que, en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, es hasta que aparecen las CAR, cuando es posible identificar la propensión a desarrollar o consolidar un TCA, tal y como se pudo observar en la revisión del DSM-5 (APA, 2013).

De tal forma que los factores de riesgo en la patología alimentaria son estímulos, conductas y características individuales y del entorno, que inciden en el estado de salud, aumentando la vulnerabilidad de que un individuo presente algún TCA (Saucedo et al., 2010). Entre los factores que cuentan con mayor documentación en la literatura son: distorsión de la imagen corporal, sobreestimación y subestimación y satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal (nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y

figura ideal). Los valores que agrupan a estos factores son esencialmente perceptuales, evaluativos y auto-actitudinales (Gómez, 1997).

Factores biológicos y endocrinológicos

Los trastornos alimentarios también mantienen relación con componentes orgánicos; tales como el desarrollo en los períodos de las diversas edades, en los dos sexos (hombre y mujer), en la masa corporal (IMC), en las horas de sueño y en el funcionamiento cerebral. La comprensión de estas, podría funcionar para entender sus mecanismos de acción, e incluso apuntar a otras formas de intervención.

Edad: la edad parece ser un factor de riesgo para trastornos alimentarios, particularmente hacia la adolescencia, sin embargo, este período oscila de acuerdo con el autor en cuestión, ya que no hay un rango generalizado para comprender dicha etapa. Walter y colaboradores (2022) encontraron que el ser adolescente entre 15 y 18 años es un factor de riesgo para desórdenes alimentarios (tanto CAR como TCA), así como el ser mujer y ser atleta de alto rendimiento. Esto guarda armonía con lo que señalan Jung y Jun (2022), quienes mencionan que la adolescencia es un período en el cual la importancia de la apariencia es reconocida como un factor social de desarrollo de valores, actitudes e incluso habilidades necesarias para la socialización. Estos autores encontraron que el 80.5% de los adolescentes de su estudio habían intentado perder peso; del cual un 39.4% eran hombres y 60.6% mujeres estudiantes. Es decir, parece ser que es durante la adolescencia que se instauran conductas desadaptativas en búsqueda de la pérdida de peso o de la delgadez. De hecho, se encontró una correlación positiva entre la edad y las conductas de tipo atracón-purga, lo que parece señalar que, a mayor edad, mayor presencia de estas conductas alimentarias (Caldera et al., 2019; Unikel et al., 2006). Interesantemente, existen autores que mencionan que la aparición de los desórdenes alimentarios se revelan hacia la adolescencia tardía, no obstante, los factores de riesgo se presentan con anterioridad, por lo que resulta medular enfatizar la necesidad de labores preventivas (Kristoffersen et al., 2021).

En relación con el crecimiento, es en la adolescencia en donde se presentan mayores problemas al enfrentamiento de aumentos en el peso, con aún más prevalencia en las jóvenes que atraviesan dicha etapa, probablemente por la transición puberal la cual

viene acompañada de constantes cambios. Las mujeres de esta edad son quienes manifiestan una gran angustia frente al sobrepeso, resultante de los intentos de adoptar una dieta para controlar el peso, reaccionando al estigma de la apariencia física (real o percibido) intentando cambiar su apariencia, creando así más ansiedad en el proceso (Needham & Crosnoe, 2005).

Sexo biológico: en general, existe una mayor prevalencia en los casos de TCA y CAR y de riesgo de su desarrollo en mujeres que en hombres, aunque existe sospecha de que dichas cifras en hombres pueda ir aumentando silenciosamente, dado que la mayoría de las investigaciones se enriquecen con datos de mujeres (Angarita, 2020; Ramírez et al., 2021). Es decir, existe poca evidencia en torno a los TCA en hombres, sin embargo el trabajo realizado por Díaz de León-Vázquez y colaboradores (2018) indica que aquellos hombres que presentan un ideal de delgadez interiorizado tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA, aunado a que los deseos de musculatura están significativamente asociados con el desarrollo de algún trastorno alimentario en una alta frecuencia. En pocas palabras: los hombres que desean musculatura tienen una probabilidad más alta de desarrollar algún TCA que aquellos que no la desean. Esto guarda coherencia con los hallazgos reportados por Zamora y Barrios (2018), quienes encontraron una mayor correlación en mujeres entre CAR y autoconcepto, donde la conducta restrictiva se relaciona con el autoconcepto negativo. Aunque la prevalencia en mujeres es en su generalidad más alta que en hombres, el equipo de Caldera (2019) reportó diferencias intersexos apenas marginales, por lo que se plantea la hipótesis de que los varones son cada vez más susceptibles a presentar este tipo de alteraciones.

Índice de masa corporal (IMC): se ha encontrado una relación positiva entre IMC y deseo de bajar de peso; es decir, a mayor IMC mayor probabilidad de intencionalidad, conducta e ideación de perder peso, lo cual puede significar un factor de riesgo para TCA o CAR (Saucedo-Molina & Unikel, 2010; Unikel et al., 2006). Por otro lado, el grupo de Altamirano (2011) encontró que el IMC *per se* no representa un factor de riesgo para CAR, sino que requiere una interacción con insatisfacción corporal alta y baja autoestima. Por su parte, Stice y su equipo (2022) encontraron evidencia de que las mujeres con AN exhibieron un bajo peso premórbido. Esto sugiere que los modelos etiológicos han de incorporar este

elemento, sobre todo al aplicarse programas de prevención, los cuales sería recomendable que detecten este componente.

Horas de sueño: se encontró una correlación negativa entre la restricción alimentaria y las horas de sueño al día, lo que indica que, a mayor cantidad de sueño, menor presencia de restricción alimentaria (Caldera et al., 2019).

Funciones y actividades cerebrales: existen alteraciones hacia hiper o hipoactivaciones de diversos núcleos, cortezas y neurotransmisores. Holsen y su equipo (2012) señalan que existe una menor activación en hipocampo, amígdala e hipotálamo en personas con AN, siendo el primero el centro de memoria alimenticia (recuerdo de cualidades del alimento y la conducta alimentaria), así como hipoactividad en corteza orbitofrontal (involucrada en la integración emocional y la expectativa de recompensa) y la ínsula (que alberga la corteza primaria gustativa, integrando señales viscerales, modulando el afecto y la conducta motivada e integrando la señalización interoceptiva); lo que a su vez se relaciona con diferencias en los niveles de oxitocina. En otros casos, se encuentra un incremento en la activación en la amígdala y un decremento en la ínsula en población con AN. De esta manera, se puede vislumbrar que existe una función anormal en personas con trastornos alimentarios en la circuitería cerebral vinculada con la motivación alimenticia; lo que conlleva que, una carencia de la consciencia interoceptiva o de la capacidad de reconocer el propio estado pueden estar alterados en estas personas, tanto en anatomía como en funcionamiento (Lawson et al., 2012).

Aunado a lo anterior, existe evidencia que apunta a que los niveles de oxitocina tienen una relación sobre la regulación en la ingesta de alimentos, en comportamientos apetitivos y en los comportamientos relacionados con TCA: atracón, purga y restricción; ya que dicha hormona se halla en cantidades desreguladas en personas con peso bajo, recuperadas de AN y con conductas alimentarias de riesgo (Afigenova et al., 2016). Más aún, cuando esta hormona fue administrada vía intravenosa a los participantes, se redujo el consumo calórico (particularmente en alimentos palatables, tales como los carbohidratos), sin cambiar el apetito subjetivo (declarado por las personas), lo que podría implicar una relación del circuito de recompensa en dichos estados (Micali et al., 2017). Asimismo, se encontró que cuando se presentan eventos como la restricción de alimentos, bajo peso y la hipoleptinemia (niveles bajos de leptinas, hormonas relacionadas con la

regulación del apetito y termogénesis), se encuentran bajos niveles de secreciones nocturnas de oxitocina, por lo que se asocia a la oxitocina con funciones reguladoras del apetito (Lawson et al., 2012).

Asimismo, se han encontrado alteraciones en diversas funciones cerebrales relacionadas con la patología alimentaria. En personas que viven con trastornos alimentarios existen disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario, la tiroides y gónadas, al presentarse incrementos en niveles de serotonina y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de la prolactina (Maganto, 2011). En el caso de la BN, existen similitudes en los perfiles neuroendocrinológicos entre la depresión y dicho TCA (Fava et al., 1990).

Factores sociales y culturales

Como ser social, el individuo puede ser influido por los contextos de la sociedad y la cultura; tal como ocurre con la publicidad y las industrias relacionadas con los estereotipos corporales (gimnasios, cirugía estética, moda, farándula, entre otros), las cuales promueven una sobrevaloración de los cuerpos delgados y/o musculosos, encontrando la asociación de la delgadez hacia lo femenino y la musculatura hacia lo masculino. De esta manera, a lo largo de las tendencias sociales se ha consolidado la asociación de delgadez con belleza, fuerza de voluntad, control, competitividad, autoestima y éxito social; así como con la creación de masa muscular y bajos índices de grasa corporal (Maganto, 2011). Los datos epidemiológicos indican que el patrón habitual de la persona con TCA es el de una mujer adolescente en un 90-95% de los casos, una proporción hombre/mujer de 1:10, siendo más frecuente el comienzo en torno de los 15-17 años. Esto a su vez se puede relacionar con factores de riesgo tales como el deseo de pesar menos, la obsesión por la delgadez, conductas bulímicas, insatisfacción corporal y conductas extremas para bajar de peso (Escolar-Llamazares et al., 2017; Maganto, 2011).

Por ello, se puede describir a la influencia sociocultural en al menos tres factores: interacción social, redes sociales e interacciones familiares.

Interacción social

El recibir elogios y refuerzos sociales vinculados con la pérdida de peso o el ideal estético impacta directamente en la conducta de la persona en cuestión, afianzándola y generando así más renuencia al abandono de los TCA y las CAR, así como negación a percibir las como un trastorno o una conducta de riesgo y provocando así conductas de ocultación. De esta forma, los síntomas no son fácilmente detectables y el refuerzo social se consolida en un ciclo de refuerzo social con el trastorno alimentario. Todo ello genera grandes dificultades para la detección de TCA o de Conductas Alimentarias de Riesgo (Casado & Helguera, 2008).

Sumado a lo anterior, cabe mencionar que el adoptar dietas entre pares en ambientes educativos representa un factor de riesgo, así como la insatisfacción corporal, el afecto negativo y la búsqueda del ideal de delgadez (Stice et al., 2013). Esto puede ser particularmente destacado en las diversas redes sociales.

Redes sociales: los medios de comunicación son formas muy efectivas para promover los ideales de belleza, estética, delgadez, musculatura, arreglo e incluso roles de género; definen, regulan y delimitan los estándares estéticos de acuerdo con intereses de mercadotecnia (Bittar & Soares, 2020). Estos medios, tales como las redes sociales (*Facebook, Instagram, Twitter, Tik-Tok y YouTube*), influyen en la manera en la que los consumidores se autoperceben, y por consecuencia, en cómo se valoran a sí mismos; por lo que son agentes que emiten presión para el logro del ideal de belleza (Angarita, 2020; Aparicio-Martinez, et al., 2019; Martínez, 2001), el cual dista diametralmente del cuerpo real y representa una meta inalcanzable y es una fuente de constante desaprobación propia y comparación social (Festinger, 1954), que no es más que la equiparación del cuerpo propio *versus* el cuerpo “ideal” mostrado en el contenido de dichas plataformas.

Es por ello que las redes sociales representan factores de riesgo para padecer un TCA, ya que la influencia que muestran se suma a la autoexigencia y vulnerabilidad de sus consumidores, que se ha encontrado que al menos en España son usadas por el 82.2%, destacando en ella Instagram (54.5%), seguido por TikTok (23.1%). De ellos, el 87% de las mujeres usa redes, y el 77% de hombres, esto de acuerdo con Martínez, (2021). Este autor encontró una correlación positiva entre los medios de comunicación y la actitud que toman los adolescentes, quienes tienen presión por mejorar su forma física (66.7%), por parecer

más delgado (80%), por mejorar su apariencia (60%) y por reducir el nivel de grasa corporal (73.3%). Lo anterior puede agravarse cuando los consumidores de contenido observan publicaciones tales como “Lo que como en un día”, o su equivalente y popular difusión en inglés “*What I eat in a day*”, las cuales incitan a adoptar planes de alimentación enfocados en el ideal estético, amén de estar planteados en intuiciones de los llamados “influenciadores” o “*influencers*”, o en todo caso, en la labor de sus nutriólogos, si es el caso (Sebastián, 2020; Terradez, 2020). Esto puede ser una CAR en sí misma, ya que no vela por el bienestar de la persona, sino por la perpetuación de un ideal estético que parece estar muy extendido en las redes sociales, a la par de que es un factor de riesgo de más conductas riesgosas en la alimentación, ya que se vincula con la promoción de dietas, el aumento de insatisfacción corporal, preocupaciones corporales y en general, actitudes alimentarias desordenadas; por lo que se presume que intervenciones que se basen en mejorar la autopercepción y la satisfacción corporal, son medulares para prevenir y/o atender estos fenómenos (Aparicio-Martinez et al., 2019).

Asimismo, los hallazgos reportados por Turner y Lefevre (2017) y García (2020) concuerdan, ya que se apunta que el uso de *Instagram* se relaciona con la imagen corporal y actitudes alimentarias (el seguir consejos de los influenciadores para la pérdida de peso) y trastornos emocionales, conduciendo así a un posible TCA, así como que el tiempo de uso de esta red social se asoció con una tendencia a desarrollar TCA, una disminución en la autoestima y fomento de depresión y ansiedad; al tiempo que el seguimiento de cuentas enfocadas en cuerpos delgados, salud y nutrición se asoció con la interiorización del ideal de delgadez, la vigilancia corporal y el fomento de conductas enfocadas en la pérdida de peso. De manera similar, se encontró una relación significativa entre la frecuencia de uso de redes sociales (a mayor tiempo de exposición, mayor probabilidad de mostrar un comportamiento de TCA, de acuerdo con Wilksch y su equipo (2019) y tener una experiencia negativa en el uso de las mismas, con el riesgo de padecer un TCA, particularmente en el uso de *Twitter* (se presume que es debido al bajo control sobre las publicaciones y creación de comunidades y contenido pro-TCA) (Ojeda-Martín et al., 2021). Esto es armónico con lo declarado por Caldera y su equipo (2019), quienes señalan una correlación positiva entre la restricción alimentaria y las horas destinadas al uso de

internet/redes sociales, lo que indica que a mayor cantidad de uso de redes sociales y de internet, mayor presencia de restricción alimentaria.

De igual manera, se pueden encontrar numerosos foros, temas de búsqueda, palabras clave e incluso grupos privados en las diversas redes sociales, los cuales fomentan al menos dos de los trastornos alimentarios: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, bajo el nombre de “Ana y Mía”, aludiendo a ambos TCA respectivamente. En dichos foros se realizan críticas entre los usuarios hacia sus cuerpos y conductas alimentarias; se brindan técnicas y consejos para eludir la atención de los otros significativos (familia, amigos, pareja) y así evitar ser sorprendidos con conductas alimentarias que velan por la pérdida de peso o la delgadez, así como que comparten formas de mitigar el hambre o lograr largos ayunos (Olivier & Zúñiga, 2021). Asimismo, uno de los fenómenos conductuales propios de las redes sociales son las denominadas “*selfies*” o en español, autofoto (fotografía tomada por la persona hacia sí misma), las cuales se han asociado con preocupaciones corporales y de consumo de alimentos, encontrando que una mayor edición digital de estas fotografías (a través de filtros o modificaciones de rasgos, colores y formas físicas) se asocia con una mayor insatisfacción corporal y sintomatología de bulimia nervosa (Cohen et al., 2018). Otro fenómeno de redes sociales es el denominado “*fitspiration/thinspiration*” en donde se utiliza como inspiración las publicaciones hacia la vida del ejercicio físico, el cuidado de la dieta (*fitness*) y el estar delgado (*thin* en inglés), de allí que aunque pareciera que se estuviera hablando de una cultura de salud, más bien es la promoción de la constante pérdida de peso y un estilo de vida basado en alteraciones en la alimentación y percepción de la estética, desembocando en una alimentación desadaptativa, por lo que parece que mientras más tiempo se invierte en redes sociales centradas en imágenes (tales como Facebook e Instagram) mayor será la exposición a factores de riesgo para trastornos alimentarios (Griffiths et al., 2018; Holland & Tiggemann, 2006; Villar & Baile, 2023).

Interacciones familiares: el entorno familiar puede ser un factor de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios debido a los hábitos de convivencia y creencias, como pasa por ejemplo con la AN (en particular la de tipo purgativa), donde se identifica al entorno familiar como uno de los elementos causales, debido a bajos niveles de cohesión y adaptabilidad en el entorno familiar, así como presencia de rigidez y problemas de

comunicación. Por su parte, la BN se relaciona con familias con baja cohesión y adaptabilidad. De esta manera, se concluye y emplea el término de “psicopatología familiar”. Los individuos con TCA perciben a sus familias como menos adaptables, cohesionadas y comunicativas que aquellos sin un TCA. En concordancia con lo anterior, se encontró que en la medida que la disfunción familiar se incrementa, aumenta el reporte de TCA; ya que la importancia que la familia da a la apariencia física puede tener una reacción directa en la preocupación de los hijos en cuanto al peso, así como las burlas o críticas que los familiares puedan hacer, impactan directamente en la percepción de la imagen corporal. Esto concuerda con lo que señalan Unikel y su equipo (2013) quienes mencionan que las críticas familiares relativas al peso corporal pueden fungir como factor de riesgo detonante de CAR. De igual manera, Choez y Tejeda (2021) encontraron que las mujeres con patología alimentaria también presentaban altos niveles de estrés acumulado y vivencias estresantes en ambientes familiares, tales como el divorcio de sus padres, fallecimientos, abusos sexuales, entre otros. Todo ello, previo al inicio del TCA.

Maganto (2011) encontró que el desarrollo de estos trastornos puede atribuirse a diversos factores, tales como las diferencias de género en el patrón de la educación y socialización parental (las niñas son educadas con valores como orden, preocupación por el aspecto y figura corporal y cuidado de los demás; niños instruidos para mantener una actitud autónoma, autodirigida y orientada a los propios logros), la fragmentación de la familia tradicional, los cambios en estilos y hábitos alimenticios, la falta de control parental en la dieta y la propia preocupación parental en relación con los problemas. Esta misma autora hace alusión a los hallazgos en relación con los estilos de crianza y el control del peso. Se halló que frente a control manifiesto (prohibitivo) se incrementa el deseo por consumir lo restringido, mientras que en el control encubierto (no contar con alimentos no saludables en el hogar), se reduce el peso y la obesidad; lo cual sugiere el perjuicio que puede representar el insistir en la imagen corporal o el peso durante la infancia. Asimismo, el estilo indulgente, se vincula con sobrepeso y obesidad (Hurley, 2011). Aunado a ello, las relaciones familiares basadas en recompensas emocionales por docilidad extrema conllevan en la adolescencia, una rebeldía silente, acompañada de oposicionismo alimentario, impactando especialmente en mujeres.

Factores psicológicos y conductuales

Imagen corporal: la imagen corporal se puede entender como una categoría psicosocial estructurada cognoscitiva, afectiva y/o emocionalmente hacia el propio cuerpo, hacia la apariencia y hacia el concepto del “yo” (Gómez, 1997); también como un conjunto de percepciones, representaciones, sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, elaboradas a través de diversas experiencias (Saucedo, et al., 2010). En relación con los TCA, la imagen corporal juega un papel medular y se evalúa a través de dos aspectos: 1) la distorsión o alteración de la imagen corporal; esto es, la estimación corporal en su totalidad o en sus partes, y 2) la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, es decir, la autoevaluación, los sentimientos o las actitudes positivas/negativas hacia el cuerpo o sus partes; elementos que están altamente relacionados con conductas alimentarias de riesgo, particularmente con las de tipo compensatorio (Saucedo et al., 2010).

En la pubertad/adolescencia, una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo afectan a ambos sexos, lo que puede llevar a problemas emocionales y psicológicos vinculados a la alimentación. El período de edad más crítico corresponde al rango entre 13 y 19 años, aunque existe una tendencia creciente de ampliación de dicho rango. Es en este período donde comienzan a crecer las distorsiones perceptuales y la insatisfacción con el cuerpo y el peso; (por ejemplo: la negación a mantener un peso normativo conforme a los parámetros de edad y estatura, lo que desencadena en una percepción distorsionada de la figura corporal, así como una insatisfacción con la autoimagen, ya que dista del modelo social propuesto). Son estos dos elementos, la insatisfacción corporal y la percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, la base de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales se vinculan con diversas problemáticas consecuentes, tales como implementación de dietas a edades tempranas, dificultad para expresar emociones, ignorancia sobre la gravedad de los TCA y desconocimiento sobre cómo pedir ayuda (Maganto, 2011).

Insatisfacción corporal: la insatisfacción corporal se refiere a una sensación de inconformidad con el propio peso, la figura o siluetas corporal; de hecho, existe un 54% de predicción de futuras CAR frente a la detección de insatisfacción corporal, lo cual apunta hacia la aparición de conductas alimentarias restrictivas e incluso de un posterior desarrollo de TCA (Caldera et al., 2019). Esto concuerda con los hallazgos del equipo de Altamirano

(2011), que apuntan a que existen más CAR cuando existe insatisfacción corporal, la cual, al interactuar con una baja autoestima, aumenta la fuerza con la que la insatisfacción corporal puede afectar y desencadenar CAR. Incluso se ha encontrado que aquellas personas con mayor insatisfacción corporal son hasta cuatro veces más propensas a un TCA que aquellas que no presentan dichos niveles, además de presentar mayores niveles de depresión (Stice, Davis et al., 2008). Por su parte, Vargas y su equipo (2021) encontraron que las CAR van en aumento a nivel poblacional, al identificar que a mayor nivel de insatisfacción corporal, mayor realización de estas conductas (al igual en hombres y mujeres), lo cual se ve sumamente afectado con la presencia constante del estereotipo estético a nivel colectivo. A este estereotipo se le conoce como ideal de delgadez.

Interiorización del ideal de delgadez: la sociedad contemporánea fomenta una cultura de delgadez, donde se justifica y refuerza la pérdida de peso, conllevando un significado de belleza asociado con el autocontrol, un posible éxito social e incluso el ser aceptado o exitoso. Este ideal es imposible de alcanzar, ya que representa contradicciones físicas y psicológicas que actúan al simultáneo, tales como cinturas reducidas y senos grandes; es decir, representa un deseo interno de ser delgado y de esta manera, ser similar al ideal estético en cuestión, lo que se conoce como interiorización del ideal de delgadez (Bittar & Soares, 2019). El incremento en este deseo aumenta los niveles de insatisfacción corporal, conductas compensatorias y el riesgo de aparición de TCA, conclusión resultante de los datos de incidencia y prevalencia históricos y culturales en occidente, donde este fenómeno ha ido en aumento a lo largo del siglo XX (Gismero, 2020). Es decir, la idealización de una imagen corporal delgada, aumenta el riesgo de adoptar alguna CAR, incluyendo: falta de control al comer, atracón, restricción alimenticia, uso de purgas o diuréticos, preocupación por engordar, etc. Cabe mencionarse que la cultura de estética fomenta delgadez, un bajo porcentaje de grasa corporal y al mismo tiempo, voluptuosidad en mujeres, así como un cuerpo fornido y musculoso en varones; fenómeno que incluso puede desencadenar otras patologías, tales como la dismorfia corporal en ambos sexos (Almeida et al., 2020).

Autoestima: de acuerdo con la APA (2013), la autoestima es el grado en que las cualidades y características de uno mismo se perciben como positivas. Cuanto más positiva sea la percepción acumulada de estas cualidades, tanto mayor será la autoestima; lo que

tiende a asociarse con un alto grado de autoaceptación. En relación con la patología alimentaria, se ha encontrado que a niveles bajos de autoestima, mayor es el riesgo de aparición de conductas ligadas a trastornos alimentarios (Frieiro et al., 2021), así como que en adolescentes con insatisfacción corporal, la autoestima baja podría mediar el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, sobre todo en presencia de un índice de masa corporal alto (Altamirano et al., 2011).

Perfeccionismo: el perfeccionismo es una tendencia a demandar un nivel de desempeño extremadamente alto o incluso impecable, por encima de lo que requiere la situación, se asocia con depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y otros problemas de salud mental (APA, 2023), por lo que con frecuencia, las personas con algún TCA a menudo muestran niveles elevados de perfeccionismo, que contribuye al mantenimiento del trastorno; llevándolas a adherirse a reglas estrictas sobre qué y cuándo comer, con un excesivo énfasis en conseguir un cuerpo ideal y siendo extremadamente críticas cuando no se cumplen sus expectativas. Dado que funge como un factor predictor de síndromes de anorexia nervosa, síntomas bulímicos y atracones; así como de resultados negativos en el tratamiento de TCA, actúa como factor predictor y de mantenimiento de los TCA (Gismero, 2020).

Afecto negativo: se refiere a actitudes negativas que engloban la insatisfacción corporal; tales como depresión, emocionalidad negativa (la tendencia a sentirse con infelicidad y con ansiedad), inefectividad en la consciencia interoceptiva (inhabilidad para reconocer los propios sentimientos), los cuales son predictores significativos durante el seguimiento de patología alimentaria (Gismero, 2020). Más aún, el modelo dual de la patología alimentaria, propuesta por Stice y su equipo (1998) se basa en la concepción de que la interiorización del ideal de delgadez genera insatisfacción corporal, debido a la imposibilidad de alcanzar dicho estereotipo. Aunado a ello, los niveles altos de presión hacia ser delgado, proveniente del medio social (familia, amigos, pareja, redes sociales, etc.), son promotores de insatisfacción corporal, al presentar constantemente la idea de que la delgadez es la búsqueda constante para alcanzar la estética. Por consiguiente, la insatisfacción corporal desencadena la adopción de dietas y puede acompañarse de afecto negativo. Esta misma molestia puede provocar la aparición de atracones (en búsqueda de

mitigar dicha molestia), lo que a su vez desencadena sensaciones de culpa -más afecto negativo-, consolidándose así un cuadro de síntomas patológicos alimentarios.

Conducta alimentaria: el comportamiento desarrollado durante la ingesta de alimentos con frecuencia puede alterarse, particularmente en los trastornos alimentarios. Por ejemplo, las personas que viven con anorexia nervosa con frecuencia comienzan dietas de forma *motu proprio*, al restringir o eliminar aquellos alimentos que socialmente se consideran amenazantes hacia el peso, ya sea por su densidad calórica o por su alta palatabilidad, tales como grasas y carbohidratos, así como que en ocasiones omiten las normas sociales relativas a la mesa; esto es: utilizan las manos al comer, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, o incluso la escupen, desmenuzan y terminan estropeando los alimentos, por lo que al final, la cantidad de comida rechazada es superior a la ingerida en estas personas. Sin embargo, la persona con anorexia nervosa no aceptará fácilmente esta observación y para ella habrá sido una comida muy copiosa (Gismero, 2020). En relación con lo anterior, con frecuencia se encuentra que con la restricción alimentaria se provoca estreñimiento, por lo que tiende a hacerse habitual el uso de laxantes, lo que cumple dos objetivos: combatir el estreñimiento, y evacuar lo antes posible el aparato digestivo para pesar cada vez menos y mantener la noción de control de peso. De acuerdo con Gismero (2020), las mujeres que siguen dietas, desde moderadas hasta severas, tienen de 5 a 18 veces mayor probabilidad de desarrollar BN subclínica que aquellas que no siguen dietas. Asimismo, esta autora menciona que las dietas tempranas, la depresión y la distorsión de la imagen corporal aumentan el riesgo de mantener posteriormente conductas extremas de pérdida de peso.

Otro comportamiento alimentario importante a atender es la ortorexia (del griego *ortos*, “correcto”, y *orexis*, “apetito”: la forma correcta de alimentarse). De acuerdo con la APA (2023), esta es una preocupación obsesiva por seguir una dieta sana o “pura”, que suele ser muy restrictiva y centrada más en el bienestar que en la pérdida de peso. Las personas con ortorexia pueden insistir en comer solo ciertos alimentos (p. ej., los cultivados localmente) o evitar ciertos grupos de alimentos por completo (p. ej., carne, huevos, lácteos, productos de trigo), lo que a menudo resulta en una ingesta calórica extremadamente baja, riesgo de desnutrición y, en casos extremos, muerte. La revisión realizada por Skella et al., (2022) encontró (a lo largo de 37 estudios) asociaciones entre ortorexia y patología

alimentaria, al estar enmascarándose las CAR por detrás de conductas que lucen saludables, si estas no son acompañadas de un profesional.

En general, el seguimiento de dietas para pérdida de peso es la conducta alimentaria desajustada más frecuente, siendo las mujeres las que recurren a esta conducta en mayor medida (Maganto, 2008). Sin embargo y de manera paradójica, cuanto más rígido es el intento por perder peso, mayor es la probabilidad de desarrollar anhelo hacia aquel alimento restringido y, dado el momento en el que se ingiere, es mayor el consumo del mismo; lo que conlleva una pérdida del control de la conducta alimentaria (Polivy et al., 2005).

Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo y Trastornos de la Conducta Alimentaria

En nuestros días, los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un problema de salud cada vez más frecuente; de acuerdo con el DSM-5, la anorexia nervosa tiene una prevalencia de 0.4%, destacando estar más presente en mujeres que en hombres, en una relación 10:1. En la BN, la prevalencia es de 1 a 1.5%, destacando que es en adultos jóvenes donde es más común, debido a que dicho trastorno tiene un cenit en la adolescencia tardía y en la edad temprana de la adultez; la relación mujer-hombre también es de 10:1. Para el trastorno por atracón, la prevalencia es del 1.6% para mujeres y de 0.8 % para hombres, destacando que en este caso, la proporción por sexo es mucho más equilibrada, homogeneidad que se puede apreciar también en las categorías sociales, ya que es tan prevalente en minorías étnicas, como entre mujeres caucásicas, compartiendo la característica de la búsqueda de pérdida de peso. En relación con los trastornos menos comunes, el TERIA no tiene diferencias marcadas entre poblaciones (se declaran Estados Unidos de América, Canadá, Australia y Europa); asimismo, es más frecuente en niños y lactantes, sin una diferencia por sexos. En el caso de rumiación, no se muestran datos concluyentes, mas se detecta que se presenta con mayor frecuencia en ciertos grupos, como los individuos con discapacidad intelectual. De manera análoga, la prevalencia de la pica no está clara, mas el trastorno suele presentarse en población con discapacidad intelectual y se agrava conforme la gravedad de dicha afección. Sin embargo, a pesar de las cifras detectadas, se hace alusión a que las conductas alimentarias de riesgo podrían ser incluso mucho más frecuentes (APA, 2013).

A nivel mundial, uno de cada siete adolescentes (10-19 años), es decir, el 14% de ellos, padece algún trastorno mental, afecciones que tienden a no ser detectadas ni tratadas adecuadamente, por lo que se acarrearán consecuencias hasta la edad adulta que afectan tanto física como mentalmente; esto de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021b). Curiosamente, se mencionan conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias, prácticas sexuales de riesgo o actos violentos; más no se hace alusión a alguna conducta alimentarias de riesgo, solo en torno a los trastornos alimentarios.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) lleva por objetivo actualizar el panorama sobre la frecuencia y tendencias de indicadores relevantes de condiciones de salud y nutrición, así como sus determinantes sociales en el país. En la última encuesta realizada en el 2018, se encontró una proporción de adolescentes que estaban en riesgo de tener un TCA fue de 1.3% (1.9% en mujeres y 0.7% en hombres), cifras similares a la prevalencia anteriormente reportada en la ENSANUT 2012, donde se menciona que el 57% de los adolescentes con TCA pueden tener una vida normal al recibir tratamiento médico y un 40% de ellos tiene cura total y el 3% fallece. Asimismo, en esta encuesta se reporta que en los adolescentes de 14 a 19 años, la prevalencia de trastornos alimentarios es de 1.8%, superior al 0.6% estimado para el grupo de 10-13 años. En comparación con ello, la ENSANUT del 2006 estimó una prevalencia de 0.8% de CAR, en población de 10-19 años (0.4% para hombres y 1% en mujeres), asimismo, señala que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar al consumir demasiada cantidad de alimento o bien perdieron el control para comer, en relación con ello, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado conductas de restricción alimentaria en los últimos tres meses, y 0.4% consumieron medicamentos (pastillas, diuréticos y laxantes) o incurrieron en vómito autoinducido (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006; 2012; 2018).

En todas las encuestas antes mencionadas, se realizó la aplicación de una batería de 10 preguntas para evaluar conductas alimentarias de riesgo (Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo o CBCAR). Con ella se detectaron las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana, que son: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Tanto en hombres (12.6%), como en mujeres (12.4%) se reportó frecuentemente haber

comido demasiado, mientras que en menor proporción se encontró la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes.

Por otro lado, en la Encuesta “Conocimiento de la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol” (Unikel et al., 2000), se encontró que el 15% de las mujeres participantes les preocupa engordar y hacen ejercicio para bajar de peso, 5% realiza atracones, y se halla un incremento de la proporción de mujeres que se preocupaban por engordar (de un 15 a un 30% entre 1997 y 2003), quienes usaron métodos purgativos o practicaban atracones. Es importante mencionar que en esta investigación señala que la preocupación por engordar, la sensación de falta de control al comer, comer compulsivamente, la práctica de ayunos y el uso de pastillas, diuréticos y laxantes son prácticas que tienden a incrementarse con la edad. Esto concuerda con lo reportado por Caldera et al., (2019), quien menciona que existe un 7.3% de ocurrencia de CAR en población adolescente mexicana.

Todo lo anterior hace patente la constante presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, incluso en ausencia de diagnóstico de algunos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, lo cual podría ser una explicación a la prevalencia mayor de diagnósticos diferenciales por sobre los ya tipificados en el DSM-5, los llamados “Trastornos alimentarios o del consumo de alimentos no especificados”, cuyas características no son atribuibles a los trastornos ya descritos (APA, 2013; Morrison, 2014). La presencia de CAR pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, como son las intervenciones basadas en la disonancia cognoscitiva, ya ampliamente reportada en la literatura en los grupos poblacionales con mayor riesgo como las mujeres y los adolescentes de mayor edad.

Trastornos alimentarios en México: estrategias gubernamentales

La prevalencia que se ha encontrado de TCA y CAR en México manifiesta la necesidad de atención que estas requieren. En materia de salud pública, es menester el ofrecer opciones públicas y gratuitas para estas alteraciones, sin embargo, en relación con las políticas públicas dirigidas a la prevención e intervención de la patología alimentaria, se encuentran datos escasos en nuestros días.

Al realizar una búsqueda en internet, se encuentra que el 04 de julio de 2017 se publica en el portal en línea de la Secretaría de Salud la “Estrategia para la Identificación y Atención Oportuna de la Anorexia y Bulimia Nervosas en la Ciudad de México” (Secretaría de Salud, 20217); no obstante, no existen registros posteriores al respecto; es decir, parece que esta campaña no fue continuada ni llevada a cabo. A manera de descripción, se menciona que dicha propuesta apuntaba que se realizaría mediante la aplicación de un cuestionario de cinco preguntas, denominado SCOFF (Sick-Contol-One-Fat-Food), que permitiría identificar casos de bulimia nervosa y anorexia nervosa; no obstante, este cuestionario dista de ser específico para tales trastornos, ya que aborda únicamente los siguientes cuestionamientos: 1) sensación de estar enfermo por tener el estómago incómodamente lleno, 2) preocupación por controlar lo que se come, 3) pérdida superior a los 6 kilogramos en los últimos tres meses, 4) creencia de estar gorda, a pesar de opiniones opuestas y 5) sensación de que la comida domina la vida propia, sumado a que hasta la fecha, no existe un cuestionario que por sí mismo diagnostique un TCA.

El enfoque de este proyecto consistiría en acciones para construir un modelo de atención a los TCA, apuntando que si los síntomas son identificados de manera temprana, se pueden tomar medidas de prevención y atención, lo que a su vez podría disminuir mortalidad por arritmias, vómito o desequilibrio hidroelectrolíticos relacionados con dichos trastornos. Se capacitaría a personal de salud a través de tres cursos enfocados en la prevención, identificación y atención de los TCA (en un primer nivel), para facilitar la canalización a servicios especializados. Se instalarían tres módulos de atención ambulatoria en el Hospital General Rubén Leñero, en el Materno Infantil Inguarán y en el Pediátrico Iztapalapa, donde personal de psiquiatría y psicología apoyaría a la labor. En este publicado digital, se hace mención que los padecimientos de salud mental se han convertido en un problema de salud pública, y que dentro de estos se desprenden los TCA, que afectan a jóvenes de 12 a 17 años. De esta población juvenil, el 10% con anorexia nervosa y 17% con bulimia nervosa, han intentado suicidarse. Asimismo, la mitad de las niñas de 9 a 13 años están en disgusto con su imagen corporal, y un 23% de 300,000 jóvenes de 14 a 29 años no están satisfechos con su aspecto físico; esto de acuerdo con el secretario de salud local en ese entonces, Armando Ahued Ortega (Secretaría de salud, 2014).

Por otro lado, más tarde, la Cámara de diputados (2019) menciona que es necesario emprender una política pública nacional que prevenga y elimine a la anorexia y bulimia nervosas, ya que en los últimos 20 años crecieron un 300% en México, esto de acuerdo con la diputada Ana Laura Bernal Camarena (del Partido del Trabajo), quien en un punto de acuerdo con la Comisión de Salud, precisa que los factores detonantes son la presión social, los medios de comunicación y las redes sociales, que muestran la delgadez extrema como sinónimo de éxito y fama. Asimismo, Bernal Camarena destaca en este mismo informe, que en México hay 22 mil casos anuales de TCA, principalmente en jóvenes de 13 a 18 años, destacando la AN y BN, con un mayor impacto en mujeres, en una proporción 9:1. De igual manera, se afirmó en dicho informe que hasta el 10% de las mexicanas tiene *algún grado* de TCA y que el 1% de ellas tendrá afectaciones severas; no obstante, estas políticas públicas no han sido desarrolladas. Cabe mencionarse que en el portal de CEVECE (Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades) del Estado de México no hay resultados ante la búsqueda de “anorexia”, “bulimia”, “trastorno alimentario” ni “TCA”.

Ahora bien, en búsqueda de registros de apoyos sociales públicos dirigidos hacia la salud física, con particular atención hacia la salud alimentaria, se realizó una revisión en torno a los últimos cinco años en el apartado de comunicados por parte del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). En la tabla 1 se encuentran las publicaciones en relación con los TCA, alteraciones en la salud alimentaria y física, en orden cronológico:

Tabla 1. *Publicaciones del IMSS relacionadas con salud alimentaria, desde 2018 hasta 2022.*

Comunicados en el portal digital del instituto mexicano del seguro social			
Nombre	Fecha	Tema	Desarrollo
“Atiende IMSS trastorno de la imagen corporal” (IMSS, 2017).	Jun. 2017	Trastorno de imagen corporal	Se explica que las personas que viven con megarexia (negación a aceptar que se tiene obesidad y la sensación de estar saludable) recibieron tratamiento integral con terapia conductual y nutriología. En este proceso se busca que el paciente acepte la realidad de vivir con obesidad para que se responsabilice y evite complicaciones, así como que identifique con tablas de medidas, que no está en su peso ideal. Se menciona que afecta a más mujeres que a

			hombres y aparece con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida.
“Atiende IMSS trastornos alimenticios con tratamiento médico, psicológico y en nutrición” (IMSS, 2018).	May. 2018	Trastornos alimenticios	De cada 10 casos de personas con anorexia y bulimia nervosas, 9 son mujeres, que se presenta con mayor frecuencia de los 12 a los 25 años, de acuerdo con la Dra. Leticia Flores Pérez Pastern. Se menciona el tratamiento integral con medicina, psicología y psiquiatría. Se menciona que los pacientes son atendidos en consulta externa y en caso de que se atente contra la vida, es internada.
“El IMSS promueve alimentación correcta y ejercicio para una vida saludable” (IMSS, 2018).	Dic. 2018	Sobrepeso y obesidad. Alimentación correcta. Ejercicio físico. Prevención.	De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, 72.5% de la población padece sobrepeso u obesidad, por lo que puede generarse una habituación a vivir y ver sobrepeso en las personas, por lo que se recomienda una alimentación balanceada y la inclusión de verduras, frutas y leguminosas, ya que con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, se observó que de la población adulta solo consumen un 42.3%, 51.4% y 70% regularmente dichos alimentos, respectivamente; aunado a que un 85.3% consumen bebidas azucaradas, 38% botanas y postres y 45.6% cereales dulces, alimentación que puede llevar a sobrepeso u obesidad.
“Con Juvenimss, más de 1.6 millones de adolescentes han fortalecido conocimientos en el autocuidado de su salud” (IMSS, 2019a).	Feb. 2019.	Autocuidado. Sexualidad. Prevención.	Hacia febrero de 2019, el IMSS había entregado casi 7.8 millones de preservativos, de los cuales más de 843,000 se otorgan a jóvenes en Unidades de Medicina Familiar. Se promueve la salud física, no obstante, no se mencionan elementos en torno a la alimentación.
“IMSS recomienda lunch saludable para evitar la obesidad en niños” (IMSS, 2019b).	Feb. 2019.	Sobrepeso y obesidad. Alimentación saludable. Prevención.	Se recomienda introducir un refrigerio a media mañana en niños, quienes se sugiere, desayunen antes de ir a la escuela. Combinar alimentación correcta, toma de agua potable y ejercicio físico ayuda a prevenir sobrepeso y obesidad.
“IMSS recomienda	May.20 19.	Alimentación saludable.	Para prevenir la obesidad infantil y sus complicaciones, el IMSS realiza estrategias

alimentación sana y actividades físicas para evitar la obesidad en niños” (IMSS, 2019).		Sobrepeso y obesidad. Prevención.	educativas como NutrIMSS “Aprendiendo a comer bien” y ChiquitIMSS, donde se realizan acciones de promoción y educación en tres aspectos: alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física. La nutrióloga María Cristina Sánchez Rodríguez señaló que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil y las enfermedades asociadas a ella se previenen mediante la actividad física, reducir el sedentarismo y garantizar un sueño de calidad para los pequeños, con ello, mejorará su salud física y mental.
“El IMSS fortalece estrategias para combatir obesidad infantil y juvenil” (IMSS, 2019).	Oct. 2019.	Sobrepeso y obesidad. Alimentación saludable. Prevención.	México ocupó el primer lugar a nivel mundial en el 2019 de obesidad juvenil. La edad con población más afectada es de 6 a 15 años, por lo que endocrinólogos, pediatras y nutriólogos supervisan planes de alimentación y ejercicio adecuados a cada necesidad.
“Recomienda IMSS alimentos saludable, evitar atracones y quedarse en casa para disfrutar eventos deportivos o de entrenamiento” (IMSS, 2021).	Feb. 2021	Alimentación saludable. Prevención. Atracón.	Se menciona una lista de alimentos “no saludables” y su sustituto, mencionando que es recomendable no vincular el consumo de alimentos con estar frente a la pantalla, que esta estancia no rebase las dos horas, así como que se contextualiza con la situación de pandemia, donde las personas tienden al sedentarismo y a la exposición a pantallas constantes. El doctor Diego Balcón Caro, Coordinados de programas médicos en el área de nutrición y salud del IMSS apuntó que el tiempo de pandemia es el momento ideal para adoptar hábitos saludables y evitar atracones.
“Con triatlón PrevenIMSS el Seguro Social refuerza salud preventiva, orientación nutricional y activación física” (IMSS, 2021a).	Nov. 2021	Prevención de enfermedades. Nutrición.	Se realizó 12ª Jornada Nacional, Fortalecimiento de Atención Preventiva, la Triada de la Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) refuerza las acciones preventivas en enfermedades como COVID-19, influenza, diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer, y brinda a los derechohabientes orientación nutricional y activación física.
“Medición de peso y talla una vez al año,	Nov. 2021	Sobrepeso y obesidad	Se invita a la población a un monitoreo de peso y talla, así como orientación alimentaria, para evitar o reducir el sobrepeso/obesidad,

alimentación saludable y realizar ejercicio para evitar sobrepeso y obesidad: IMSS” (IMSS, 2021b).		Alimentación saludable. Ejercicio físico. Prevención.	afección que se refleja en 70% de la población adulta, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020.
“En cenas decembrinas se recomiendan alimentos horneados, agua y raciones adecuadas para adultos y menores: IMSS” (IMSS, 2021).	Dic. 2021.	Nutrición. Alimentación adecuada.	Recomendaciones generales para procurar porciones de acuerdo con las edades y sexos, así como el tener en cuenta la presencia de afecciones médicas que requieran un monitoreo de la alimentación.
IMSS implementa código QR (<i>quick response</i>) de nutrición para favorecer la salud de pacientes pediátricos oncológicos (IMSS, 2022).	Ene. 2022	Nutrición Pediatría Oncología	Se implementa un código de rápida respuesta (QR por sus siglas en inglés) que dirige a un sitio atractivo para los niños con cáncer y que reciban un plan alimenticio adecuado a sus necesidades. Se busca expandir dicha propuesta a la población geriátrica.
“Llama IMSS a cuidar salud del corazón a través de hábitos alimenticios para reducir riesgo de infartos” (IMSS, 2022).	Ene. 2022	Hábitos alimenticios. Enfermedades coronarias. Prevención.	La Dra. Gabriela Borrayo Sánchez, coordinadora al momento de innovación en salud del IMSS, señaló que hay diversos “factores gatillo” para detonar enfermedades cardíacas, mencionando el comer sal y grasa en exceso, olvidar medicamentos, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, por lo que se recomienda un monitoreo constante de dichos cuidados, así como asistencia a revisiones médicas.
“Recomienda IMSS contar con un plan de alimentación equilibrada y actividad física para prevenir	Feb. 2022	Alimentación saludable. Actividad física. Prevención.	Se recomienda a la población consumir alimentos saludables, ingerir agua simple potable, practicar actividad física y ejercicio, así como acudir a sus Unidades de Medicina Familiar (UMF) para que los profesionales de la salud realicen un plan integral de alimentación, a fin de tener una mejor calidad de vida y prevenir enfermedades.

enfermedades” (IMSS, 2022).			
“Con chequeo PreveniMSS se combate sobrepeso y obesidad, la otra pandemia que afecta a las y los mexicanos” (IMSS, 2022a).	Mar. 2022.	Sobrepeso, obesidad. Alimentación saludable. Actividad física. Prevención.	Se exhorta a los mexicanos con obesidad o sobrepeso el adecuar hábitos de alimentación más saludables y el mantener ejercicio físico al menos 30 minutos al día, en búsqueda de disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión.
“IMSS promueve lactancia materna exclusiva y planes de alimentación saludable para combatir la obesidad” (IMSS, 2022b).	Mar. 2022	Alimentación saludable. Obesidad. Prevención.	El director general del IMSS, Maestro Zoé Robledo, resaltó que mundialmente las tasas de obesidad se han triplicado desde 1975 y quintuplicado en niños y adolescentes. Días previos a la este comunicado, el IMSS firmó un memorándum junto con el UNICEF para atender de manera integral este problema de salud. Por ello, se insta a la población a mantener un plan de alimentación balanceado, con monitoreo profesional y dar lactancia materna exclusiva a infantes.
“Triatlón PreveniMSS se enfoca en cuidado de la salud a través del ejercicio, la sana alimentación y chequeo preventivo” (IMSS, 2022c).	Mar. 2022.	Alimentación saludable. Actividad física. Chequeo. Prevención.	Más de 600 personas, bajo medidas sanitarias, participaron este domingo en el Triatlón PreveniMSS con diversas actividades físicas del componente “Corre, Brinca y Rueda”, enfocado a sensibilizar a la población sobre la importancia de prevenir enfermedades y mejorar la salud mediante la prevención y detección oportuna de enfermedades, la sana alimentación y ejercicio.
“Aprueba H. Consejo Técnico del IMSS Programa Nacional de Activación Física para prevenir enfermedades y promover deporte” (IMSS, 2022a).	Jul. 2022	Actividad física. Prevención.	Se aprobó el Programa Nacional de Activación Física como una respuesta institucional para ayudar en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, promover conductas saludables y placenteras, además de estimular la disciplina, voluntad, esfuerzo y convivencia al aprovechar los espacios públicos y la infraestructura deportiva del IMSS.

“Mantener una sana alimentación es una medida más para prevenir complicaciones por COVID-19” (IMSS, 2022b).	Jul. 2022	Alimentación saludable. Actividad física. Prevención COVID-19	Se invitó a la población mantener una buena nutrición a fin de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y evitar complicaciones en caso de contagio por COVID-19. Se recomienda practicar actividad física al menos 150 minutos a la semana y consumir agua simple diariamente.
“Más de mil niñas, niños y adolescentes han asistido al Programa “Ejercítate y reactivatIMSS” del OOAD Ciudad de México Norte” (IMSS, 2022).	Ago. 2022	Actividad física Prevención Sobrepeso Obesidad	Para impulsar una cultura física efectiva donde la actividad física sea parte de un estilo de vida saludable y que se experimenten los beneficios que esta aporta a la salud, en especial en la disminución del peso y del riesgo asociado al sobrepeso y obesidad, se implementó el programa “Ejercítate y ReactivatIMSS

Nota: Los meses están abreviados. Enero= ene, febrero= feb, marzo= mar, mayo= may, junio= jun, julio= jul, agosto= ago, octubre= oct, noviembre= nov y dic=dic.

De esta manera, se observa que a nivel gubernamental no se cuenta con la atención apropiada para alteraciones alimentarias, y menos aún, no existe la cultura de prevención de las mismas. La prevención es una forma económica, en múltiples sentidos, de atender y cuidar la salud. Si se brinda atención temprana, los costos económicos del tratamiento serán menores, al tiempo que el afecto negativo que ello conlleva se resuelve con prontitud. De igual forma, la prevención de la aparición de alteraciones y patologías insta a sostener una buena calidad de vida, fomentando la salud, la cual de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948), por lo que velar por la salud, no solo es atender enfermedades y patologías, sino también mantener el estado homeostático de bienestar.

Comorbilidades

Los trastornos alimentarios con frecuencia se presentan a la par de otros trastornos o alteraciones, más aún, a menudo se observa que difícilmente se aborda un diagnóstico inicial de TCA, pues se priorizan diagnósticos de otras patologías; por ejemplo, los

trastornos del ánimo, los cuales son la mayor causa de hospitalizaciones (Bedoya, 2023). De esta manera, las personas con TCA con frecuencia reciben atención primaria, o incluso única, para las patologías comórbidas y no para las alteraciones alimentarias. Debido a lo anterior, resulta importante conocer y entender las diversas morbilidades asociadas, para identificarlas de manera oportuna y efectiva, y poder ofrecer intervenciones integrales.

Ansiedad: Solano y Cano (2012) mencionan que un porcentaje importante de personas que viven con un TCA presentan un alto porcentaje de ansiedad, así como de otros trastornos vinculados con ella, tales como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y fobia social; no obstante, estos mismos autores señalan la necesidad de identificar los niveles de ansiedad en sus distintas facetas, apuntando a tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) o diferencias en el rasgo general de ansiedad, asociadas a tipos de situaciones (rasgos específicos o áreas situacionales), encontrando que en las personas con TCA los niveles en los tres sistemas es mayor que en el grupo sin patología, con una estimación más precisa en las modalidades de ansiedad cognitiva e interpersonal. Ellos apuntan que las altas puntuaciones de ansiedad en mujeres jóvenes (media 18 años) aumentan considerablemente la probabilidad de desarrollar un TCA, que las jóvenes con TCA tienen ligera tendencia a puntuar de forma más elevada en ansiedad ante situaciones de evaluación (niveles severos) que ante otro tipo de situaciones, como las típicamente fóbicas (moderados); siendo las primeras una alusión a la ansiedad que muestra la persona ante situaciones en las que percibe que puede ser evaluada. Probablemente las personas con TCA focalicen una parte importante de su atención en el cuerpo y perciban que éste está siendo evaluado por los demás, lo que podría explicar que en personas diagnosticadas con patologías alimentarias se obtengan puntuaciones en ansiedad social y comorbilidad con fobia social e insatisfacción con la imagen corporal; por lo que es sugerencia de estos autores el elaborar programas de prevención dirigidos a población adolescente y hacia primaria y/o secundaria. En concordancia con lo anterior, Jones y su equipo (2022) señalan que la ansiedad se relaciona con la depresión, las cuales impactan negativamente en la autoestima, siendo esta cadena una lista significativa de factores de riesgo para la insatisfacción corporal, la cual a su vez, es un factor de riesgo para un TCA.

Depresión: el trastorno depresivo es el trastorno con mayor comorbilidad en los TCA. Una combinación de la dieta y los sentimientos de mala salud es lo que explica la

asociación entre el sobrepeso y la depresión -síntomas muy comunes entre adolescentes de grados académicos tempranos- (Needham & Crosnoe, 2005). De hecho, de acuerdo con Ayuso-del Valle y Covarrubias, (2019), existe una comorbilidad de TCA, ansiedad y depresión en un 83%, pero también con otros padecimientos, tales como: Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), ataques de pánico, Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y con Hiperactividad (TDAH), trastorno bipolar (o como también se le denominó anteriormente: trastorno maniaco-depresivo), abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático.

Ideación suicida: en un estudio realizado en Jalisco, México, se encontró una correlación positiva entre la ideación suicida y las conductas de tipo atracón-purga, lo que parece señalar que a mayor presencia de ideación suicida, mayor presencia de estas conductas alimentarias, tal como reporta (Caldera et al., 2019), esto es similar a lo reportado por Bedoya (2023), quien menciona una fuerte comorbilidad entre autolesión y trastornos alimentarios. Se ha encontrado que la presencia de la ideación suicida pone de manifiesto que el ideal estético/de delgadez tiene un particular influencia negativa en personas jóvenes, quienes se hallan en proceso de construcción de su identidad (Caldera et al., 2019; Saucedo-Molina & Unikel, 2010).

Consumo de sustancias: el uso de sustancias en relación con los trastornos alimentarios cumple diversas funciones. Sustancias como la cafeína, el tabaco, los laxantes y diuréticos tienden a usarse en el objetivo de pérdida de peso o para obtención de energía; el alcohol y otras sustancias psicoactivas pueden ser usados como reguladores emocionales o como parte de un proceso de comportamiento impulsivo (Gregorowski et al., 2013). De acuerdo con un estudio realizado por Cruz-Sáez y colaboradores (2013), las personas que mostraban mayor porcentaje de riesgo de TCA, tendían a fumar, consumir alcohol en exceso, al igual que habían probado drogas sintéticas. Esto es coherente con los hallazgos declarados por Krug et al., (2008), quienes encontraron que las personas con TCA manifiestan un consumo de sustancias (tabaco y otras drogas) más alto que quienes no viven con tales trastornos alimentarios, salvo por el consumo de alcohol, en cuya sustancia no se encuentran diferencias entre ambas muestras; así como con lo declarado por Bisetto y su equipo (2012), quienes encontraron una relación significativa entre el uso de drogas estimulantes (particularmente el tabaco) con el objeto de suprimir el apetito. De

igual manera, se encontró que las personas con AN, BN y otros TCA (no tipificados), exhibieron un mayor riesgo de un posterior trastorno por abuso de sustancias, comparados con personas sin TCA, con la peculiaridad de que las personas con AN se asociaron con consumos de sedantes e hipnóticos, mientras que las personas con BN consumían otras sustancias, tales como éxtasis y alucinógenos. El riesgo de consumo de sustancias se mantuvo durante 10 años, aunque la estimación más alta se observó durante el primer año de seguimiento (Skøt et al., 2022).

Por su parte, Flores-Fresco y su equipo (2018) encontraron que en personas con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se manifiesta una mayor prevalencia de TCA, especialmente en mujeres, destacando el mayor consumo de tabaco (en un 88% de la muestra), probablemente debido a que este se puede utilizar como una pérdida de peso, al ser un elemento anorexígeno (aunque aún se requiere investigación al respecto), así como que ayudaría a distraer al pensamiento de la comida, seguido por el alcohol (77%). En cuanto a la demanda de tratamiento para otras sustancias, esta fue de 14% para cocaína, 10% hacia cannabis y 2% por opiáceos. De acuerdo con estos autores, el consumo de sustancias podría utilizarse como una forma de regulación emocional para reducir el afecto negativo (ansiedad, miedo, culpa, etc.), fungiendo así como una vía de escape de los problemas percibidos. Es medular destacar que este trabajo utilizó un cuestionario que mide el nivel de la adicción a la restricción (CVAR), el cual fue elaborado a partir de la Yale Food Addiction Scale (2009), hecho que pone de manifiesto la posibilidad de contemplar no solo a los atracones como conducta adictiva hacia la comida, sino también a la restricción misma.

Borzutzky y Romero (2022) señalan que la relación entre los TCA y TUS puede fungir como factor de riesgo mutuamente, es decir, puede que el TCA sea factor de riesgo de TUS y viceversa. Dichos autores revisan diversos modelos explicativos de esta comorbilidad, tales como: 1) El modelo de la independencia biológica, que menciona que no hay una relación causal y correlacional entre ambos padecimientos, 2) el modelo adictivo de los TCA, que apunta a que los TCA son una forma de adicción y la sustancia en ese caso, es la comida, 3) el modelo de la psicopatología secundaria, en donde el TUS es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, en donde el abuso o dependencia a sustancias determinaría la existencia de una vulnerabilidad especial en la persona que vive con un

TCA, 4) el modelo de abuso de sustancias secundario, en donde la relación es inversa, el TCA es un factor de riesgo para el desarrollo de un TUS, 5) el modelo de factores comunes, el cual defiende la existencia de mecanismos etiopatogénicos comunes para los TUS y los TCA, existiendo diversos elementos (biológicos, ambientales, psicológicos, etc.) que predisponen a la persona tanto a la aparición de uno como del otro, y finalmente, 6) el modelo de retroalimentación, en el cual los TCA y TUS se retroalimentan e influyen mutuamente de una manera patoplástica, afectando cada uno de los trastornos en la morfología y desarrollo del otro.

Neurobiología de la comorbilidad de trastornos alimentarios y trastornos por uso de sustancias

Las sustancias consumidas, ya sea a través del consumo de alimentos o de psicotrópicos, surten efecto en el encéfalo. En procesos adictivos se ha detectado una disfunción de la CPvm asociada a una hiperactividad amigdalina, lo que podría explicar la incapacidad del usuario de sustancias de realizar una adecuada toma de decisiones, decantándose por una recompensa inmediata y sin tomar en cuenta las consecuencias a largo plazo de su conducta (Rojo et al., 2012; Tchanturia et al., 2007), lo cual podría vincularse con CAR tales como los atracones. Varija y Bhat (2022) y Olsen (2011) mencionan que las adaptaciones neuroconductuales después de una historia de ingesta de alimentos palatables se ha comparado con los observados después del abuso de sustancias. Olsen administró sacarosa a ratas y comparó su consumo (libre y restringido) frente a la preferencia a la cocaína. Encontró que la sacarosa (alimento altamente apetitivo) reduce la apetencia por la cocaína en más del 90% de los individuos estudiados en ciclos de libre acceso-restricción (modelo experimental de atracción); lo que sugiere que la exposición a reforzadores cotidianos (que no son drogas) puede producir cambios similares a los que se gestan frente al consumo. Esto podría ser entendido como una adicción-sin-drogas, o la llamada *adicción comportamental*. Por su parte, Varija y Bhat (2022), mencionan que los sistemas dopaminérgicos, GABAérgicos, opioides y serotoninérgicos en diferentes regiones del estriado, la amígdala, la corteza orbitofrontal y el mesencéfalo (principales blancos de diversas drogas) son los responsables de la sensación de placer al consumir sustancias, pero también en el consumo de alimentos hipercalóricos.

De igual manera, Carr (2011) demostró que la sacarosa es capaz de producir efectos similares a la administración de estimulantes (alcohol) en ratas desnutridas, ya que al presentar la sacarosa se detectaban liberaciones dopaminérgicas intensas sucesivas, similar a lo que hacen las sustancias psicotrópicas. También se encontró en individuos con obesidad hiperactivación de la corteza anterior del cíngulo, la corteza orbitofrontal medial y dorsolateral, la amígdala y el caudado, en respuesta anticipada a recibir comida; así como una hipoactivación de la corteza orbitofrontal lateral, en respuesta a la recepción de comida. En resumen, existe activación elevada en el circuito de recompensa frente a señales de comida (con incrementos de dopamina), y menor actividad en regiones inhibitoras en respuesta a la ingesta de alimentos, fenómenos que se producen de igual manera en el consumo de sustancias (Gearhardt et al., 2011; Volkow et al., 2002), lo que sugiere que las conductas adictivas utilizan las estructuras neurobiológicas que usan los reforzadores naturales, por lo que se puede apuntar que las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales comparten, al menos parcialmente, sustratos neuronales.

Incluso se puede entender estos procesos desde la respuesta cerebral al consumo de alimentos, ya sea desde la respuesta a los componentes químicos del alimento o desde el aspecto conductual de su consumo. Por ejemplo, los alimentos altamente procesados pueden ser un punto de convergencia entre las adicciones comportamentales y las provocadas por sustancias, ya que al consumir estos productos que son altamente palatables y bajos en nutrientes, se activa el circuito de recompensa y se fomenta su consumo desmesurado, debido a sus componentes químicos añadidos, tales como el glutamato monosódico (Aguirre et al., 2021). En relación con lo anterior.

Adicción a la comida: otra forma de entender la relación entre ambos conceptos es, desde la noción de adicción a la comida, o en su versión más conductual, adicción alimenticia (Aguirre et al., 2021). Este concepto ha emergido hacia la actualidad como un trastorno adictivo legítimo, aunque su caracterización, etiología, curso y tratamiento continúan en aras de investigación. No obstante, su definición deriva de los modelos experimentales y epidemiológicos de los trastornos por uso de sustancias, por ejemplo, alimentos altos en grasas o azúcares parecen ser la “sustancia” que determina la dependencia física o psicológica, o la mezcla de ellas (DiFeliceantonio et al., 2018). Las personas con una alimentación anormal muestran un patrón patológico del “uso” (consumo)

de dichos alimentos y un deseo inexplicable por consumirlos, a pesar de las complicaciones o consecuencias negativas en sus círculos sociales, ocupacionales y recreacionales (Jegade & Olupona, 2022). Estos hallazgos concuerdan con los de Laque y su equipo (2022), quienes mencionan que la adicción a la comida en individuos con obesidad, trastornos alimentarios y adicciones continúa siendo controversial, por lo que buscaron cuáles son los aspectos de las conductas alimentarias de riesgo que se ligan como modelos preclínicos de adicciones a sustancias. En un modelo animal (rata), encontraron que el uso intensivo de cocaína y alcohol y de dietas obesogénicas causan apetito compulsivo, el cual persistió incluso después de la última exposición a la droga, aunque en períodos de abstinencia no se presentaron excesos calóricos ni incrementos de peso durante abstinencia. De esta manera, la obesidad y los trastornos alimentarios bulimia nerviosa y atracón parecen ser el epítome de la adicción a la comida. Las desregulaciones superpuestas en el circuito de recompensa debido a diferentes historias de dieta obesogénica y consumo de drogas pueden ofrecer una meta terapéutica común para tratar comportamientos adictivos en la adicción a drogas, los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. De esta manera, podría relacionarse a la alimentación compulsiva con BN o trastorno por atracón, cuya subsecuente consecuencia podría ser el consumo de sustancias, ya sea por mitigar el afecto negativo de las mismas o en búsqueda de un control de peso.

Perspectiva actual: alimentación y COVID-19

En diciembre de 2019 se reportaron numerosos casos de neumonía atípica en Wuhan, China. Se desconocía su origen en un comienzo, sin embargo, más tarde se identificó al agente etiológico como SARS-CoV-2, un nuevo tipo de coronavirus el cual se transmite a través de aerosoles por vía aérea. Debido al vertiginoso número de contagios y muertes a nivel mundial, este brote se convirtió en una emergencia sanitaria y en una pandemia (Mojica-Crespo & Morales-Crespo, 2020). Durante este período y sumado al confinamiento que la población se vio forzada a mantener, existieron múltiples modificaciones en actividades sociales, laborales y educativas, alterando así patrones alimentarios, prácticas de actividad física y autocuidado, causando un impacto directo sobre la salud física y emocional, por lo que la salud alimentaria se vio afectada. Se condujo a las

personas a mantenerse con hábitos sedentarios, se fomentó el consumo de alimentos de bajo nivel nutricional, el consumo de sustancias psicoactivas que mitigaran el malestar emocional, existieron rumiaciones de pensamiento y conductas alimentarias asociadas a posibles estados anímicos, tales como ansiedad o depresión (Carrillo et al., 2021; Rodgers et al., 2020). Estos cambios en el autocuidado distan de la adaptación y la funcionalidad, sin embargo, muchos de ellos no cumplen los rubros necesarios para calificar como un trastorno, mas sí manifiestan alguno o varios de los factores de riesgo del desarrollo de las mismas. Es por esto que se reconoce la oportunidad de indagar más en estos aspectos, ya que la alimentación y sus complicaciones para el ser humano son áreas de grandes oportunidades para salvaguardar la estabilidad física, emocional y social del individuo (Nájera & Cartas, 2023), y más aún en tiempos de pandemia.

De acuerdo con Touyz y su equipo (2020), las personas con trastornos alimentarios presentan una compleja problemática con la comida durante pandemia por COVID-19, ya que mantienen alimentaciones rígidas e inflexibles, por lo que pueden tener secuelas más duraderas, al ser particularmente vulnerables al COVID-19 debido al compromiso de salud física que presentan. Estos autores sugieren desarrollar una respuesta del sistema de salud para responder ante la creciente necesidad de salud mental suscitada en la actualidad, que tal y como el profesor australiano McGorry (2020) afirma, “deberíamos ir más lejos y brindar una respuesta internacional ante un virus que no piensa nacionalmente”, a través del desarrollo de repositorios de comentarios, protocolos, historias de caso y artículos empíricos en torno al tema. Asimismo, Cevallos (2021) menciona que las personas con un TCA manifestaron emociones incrementadas durante pandemia, tales como desesperación, tristeza, enojo, miedo, soledad, depresión y ansiedad, las cuales se vincularon con la sensación de que el tratamiento a su patología alimentaria no se desarrollaría de manera convencional, por lo que se sentían perdidos y carentes de apoyo médico y social. Eventualmente, esta situación se reflejó en un empeoramiento en los síntomas de su TCA, debido a los cambios de rutina, hábitos de encierro y aislamiento social. De acuerdo con Carrillo y su equipo (2021), en México, un 39.4% de las personas aumentó el consumo de alimentos en general, un 38.8% aumentó el consumo de alimentos poco saludables, un 40.7 % disminuyó la actividad física por el cierre de espacios en donde se realizan normalmente, tales como los gimnasios y centros deportivos (aunque 29.2%

aumentó o inició actividad). Asimismo, 42.4% se ha mantenido en su peso, 41.5% aumentó y 16% disminuyó su peso corporal. Se encontró un puntaje bajo (2 de 7) de probabilidad de desarrollar trastorno por atracón. En el consumo de alcohol, aumentó el consumo excesivo en 9.3%. Esto concuerda con lo reportado por Trujillo (2021), quien menciona que el 72.3% de su muestra identificaron que sus síntomas de TCA habían incrementado durante la pandemia, tales como la ansiedad (28%) y depresión (18%).

Ahora bien, de manera paradójica, los mecanismos de salud pública dirigidos a la prevención de contagios de COVID-19 hacen hincapié en el exceso de peso y su relación con el peligro de contraer COVID, estrategia que se mezcla con la ya propuesta en contra de la obesidad (sellos de exceso de calorías, sales y azúcares), lo que puede agravar las CAR, ya que aumentan la preocupación hacia el peso y no se enfocan en conductas que sí conllevan un beneficio en salud. Aunado a lo anterior, existen limitaciones de actividades físicas y sociales, lo que aumenta los factores estresores que pueden impactar negativamente en la conducta alimentaria, añadidos al desinterés y falta de motivación, cuya población más vulnerable son los niños y adolescentes con problemas alimentarios (García-Ríos & García-Ríos, 2021), así como aquellas personas que viven estados severos de ansiedad y de intolerancia a la incertidumbre, desencadenando así una mayor afectación en estas poblaciones, con comportamientos más restrictivos (Scharmer et al., 2020).

De esta manera, resulta fundamental identificar y atender de manera oportuna estas alteraciones de la conducta alimentaria, así como fomentar las intervenciones a distancia para ellas.

Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Una vez establecida la prevalencia de los trastornos alimentarios y de las conductas alimentarias de riesgo, así como su respectiva revisión de definiciones, es necesario abordar la forma en la que estos padecimientos pueden ser tratados o incluso más aún: prevenidos. Las conductas alimentarias patológicas se presentan a lo largo de un continuo, en el cual lo principal no es la presencia o ausencia de un diagnóstico clínico, sino la intensidad con la cual se presentan. La práctica de dietas y ejercicio para bajar de peso, así como la preocupación por una figura delgada son normativas en la población y se

presentan una amplia gama dentro de la cual es difícil establecer un punto de corte entre lo normal y lo patológico.

De manera general, los modelos enfocados en prevenir trastornos y alteraciones de la salud se basan en un modelo triádico jerárquico que se enfoca en poblaciones, desde macro hacia lo micro, según su apertura, necesidad y alcance de efectividad de tratamiento. Dichos modelos de prevención son los siguientes:

- **Prevención universal:** Se dirige a la población en general y se realiza a través de la promoción de la salud, para fomentar el conocimiento sobre la problemática en cuestión.
- **Prevención selectiva:** Se focaliza en grupos de riesgo específicos que se asocian al problema de salud por factores físicos, psicológicos, sociales, contextuales o sus mezclas.
- **Prevención indicada:** Se enfoca hacia aquellos grupos poblacionales con altos factores de riesgo, que incrementen la posibilidad de desarrollar la problemática que se busca prevenir (Vélez et al., sin año).

De la Vega y Gómez-Peresmitré (2012) apuntan que los costos de estos fenómenos, tanto a nivel individual como a escala social, pueden tener grandes magnitudes, por lo que se enfatiza la atención preventiva, enfocándose en los factores de riesgo asociados al desarrollo de tales afecciones, que de acuerdo con estos autores, se encuentra la imagen corporal, la conducta alimentaria, cuerpo biológico y prácticas compensatorias. Más aún, existen trabajos de prevención que señalan la utilidad de una prevención indirecta, la cual se puede definir como “el abordaje de los trastornos a partir de los factores de riesgo asociados a ellos”. Casado y Helguera, (2008), identifican estos factores como perfeccionismo, autoexigencia elevada, déficit de autoestima y de autorrefuerzo, exceso de autocrítica, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, necesidad de aprobación, insatisfacción corporal, relaciones sociales insatisfactorias, modelos familiares disfuncionales, actitudes sesgadas hacia la comida y la presión social. Estos autores realizaron una intervención preventiva en dos fases: una hacia los adolescentes (identificados como población de riesgo) y otra hacia los padres. Su intervención se basó en psicoeducación de habilidades sociales, tales como comunicación asertiva, empatía, resolución de conflictos, actitudes hacia la comida y hacia los trastornos alimentarios; así

como el entrenamiento en identificación y resignificación de actitudes hacia los ideales de delgadez, encontrando una disminución en los diversos niveles de ansiedad mencionados (cognitivo, afectivo y motor), así como una menor percepción del ideal de delgadez, tanto en padres como en adolescentes. Estos resultados coinciden con los planteados por Stice y su equipo (2013), donde mencionan que, dado que la patología alimentaria incrementa el riesgo de obesidad, depresión y abuso de sustancias, la investigación debe evaluar el beneficio potencial de la prevención de TCA sobre dichas afecciones.

De tal manera que la intervención antes mencionada puede entenderse como un antecedente de las posteriores evoluciones de los programas de prevención de TCA. De acuerdo con Stice y colaboradores (2013), estos programas se pueden comprender en tres generaciones. La primera estriba sustancialmente en un contenido psicoeducacional de la patología alimentaria, sin enfocarse en reducir sus factores de riesgo, síntomas o su posible futuro comienzo. La segunda generación también era primordialmente didáctica, pero comenzó a enfocarse en factores de riesgo empíricos, tales como la insatisfacción corporal; reduciendo así dichos factores de riesgo de TCA; no obstante, esta generación no alcanzó a afectar a los síntomas y futuras apariciones de TCA. Finalmente, la tercera generación apuntó a los factores de riesgo y se enriqueció con intervenciones más interactivas y técnicas de principios de persuasión provenientes de la psicología social, minimizando de esta manera los factores de riesgo, los síntomas y algunas veces reduciendo el comienzo de los TCA. De acuerdo con estos autores, los programas con mejores efectos de intervención son aquellos que se enfocan en una población de riesgo (comparada con una población universal), los que poseen un carácter interactivo, así como que se centran en los factores de riesgo y predicen el futuro comienzo de trastornos alimentarios (por ejemplo, insatisfacción corporal), bajo un formato multi-sesiones. Sumado a lo anterior, se puede mencionar que como medidas preventivas conviene estimular en los jóvenes el uso selectivo de medios de comunicación social, promoviendo aquellos que no colocan su atención en la forma corporal; al tiempo de dotarles de herramientas que ayuden a resistir la presión social ante los estándares estéticos no realistas (Caldera et al., 2019); lo cual encamina hacia el proyecto cuerpo.

Modelos de intervención para trastornos alimentarios

Intervenciones en línea por pandemia

Las necesidades suscitadas por el confinamiento y la necesidad de recibir una atención tanto médica como psicológica, puso en dinamismo los diversos estilos de intervención que se pueden implementar, haciendo uso de la intervención a distancia, en línea o teleconsulta. Si bien, esta modalidad de consulta ya se ha realizado con anterioridad, estas se vieron impulsadas una vez declarada la pandemia. Retomando los años previos a la pandemia por COVID-19, Stice y su equipo (2012) probaron un ensayo preliminar de su programa de prevención de trastornos alimentarios vía internet. Se encontró que los resultados de la intervención presencial grupal fueron similares a los de la intervención en línea basada en disonancia cognitiva, llamada *eBody Project (electronic Body Project)*, incluso a un seguimiento a seis meses (Stice et al., 2014). Años más tarde se realizó nuevamente la implementación del Proyecto Cuerpo en cuatro grupos: uno facilitado por clínicos, uno facilitado por pares, uno en línea a través del *eBody Project* y el grupo control. Se encontró que el grupo que recibió el tratamiento por parte de clínicos mostró mayores reducciones en tres factores de riesgo: interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal y afecto negativo, así como en sintomatología de TCA; al igual que el grupo que recibió tratamiento por pares, el cual mostró reducción en síntomas de TCA y factores de riesgo, efecto que se mantiene incluso a seis meses de seguimiento para ambos grupos. En el caso del grupo control, curiosamente, también mostró una reducción de factores de riesgo. Este grupo recibió un vídeo documental sobre trastornos alimentarios e insatisfacción y aceptación corporal, lo cual apunta a la novedad e importancia de brindar opciones de atención incluso a los grupos controles; de esta manera, incluso el grupo que no reciba el tratamiento principal se vería beneficiado. Finalmente, el grupo que recibió el *eBodyProject* mostró reducciones en los tres factores de riesgo, demostrando que es una alternativa de intervención confiable, incluso al monitorear el seguimiento durante los seis meses posteriores a la implementación de la intervención (Stice et al., 2018).

Asimismo, Couturier y su equipo (2021) realizaron un artículo de revisión en donde mencionan las características clínicas de las diversas implementaciones modales de la intervención remota. Estos autores hacen hincapié en el fenómeno del monitoreo y

autocrítica aumentada debido a las videollamadas, las cuales implican una exposición constante a la autoimagen. En niños y adolescentes se encontraron dificultades para comunicarse de esta forma, ya que mencionan sentir una carencia de roce social y motivación al cambio; sin embargo, en el caso de los foros en línea sí se encontraron mejorías en CAR. En adultos, la aceptabilidad de la teleconsulta fue mucho más alta, particularmente encontrando resultados favorables durante la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), al identificar aumento en ingesta de alimentos, reducción de atracones y mejora en la reducción de marcadores de depresión y mejoría en la satisfacción corporal y disminución en la restricción alimentaria. Por otro lado, el envío de mensajes de texto y correos electrónicos después de cada sesión de tratamiento y antes de las horas de comida generó buenos resultados, al ser un complemento al tratamiento. Asimismo, existe evidencia de un tratamiento híbrido, entre la mezcla de entrenamiento en línea, previo a una intervención basada en disonancia cognitiva en hombres brasileños, en quienes se encontró una disminución en sus trastornos alimenticios y en dismorfia corporal, incluso en sus seguimientos a 24 semanas (Almeida et al., 2020).

De esta manera es posible vislumbrar la posibilidad de brindar atención remota que se enfoque en TCA y CAR, ya que esta modalidad a pesar de ser incipiente, parece que puede mostrar efectos benéficos incluso durante los meses posteriores a la aplicación misma.

Programas de prevención basados en disonancia cognitiva

De acuerdo con Festinger (1962), la disonancia cognitiva ocurre cuando existe una discrepancia entre las propias creencias y acciones; lo que genera una aflicción psicológica que a su vez produce la búsqueda de reducción de dicha disonancia, cambiando así las creencias en consecuencia. Es decir, si una persona conoce o detecta distintos elementos que no guardan consistencia entre dos opuestos o dos opciones de decisión, tratará entonces de hacerles más consistentes a través de sus pensamientos y acciones. En palabras de Festinger: “justo como el hambre impulsa a una persona a comer, la disonancia impulsa a cambiar opiniones y comportamiento” (1962), gestándose así una tensión de opuestos simultánea. De acuerdo con este modelo teórico, después de que una persona elige irrevocablemente una de dos alternativas atractivas, toda información que conciba

como características atractivas de la alternativa rechazada entran en conflicto con el conocimiento de la propia opción rechazada, o con el hecho de haberlo rechazado. Ahora bien, dicha disonancia puede ser reducida de dos maneras: 1) persuadirse a uno mismo de que dichas características no son realmente tan atractivas, o 2) dar justificaciones adicionales de la decisión tomada, al exagerar las características atractivas de la elección en cuestión; sin embargo, esto puede decantarse hacia la opción inadecuada bajo la influencia social. La denominada por Festinger (1954) “comparación social” (la cual ha sido mencionada como posible factor de riesgo en apartados anteriores), es el resultante de la constante diferencia percibida entre las características propias y las de los demás. Esta comparación puede entenderse en relación con la imagen corporal, al cotejar el cuerpo propio (cuerpo real) con el estereotipo de estética social (cuerpo ideal) y encontrarlos sumamente diferentes. De esta manera, al percibir que el propio cuerpo es tan distinto al estándar de belleza, los efectos de esto son negativos e impactan en emociones, pensamientos y conductas para buscar alcanzar dicho ideal corporal (Villar & Baile, 2023). De tal manera que una intervención que estimule una disonancia cognitiva entre el cuerpo real y el cuerpo que los medios de información y comunicación marcan como el ideal, haciendo hincapié en los costos que esa búsqueda insaciable supone sobre la salud física y mental, es la base para desarrollar prevención e intervención de trastornos de la conducta alimentaria y de conductas alimentarias de riesgo, basándose en la disonancia cognitiva.

Dentro de las intervenciones más renombradas por sus efectos benéficos en sus participantes, son las desarrolladas por el psicólogo estadounidense Eric Stice; profesor, investigador y divulgador de factores de riesgo que predicen el inicio de trastornos alimentarios, obesidad, abuso de sustancias y depresión. Fue hacia el año 2000 en que el Dr. Stice desarrolla su primer programa de prevención de TCA basado en disonancia cognitiva (el cual recibirá el nombre de “Proyecto Cuerpo”), para posteriormente complementar dichas intervenciones y dar seguimiento a las mismas. En dicho programa se impulsa a criticar el ideal de delgadez (o posteriormente también llamado el ideal estético o de belleza); con en una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales, los cuales pueden causar o fomentar la disonancia cognitiva y provocar una subsecuente reducción de la búsqueda del ideal de delgadez y ulterior aceptación del cuerpo. Esto a su vez desencadena mejorías en torno a la insatisfacción corporal, el afecto negativo y los

síntomas de los TCA. De esta manera, se busca como principal objetivo, el hacer que los participantes hablen, escriban o actúen en contra del ideal de delgadez; detectando los costos que este conlleva (esta reflexión debe ser gestada por los participantes y no brindado por los facilitadores, en función de producir la disonancia cognitiva deseada).

Se ha encontrado desde un comienzo de esta modalidad de intervención, una disminución en la interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, adopción de dietas, afecto negativo y rasgos de bulimia nervosa, incluso en seguimientos a cuatro semanas (Stice et al., 2000; 2001; 2003), así como en estos beneficios sumados a un peso más sano con mantenimiento en el seguimiento a 12 meses (Stice et al., 2006), y a disminución en daño psicosocial asociado a dicha patología, aunado a menos incrementos en el peso y menor riesgo de riesgo de patología alimentaria en los seguimientos de 2 y 3 años posteriores, de acuerdo con el estudio realizado por Stice, Marti y su equipo (2008), quienes mencionan que este programa ha producido una reducción estadística y clínicamente significativa del 60% en los trastornos alimentarios tipificados, manteniendo los efectos en los seguimientos de tres años posteriores a la intervención (en poblaciones latinas, asiático-americanas y euro-americanas) realizando una comparación con un grupo control); al tiempo que disminuye la insatisfacción con la imagen corporal, el afecto negativo y mejora las funciones psicosociales.

Es decir, parece que la reducción en la interiorización del ideal de delgadez puede mediar los efectos de reducción de los síntomas de TCA (sobre todo en aquellos participantes con mayor disonancia cognitiva), al poner de manifiesto el costo de perseguir dicho ideal, de acuerdo con Stice y su equipo (2018). De igual manera, se encontró una reducción en las respuestas del núcleo caudado frente a declaraciones del ideal de delgadez (contribuyendo así a la insatisfacción corporal y por ende, a trastornos alimentarios); así como una reducción y activación de la corteza anterior del cíngulo, en respuesta a imágenes de modelos delgadas (estas áreas están vinculadas con la recompensa y la atención, respectivamente). De tal suerte que los jóvenes podrían no percibir al ideal estético como una meta deseable, y por consecuencia, prestarían menos atención al mismo, todo con un modelo de prevención basado en disonancia cognitiva (Stice et al., 2015). Por lo tanto, este modelo es un programa de prevención de trastornos alimentarios que justifica la designación de la APA como una intervención eficaz, lo que

significa que ha demostrado producir efectos clínica y estadísticamente significativos cuando es facilitado por proveedores naturales (por ejemplo, maestros, consejeros, compañeros líderes, etc.), cuya diseminación y aplicación (en administración universal, dentro de comunidades específicas en sistemas sociales en donde los participantes se sientan embebidos, incluidos) no produce una reducción en los tamaños del efecto, lo que parece un precio aceptable a pagar por una amplia difusión. Aunado a ello, los autores sostienen que se puede lograr un mayor impacto a gran escala si se tiene un menor efecto por persona, con un gran número de individuos; versus un gran efecto con sólo unos pocos individuos. Por lo tanto, sostienen que es recomendable continuar estudiando tanto selectivos como administración universal de programas eficaces en los esfuerzos de difusión.

Taller basado en disonancia cognitiva: Proyecto Cuerpo

El programa para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en su versión de alta disonancia, denominado “Proyecto Cuerpo”, fue elaborado por Stice y su equipo (2007) en la Universidad de Stanford, la Universidad de Texas y el Instituto de Investigación en Oregón. Su objetivo es la aceptación del propio cuerpo, como resultado de un proceso de fomento a la disonancia cognitiva. Es decir, se promueve en los participantes del taller un pensamiento de desafíos a las creencias y conductas que buscan y fomentan el ideal estético. Este desafío genera una tensión de opuestos entre lo que se consideraba como socialmente adecuado (por ejemplo, los cuerpos femeninos muy delgados) y lo que no es saludable, por lo que se está creando una disonancia cognitiva, la cual será instigada por los facilitadores del taller a decantarse hacia la búsqueda del ideal de salud y hacia el abandono de la búsqueda del ideal estético.

La intervención consiste en ejercicios orales, escritos y conductuales enfocados en la crítica voluntaria del “ideal de delgadez”, acompañada de una disminución de la insatisfacción sobre el cuerpo, la dieta, el afecto negativo, la patología bulímica, la reducción del riesgo de futura obesidad y trastornos alimentarios y una mejora en la función psicosocial. Estos autores encontraron una reducción de hasta un 75% de casos de TCA en el grupo control durante un seguimiento a tres años posteriores a la aplicación del taller.

De tal forma que se sugiere que una reducción de la interiorización del ideal de la delgadez parece mediar los efectos de la intervención sobre el cambio de los síntomas de los TCA.

Es decir, en el proyecto cuerpo se impulsa sutilmente a criticar el ideal de delgadez (o posteriormente también llamado el ideal estético o de belleza); lo cual a su vez desencadena mejoras en torno a la insatisfacción corporal, el afecto negativo y otras CAR, síntomas de los TCA. De esta manera, se tiene como principal objetivo el hacer que los participantes hablen, escriban o actúen en contra del ideal de delgadez; generando los costos que este conlleva (esta reflexión debe ser gestada por los participantes y no brindado por los facilitadores, en función de producir la disonancia cognitiva deseada) y concluirse hacia la búsqueda del ideal de salud y el rechazo al ideal estético.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

La presencia de CAR puede conducir a un ulterior desarrollo de algún TCA. Un trabajo preventivo oportuno puede evitar el desarrollo de algún trastorno alimentario e incluso algunas comorbilidades asociadas, tales como el consumo de sustancias (Stice et al., 2013). El objetivo del presente trabajo se enfocó en identificar de manera temprana la presencia de CAR en personas interesadas en tomar el taller en línea “Proyecto Cuerpo”, con la finalidad de detectar dichas conductas riesgosas, modificarlas y reducirlas o incluso eliminarlas, para así prevenir el desarrollo de un TCA.

Pregunta de investigación

¿Existirán diferencias estadísticamente significativas entre las conductas alimentarias de riesgo (CAR), la interiorización del ideal de delgadez, la satisfacción corporal, el afecto negativo, la ansiedad y la depresión antes y después de la aplicación del taller en línea de prevención “Proyecto Cuerpo”?

MÉTODO

Objetivo general

Objetivo 1: Identificar y modificar de manera oportuna las conductas alimentarias de riesgo, la interiorización del ideal de delgadez/musculatura, la satisfacción corporal y el afecto negativo en personas interesadas en tomar un taller en línea de prevención de trastornos de la conducta alimentaria “Proyecto Cuerpo”, con el fin de prevenir el desarrollo de un trastorno alimentario en ellas.

Objetivo 2: Identificar los niveles de ansiedad, depresión y consumo de sustancias antes y después del taller y durante los seguimientos.

Hipótesis

Las puntuaciones obtenidas en la medición *post-test* serán menores a las obtenidas en el *pre-test* para las variables: conductas alimentarias de riesgo (CAR), interiorización del ideal de delgadez/musculatura, afecto negativo, ansiedad y depresión; y serán mayores para la variable satisfacción corporal.

Variables

Variables dependientes

Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición conceptual: conductas alimentarias inapropiadas características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-5 (APA, 2013) que no cumplen en frecuencia, intensidad y duración con los criterios diagnósticos. Estas son: restricción alimenticia, ayunos, atracones, autoprovocación del vómito, seguimiento de dietas, uso de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar y práctica excesiva de ejercicio (Unikel et al., 2006).

Definición operacional: se midió con la sumatoria de las respuestas dadas a dos cuestionarios, 1) al cuestionario CBCAR (Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo), cuyas puntuaciones se clasificarán por puntos de corte (0 a 6 es riesgo bajo, 7 a 10 es riesgo medio, mayor a 10 es riesgo alto) y se excluirá a las personas que cuenten

con un riesgo alto; y 2) al cuestionario EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*), que se calificará con la media más la desviación estándar de dicha prueba.

Interiorización del Ideal Estético de Delgadez/Musculatura

Definición conceptual: aprobación de la creencia popular sociocultural de la atracción física; cuyo estereotipo femenino se basa en delgadez, mientras que el masculino lo hace en musculatura, tamaño y volumen corporal. Esta aprobación se acompaña de la apropiación de dicha idiosincrasia, la cual se transforma en un principio que guía la conducta (McCreary & Sasse, 2000; Sands & Wardle, 2003).

Definición operacional: se midió con la sumatoria de las respuestas dadas a dos cuestionarios, 1) al Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal y se clasificará por un punto de corte: 0-36 es sin riesgo, y mayor a 36 es con riesgo, y 2) al Cuestionario de Deseo por la Musculatura (McCreary & Sasse, 2000) , que se calificará con la media más una desviación estándar de la escala.

Insatisfacción e Insatisfacción Corporal

Definición conceptual de insatisfacción corporal: evaluaciones negativas del peso, forma, tono muscular y tamaño corporal. Generalmente involucra la percepción de una discrepancia entre la evaluación que una persona hace de su propio cuerpo y de su noción de cuerpo ideal (Cash & Szymanski, 1995).

Definición conceptual de satisfacción corporal: Grado en que las personas están conformes con su físico (Annesi & Stewart, 2023; García et al., 2023).

Definición operacional: Se midió con la Escala de satisfacción e insatisfacción con partes del cuerpo (Berscheid et al., 1973) y se calificará con la media más una desviación estándar de la escala.

Afecto negativo

Definición conceptual: Se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. Un alto índice de afecto negativo se ha relacionado con: experiencias de emociones negativas (como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción), actitudes negativas y pesimismo, problemas

o quejas somáticas, así como insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás (Robles y Páez, 2003).

Definición operacional: Se midió con la suma de las respuestas dadas a la Escala de Afecto Positivo y Afecto negativo revisadas - PANAS-X-, (Watson & Clark, 1992) y se calificará con la media más la desviación estándar de la escala.

Ansiedad

Definición conceptual: emoción caracterizada por aprensión y síntomas somáticos de tensión en los que un individuo anticipa un peligro inminente, una catástrofe o una desgracia. El cuerpo a menudo se moviliza para enfrentar la amenaza percibida: los músculos se tensan, la respiración es más rápida y el corazón late más rápido. La ansiedad se considera una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro, enfocada ampliamente en una amenaza difusa, mientras que el miedo es una respuesta apropiada, orientada al presente y de corta duración a una amenaza específica claramente identificable (APA, 2023).

Definición operacional: Se midió con la suma de las respuestas dadas al Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988) y se calificará con base en cuatro puntos de corte: 0-5 corresponde a nivel mínimo, 6-15 a nivel leve, 16-30 a moderado y 31-63 a severo.

Depresión

Definición conceptual: estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desánimo, que interfiere con la vida diaria. Se acompaña de varios cambios físicos, cognitivos y sociales, incluidos hábitos de alimentación o sueño alterados, falta de energía o motivación, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y retraimiento de las actividades sociales. Es sintomático de una serie de trastornos de salud mental (APA, 2023).

Definición operacional: Se midió con la suma de las respuestas dadas al Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961) y se calificará con base en cuatro puntos de corte: 0-9 corresponde a nivel mínimo, 10-16 a nivel leve, 17-29 a moderado y 30-63 a severo.

Variable Independiente

Taller en línea de prevención de trastornos de la conducta alimentaria

Participantes

Participaron 88 personas, 45 estudiantes universitarios y 43 de población general de ambos sexos, 66 mujeres (75%) y 22 hombres (25%), con una media de edad de 28.5 años (desviación estándar= 8.6). La muestra se obtuvo de manera aleatoria al publicar en redes sociales (Facebook e Instagram) el cartel de promoción del taller; por lo que el criterio de inclusión fue el estar interesado en tomar el taller. Los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico o tratamiento actual o antiguo de TCA, no contestar los cuestionarios solicitados, no cumplir con al menos 80% de asistencia al taller en línea y no aceptar ser contactado para seguimiento. Se aplicó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) como criterio de exclusión para quienes puntuaran con un riesgo alto, dada la posibilidad de que existiese un trastorno alimentario sin diagnóstico.

Tres personas de la muestra fueron extranjeros (Nicaragua, Guatemala y Ecuador); de los cuales, una persona es hombre y dos mujeres. De la población mexicana, se contó con participantes de los estados: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Chiapas, Colima, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

Aparatos

Equipo de cómputo con conectividad a internet, acceso desde la cuenta oficial del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho a la plataforma *GoogleMeet* y paquetería Office (PowerPoint, Excel y Word).

Instrumentos

Nivel socioeconómico (Agencia Mexicana de Investigación de Mercados y Opinión Pública [AMAI], 2008)

El nivel socioeconómico es una segmentación poblacional que define la capacidad económica y social de un hogar para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. En

México, este se puede medir a través de la regla AMAI 10x6 (*Agencia Mexicana de Investigación de Mercados y Opinión Pública - AMAI*), que es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando posesiones del hogar, escolaridad del jefe de familia (o persona que más aporta al ingreso) y nueve características más, las cuales se definen con base en seis rubros: infraestructura básica, infraestructura sanitaria, infraestructura práctica, tecnología y entretenimiento, planeación y futuro y capital humano. La regla 10x6 corresponde entonces, a la relación entre estos rubros y 10 indicadores determinados: número de televisiones a color, computadoras, focos, autos, baños, regadera, habitaciones; si se posee regadera, tipo de piso y escolaridad del jefe de familia. Su evaluación se hace con base en sumatorias que se vinculan con rangos que concluyen los seis posibles niveles socioeconómicos: A/B, C+, C, D+, D y E.

El nivel A/B es el más alto nivel de vida e ingresos del país y representa el 7.2% de la población. El C+ es el segundo estrato más alto nivel de vida en ingresos y representa el 14% de la población. Es similar al A/B, mas posee limitantes para ahorrar y realizar gastos mayores; aspira a ahorrar más y aspira a tener un futuro más cierto. El nivel C es denominado como un nivel medio, aunque se encuentra por encima del promedio nacional de bienestar. Representa el 17.9% de la población y se caracteriza por haber alcanzado un nivel adecuado de practicidad; aspira a mayor bienestar en entretenimiento y tecnología. El nivel D+ es el segmento más grande y representativo mexicano, con un 35.8% de la población en él, tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su vivienda y aspira en primera necesidad a adquirir bienes y servicios para una vida con mayor practicidad y sencillez. El nivel D es el segundo más pobre de la nación, representa el 18.3% de la población y se caracteriza carecer de la mayoría de servicios y bienes satisfactorios. Aspira a contar con los servicios sanitarios mínimos, pero sí se posee una propiedad. Finalmente, el nivel E es el sustrato más pobre población, con una representación del 6.7% poblacional, carece de todos los servicios y bienes satisfactorios; aspira a contar con una propiedad y los servicios sanitarios mínimos (López e Instituto de Investigaciones Sociales, 2009; Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI 2004; 2006; 2008).

Índice de Masa Corporal [IMC] (OMS, 2021).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un marcador de la relación peso-talla utilizado como guía para identificar los niveles de peso y su relación con la salud (infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad), por lo que sus niveles extremos, altos o bajos, representan un riesgo para la salud. No guarda relación con la edad ni el sexo. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre su estatura en metros, elevada al cuadrado. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, para adultos a partir de 18 años, existen seis categorías de acuerdo con el IMC: Inferior a 18.5 es bajo peso, entre 18.5 y 24.9 equivale a peso normal, entre 25 y 29.9 se asocia con pre-obesidad o sobrepeso, entre 30 y 34.9 se vincula con obesidad clase I, entre 35 y 39.9 con obesidad clase II y por encima de 40 con obesidad clase III (OMS, 2021a; Eknoyan, 2008).

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo – CBCAR (Unikel et al., 2003).

Su propósito es identificar anomalías en la conducta alimentaria. Es una escala tipo Likert, con un recorrido de respuesta que va de “nunca o casi nunca” = 0 a “con mucha frecuencia” (más de dos veces a la semana) = 3; en donde a mayor puntuación, mayor presencia de CAR. Los resultados también se pueden interpretar a partir de un punto de corte de 10, que delimita al grupo de personas con riesgo de los que no lo tienen. El CBCAR cuenta con una estructura de tres factores, que son: Atracón-purga (AP), conformado por cuatro ítems; Medidas compensatorias (MC), integrado por tres reactivos; y Restricción, que incluye los tres ítems restantes. Este cuestionario fue desarrollado con base en los criterios diagnósticos de TCA del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) y validado en población mexicana por Unikel et al., (2003) quienes fundamentaron que la estructura tri-factorial del CBCAR explicó 64.7% de la varianza, con consistencia interna adecuada ($\alpha = .83$).

Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal (Unikel et al., 2008; 2006; Unikel, 2003)

Prueba enfocada en mujeres, quienes socioculturalmente hablando, suelen buscar el ideal estético de delgadez (Unikel, 2003). Se conforma de 15 preguntas, que indagan en torno a la frecuencia con la que la respondiente se identifica con aseveraciones

relacionadas con la delgadez y su percepción estética, con cuatro opciones de respuesta: “nunca o casi nunca= 1”, “algunas veces= 2”, “con frecuencia= 3” y “con mucha frecuencia= 4”. A mayor puntuación identificada, mayor patología. Su punto de corte es de 37 para determinar casos de riesgo. Cuenta con validación en mujeres mexicanas, con un nivel de confiabilidad de 0.9 (Unikel et al., 2006; 2008) y en hombres de entre 15 y 23 años de edad, con un nivel de confiabilidad de 0.89 (Saucedo-Molina & Unikel, 2010).

Cuestionario de Deseo por la Musculatura (Escoto et al., 2013; McCreary & Sasse, 2000)

Este cuestionario evalúa la percepción de los hombres de ser suficientemente musculoso o no, y si necesita o no aumentar su masa muscular, a pesar del porcentaje de masa muscular o masa de grasa corporal que posea. A nivel social y cultural, se suele solicitar que la estética masculina posea musculatura. Se compone de 15 preguntas que se dividen en tres subescalas: actitudes favorables hacia la musculatura, consumo de suplementos y adherencia al entrenamiento. Sus opciones de respuestas son: “nunca= 1”, “casi nunca= 2”, “algunas veces= 3”, “bastantes veces= 4”, “casi siempre= 5” y “siempre= 6”. A mayor puntuación, mayor patología. Este instrumento está basado en el Eating Attitudes Test (EAT) y ha sido validado en población mexicana (Escoto et al., 2013) con niveles de $\alpha = 0.87$ para actitudes favorables hacia la musculatura, $\alpha = 0.72$ para consumo de suplementos y 0.68 para adherencia al entrenamiento, así como un $\alpha = 0.86$ total para la prueba total, lo que ofrece un nivel aceptable de consistencia interna.

Eating Disorders Examination Questionnaire [EDE-Q] (Unikel et al., 2018; Penelo, et al., 2013; Elder & Grilo, 2007; Carter et al., 2001; Fairburn & Beglin, 1994)

Se aplicó este cuestionario que detecta rasgos conductuales de TCA. Consta de siete reactivos contextualizados en los 28 días previos al momento de respuesta. Las preguntas se dividen en tres escalas: preocupación por el peso o la figura, insatisfacción con el peso o la figura y restricción. Sus opciones de respuesta (del número de días que ocurrieron las conductas) para los primeros tres reactivos son: “ningún día= 0”, “1-5 días= 1”, “6-12 días= 2”, “13-15 días= 3”, “16-22 días= 4”, “23-27 días= 5” y “todos los días= 6”; y para los últimos cuatro reactivos son: “nada= 0”, “un poco= 1 o 2”, “moderadamente= 3 o

4” y “marcadamente= 5 o 6”. A mayor puntuación, mayor patología. Fue validado en población mexicana por Unikel y colaboradores (2018), con una confiabilidad de 0.98.

Cuestionario de Satisfacción e Insatisfacción con la figura corporal (Stice et al., 2006; Berscheid et al., 1973)

Enfocado en identificar el nivel en el que el respondiente se encuentra satisfecho o insatisfecho con las partes de su cuerpo, este cuestionario se integra de nueve preguntas que evalúan la satisfacción con partes del cuerpo en específico, tales como las piernas o apariencia del abdomen. Las opciones de respuesta son: “muy insatisfecho= 1”, “algo insatisfecho= 2”, “neutral= 3”, “algo satisfecho= 4” y “muy satisfecho= 5”, de tal forma que a mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción corporal. Esta escala ha mostrado una consistencia interna $\alpha = 0.94$, una confiabilidad *test-retest* de 3 semanas $r = 0.90$, y una validez predictiva para el inicio de los síntomas bulímicos (Stice et al., 2006).

Escala de afecto negativo – PANAS-X – (Watson & Clark, 1992)

Esta escala busca identificar el nivel en el que el respondiente ha experimentado estados emocionales relacionados con las sub-escalas de tristeza, culpa, miedo y ansiedad de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo ([PANAS], Watson & Clark, 1992). Cuenta con 20 reactivos, cuyas opciones de respuestas son: “para nada= 1”, “un poco= 2”, “moderadamente= 3”, “muy= 4” y “extremadamente= 5”, por lo que a mayor nivel de puntuación, mayor afecto negativo. La escala cuenta con una consistencia interna $\alpha = 0.95$, confiabilidad *test-retest* de 3 semanas $r = 0.78$, y validez convergente y predictiva para el inicio de los síntomas bulímicos (Stice et al., 2006).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988)

Este cuestionario es el más utilizado a nivel mundial para evaluar la gravedad de la ansiedad, tales como marcadores fisiológicos (respiración agitada, manos temblorosas, sudoración o bochorno, etc.) y psicológicos, en relación con el componente emocional y el cognitivo (sensación de intranquilidad, temor de que pase lo peor, sensación de estar asustado, etc.). Es de carácter autoaplicable, consta de 21 preguntas, cuyas opciones de respuestas son: “poco o nada= 0”, “más o menos= 1”, “moderadamente= 2” y

“severamente= 3”. Su evaluación se realiza con base en cuatro puntos de corte: 0-5 corresponde a nivel mínimo, 6-15 a nivel leve, 16-30 a moderado y 31-63 a severo. Cuenta con una consistencia interna $\alpha = .911$ para población mexicana (Blázquez et al., 2020).

Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961)

Este instrumento evalúa el grado de depresión que pueden presentar las personas. Los puntajes de depresión se obtienen a través de sumar las respuestas dadas a las 21 categorías de síntomas o actitudes. Esta prueba se estandarizó con 409 participantes con un rango de 15 a 55 años y obtuvo un nivel de confiabilidad de 0.86. Las opciones de respuesta varían en cada pregunta, con cuatro opciones de respuesta, desde la de menor presencia de rasgos depresivos, hasta la mayor, con un rango de 0-3. Los puntos de corte son: depresión mínima 0-9, leve 10-16, moderada 17-29 y severa 30-63.

Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias – ASSIST (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2011)

Esta prueba fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones, bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, en respuesta a la carga para la salud pública que representa el consumo de sustancias psicoactivas. Se enfoca en la detección primaria del consumo de ocho sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas (incluidas las drogas administradas intravenosamente). Este cuestionario indica la puntuación de riesgo para cada sustancia, así como el tipo de intervención recomendada en cada caso según su nivel de riesgo, los cuales son: bajo, moderado o alto; cuyas intervenciones recomendadas respectivamente son: no tratamiento, intervención breve y derivación a un servicio especializado. La prueba consta de ocho preguntas, la primera y la última indaga el consumo de alguna sustancia en algún momento de la vida, y el resto de ellas se enfocan en el trimestre previo al momento de respuesta. Para evaluar y brindar resultados, es necesario realizar una suma de las puntuaciones 2 a la 7, cuya interpretación se realiza con base en tres diferentes puntos de corte, para dos categorías; una para alcohol y otra para el resto de sustancias. Para alcohol el riesgo bajo es de 0-10, riesgo moderado es de 11-26 y riesgo alto es igual o mayor a 27.

Para el resto de sustancias el riesgo bajo es de 0-3, el riesgo moderado es de 4-26 y el riesgo alto es igual o mayor a 27. Para todas las sustancias, el riesgo bajo no requiere intervención, el riesgo moderado necesita intervención breve y con el riesgo alto se recomienda tratamiento intensivo. El inventario muestra validez concurrente en población mexicana de $r = 0.50$ y una estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclase en un rango 0.20 - 0.84, lo que es aceptable y estadísticamente significativo (Linage & Lucio, 2012; OPS, 2011;).

Procedimiento

El diseño de investigación fue cuasi-experimental. La muestra se dividió aleatoriamente en tres grupos: dos grupos experimentales y un grupo de comparación. Al grupo de comparación se le denominó “Grupo Infografía”, ya que recibió una infografía semanalmente (durante cuatro semanas, que son equivalentes a las cuatro sesiones del taller), las cuales abordaron temas de TCA y CAR. A los participantes de este grupo se les solicitó llenar un formulario en línea (a través de la plataforma *GoogleForms*) correspondiente a cada una de las cuatro infografías proporcionadas, donde se indaga la opinión sobre la misma, así como la información que considerasen más relevante de la misma; esto con la finalidad de monitorear la lectura efectiva de la infografía. Se decidió proporcionar una infografía con el objetivo de que todas las personas interesadas en prevenir un TCA recibieran información al respecto, aun siendo aleatoriamente asignadas al grupo de comparación. Por otro lado, los dos grupos experimentales recibieron el taller de prevención de TCA; sin embargo, uno de ellos (el cual es un subgrupo del Grupo Infografía) recibió el taller preventivo de TCA, una vez que completó las visualizaciones de las cuatro infografías, por lo que a este grupo se le denominó “Grupo Mixto”, por recibir ambas intervenciones. El otro grupo experimental al solo tomar el taller, se le denominó “Grupo Taller”.

Se aplicaron una serie de cuestionarios y se indagaron diversos rubros correspondientes a Conductas Alimentarias de Riesgo y sus marcadores, esto a través de un formulario en *Google Forms*. Dicho formulario estuvo compuesto de la siguiente manera: Índice de nivel socioeconómico (AMAI, 2008), Índice de Masa Corporal -IMC- (OMS, 2021), horas de ejercicio a la semana, Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

CBCAR- (Unikel et al., 2003), Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal (Unikel et al., 2006; 2008; Unikel, 2003), Cuestionario de Deseo por la Musculatura (Escoto et al., 2013; McCreary & Sasse, 2000), Cuestionario de Examinación de Trastornos Alimentarios (*Eating Disorders Examination Questionnaire –EDE-Q-*, (Carter et al., 2001; Elder & Grilo, 2007; Fairburn & Beglin, 1994; Unikel et al., 2018), Cuestionario de Satisfacción e Insatisfacción con la Figura Corporal (Berscheid et al., 1973; Stice et al., 2006), Escala de Afecto Negativo -PANAS- (Watson & Clark, 1992), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988), Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961), Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias – Alcohol, *Smoking and Substance Involvement Screening*, ASSIST– (OPS, 2011), y las conductas alimentarias, cogniciones y emociones relacionadas con ello; esto antes y después de la toma del taller; así como del consumo de sustancias como mecanismo de control de peso. El CBCAR se utilizó como cuestionario de identificación de posibles TCA, ya que al existir un punto de corte de riesgo alto, dicho nivel fue un criterio de exclusión para conformar la muestra. Asimismo, el cuestionario EDE-Q se aplicó con la finalidad de identificar presencia de CAR y proporcionar así un respaldo a la identificación de las mismas. Los cuestionarios de Actitudes Hacia la Figura Corporal y de Deseo de Musculatura buscaron determinar el nivel de apropiación y aprobación del estereotipo estético (según sea el sexo). El cuestionario de satisfacción e insatisfacción se aplicó con el objetivo de establecer el nivel de satisfacción que tenían los participantes con sus cuerpos. La escala PANAS y los cuestionarios de ansiedad y depresión de Beck se aplicaron para identificar el nivel de afecto negativo, ansiedad y depresión que las personas puedan estar presentando. Las horas de ejercicio semanales, el IMC, el índice de nivel socioeconómico, la prueba ASSIST y la identificación de conductas alimentarias fueron rubros que se indagaron de forma exploratoria, para identificar si existe alguna relación entre dichas variables y las CAR en cuestión.

Estos cuestionarios se aplicaron antes de la intervención, como línea base (medición *pre-test*) después de la misma (*post-test*), y en dos seguimientos posteriores, al mes y a los tres meses (seguimiento 1 y seguimiento 2), sin embargo, el grupo Infografía no contestó a la solicitud de seguimientos, por lo que no se contó con dichas mediciones.

Una vez finalizado el taller, se les solicitó a los participantes escribir de cinco a diez palabras que describieran su experiencia, las ventajas y beneficios que percibieron por

haber tomado el taller, a través de una plataforma en internet llamada *Mentimeter*, la cual recibe las respuestas que se vayan emitiendo, formando una nube de palabras, o campo conceptual, el cual es sensible a la frecuencia con la que un concepto es declarado, aumentando el tamaño de la palabra conforme esta se repite. Es decir, es una red de palabras entrecruzadas en ejes verticales y horizontales, con mayor tamaño según la repetición de mención del concepto.

Estructura y dinámica del taller “Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria” (Tapia et al., 2022)

Se aplicó la estructura original de cuatro sesiones del Proyecto Cuerpo (Stice, 2007), mas se le añadió una sesión extra para la aplicación de los cuestionarios *post-test* y para proporcionar un cierre de la intervención. Así, se brindaron cinco sesiones de 90 minutos, una por semana. Debido a que anteriormente se aplicó un taller piloto como parte del programa extracurricular “Salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria” (Tapia, 2021), ofrecido por parte del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho de la UNAM, seis estudiantes mujeres que se interesaron en dicho programa fueron participantes del taller piloto. Una vez que se concluyó este taller, se les ofreció ser co-facilitadoras en la aplicación del taller de la presente investigación. Cinco de las seis estudiantes se mostraron interesadas en ser co-facilitadoras y colaboraron como tal. De esta manera, los grupos estuvieron compuestos por la facilitadora (la autora), la co-facilitadora, y 10 a 15 participantes cada uno. Se contó con siete grupos del Grupo Taller y dos del Grupo Mixto.

Reglas del Funcionamiento del Curso

Cumplimiento de Tareas

Debido a que las tareas y actividades para casa eran requisitos fundamentales para las sesiones (al ser material de trabajo), se realizó un constante énfasis en la importancia del cumplimiento de las mismas. En los casos de ausencia de las mismas, se instigó a la reflexión de elaboración durante las sesiones.

Asistencias e Inasistencias

En el caso de existir de inasistencias, se realizó una sesión de 15 minutos previa a la nueva sesión, donde se abordaron los puntos y ejercicios principales de la sesión no tomada; esto en búsqueda de la homogeneización de conocimientos y posterior interacción, al tiempo de buscar transmitir la idea de que cada participante es importante, lo que minimiza las sesiones y actividades no realizadas. Se destacó la importancia de asistir al menos un 80% y realizar los ejercicios en casa.

Participación

Al ser un taller dinámico, se fomentó el desafío de creencias, se estimuló constantemente la participación y la manifestación de opiniones por parte de los participantes.

Descripción del taller:

Objetivo general

Reflexionar las creencias sociales que refuerzan la búsqueda del ideal estético. Promover el desafiar las creencias sociales que refuerzan la búsqueda de estética y delgadez a través de la disonancia cognitiva, para suscitar en su lugar, la adopción de pensamientos y conductas que busquen la salud y una buena calidad de vida.

Sesión 1

Objetivo

Realizar la presentación general del taller, explicar a los participantes las reglas del mismo y desafiar las creencias que fomentan la búsqueda del ideal estético. Fomentar la reflexión sobre la definición y los orígenes del ideal de delgadez y los costos asociados a su búsqueda.

Materiales:

- Formulario de una carta a una adolescente: este consiste en la solicitud de una redacción de una carta que vaya dirigida a una persona adolescente que esté luchando con su imagen corporal, en donde se mencionen los costos que supone

intentar parecerse al ideal estético. Su objetivo es fomentar la reflexión y un diálogo en contra del dicho ideal.

- Formulario de autoafirmación: se les solicitó a los participantes que se vieran un un espejo de cuerpo completo, con poca o nula ropa, y que escribieran una lista de 10 cualidades positivas de sí mismos, incluyendo en ellas al menos tres de carácter físico. Su objetivo es que los participantes reflexionen en relación con su satisfacción corporal, al tiempo que se impulsa a un sano desarrollo de la misma.
- Equipo de cómputo con videocámara y conectividad a internet, con la presentación en PowerPoint de la sesión 1

Áreas temáticas

Introducción, normas para el grupo y expectativas, definición del ideal estético/de delgadez, deberes para casa.

Descripción de la sesión:

1. Introducción: la facilitadora y la co-facilitadora del taller se presentó y se solicitó a los participantes que se presentaran (nombre, profesión y razón por la que les interesó el taller).
2. Compromiso voluntario y exposición general: Se les recordó a los participantes que la asistencia es completamente voluntaria, por lo que se pidió que manifestaran su compromiso de participar. Se brindaron los objetivos de la clase, que fueron debatir sobre las presiones sociales subyacentes a la insatisfacción con el cuerpo y la forma en la que se responde a ello. Se hizo hincapié en la importancia de la asistencia, ya que los resultados benéficos del taller se pueden mermar con las inasistencias. En caso de no poder asistir se brindó la opción de una sesión de recuperación de 15 minutos, la cual se realizó de manera previa a la sesión consiguiente a la de la inasistencia.
3. Exposición general de los temas durante las cuatro sesiones: se explicó lo que se haría durante las cuatro sesiones: se definió el ideal de delgadez y se exploraron sus orígenes, se examinaron los costos que conlleva la consecución de este ideal, se exploraron maneras de resistir a las presiones para estar delgado, se habló sobre cómo hacer frente a preocupaciones en torno al cuerpo, se buscó aprender nuevas formas de hablar sobre los cuerpos y se abordaron formas para responder mejor a las futuras presiones para estar delgado (prevención de recaídas).

4. Definición y origen del ideal de delgadez: se mostró una diapositiva con imágenes de cuerpos de hombres y mujeres (ejemplos del ideal estético/de delgadez). Se solicitó que cada participante eligiera dos fotografías que le atrajeran y que brindara la exposición de elementos por los cuales esos cuerpos son considerados estéticos o atractivos, fomentando el debate centrado en el aspecto relativo a la delgadez. Algunos puntos clave fueron: ¿cómo nos dicen que es el “cuerpo perfecto”?, ¿este “ideal de delgadez” ha sido siempre igual o cambia con las épocas?, ¿de dónde viene ese ideal?, ¿cómo se transmite el ideal estético de delgadez? Se destacaron las características mutuamente incompatibles, tales como ultra-esbeltez y grandes pechos. Se definió de esta manera, el ideal estético/de delgadez, y se diferenció del ideal de salud.

Se preguntó si alguna vez les habían hecho algún comentario negativo sobre su peso, o su forma corporal; y el impacto sobre las emociones y el autoestima que ello conllevó. Se preguntó: ¿en qué medida los mensajes sobre el ideal de delgadez de los medios de comunicación influyen en cómo se sienten acerca de su cuerpo? ¿en qué piensan y qué sienten sobre su propio cuerpo cuando ven una foto del ideal de delgadez? Se destacó la posible incomodidad al no parecerse al modelo, generando descontento con el propio cuerpo y mal humor). Se preguntó: ¿Qué nos dice nuestra cultura que pasará si podemos parecernos al ideal de delgadez? Se destacó la idea común de que se será aceptado, amado, feliz, rico, exitoso.

Se instigó a la reflexión con la pregunta: “¿Creen que esas cosas suceden si uno adelgaza?”. Se hizo hincapié en que un peso y cuerpo sanos no se enfoca en la estética, sino en un buen desarrollo de sí mismos y su relación con una buena calidad de vida.

5. Se destacaron los costos asociados a la búsqueda del ideal de delgadez: mencionando la pérdida de salud que representa el buscar parecerse a dicho ideal, destacando los costos tanto individuales como colectivos de ello. Se instigó la reflexión hacia quiénes resultan beneficiados por dicho ideal, nombrando algunos ejemplos de la industria, tales como la textil, la de confección, la farmacéutica y las de cirugías estéticas. Se instigó a la reflexión si los participantes son (o no) parte de esa población beneficiada (con el objetivo de generar disonancia cognitiva). Se fomentó la toma de decisión y

solución de la disonancia con la pregunta: ¿tiene sentido intentar parecerse al ideal de delgadez?

6. Se presentaron las tareas para casa: la primera, realizar una carta a un adolescente (hombre o mujer) que está luchando con su imagen corporal, en donde se mencionen los costos que supone intentar parecerse al ideal de delgadez. Pensar en todos los costos posibles y no dudar en trabajar con otros para aportar ideas, incluso utilizando las ideas que se han comentado en la sesión (se les entrega el formulario de una carta adolescente), y la segunda, escribir al menos 10 cualidades positivas de mí misma; parada delante de un espejo con la mínima ropa posible. Incluir cualidades físicas, emocionales intelectuales y sociales. incluir por lo menos algunos atributos físicos en la lista (destacar que esto mejora la seguridad y entregar el formulario de autoafirmación).
7. Cierre: se comentó el compromiso de cada participante y destacó que los estudiantes obtienen el mayor beneficio de la clase cuando hacen los ejercicios lo mejor que pueden. Se solicitó que algún participante repitiera en qué consistían las tareas, se pidió a algún participante que comentara qué le gustó de la sesión. Se agradeció la presencia y fomentó la asistencia a la siguiente sesión.

Sesión 2

Objetivo

Repaso de los temas abordados en la sesión anterior. Revisión de las tareas para casa y las reacciones a las mismas. Realizar un juego de roles para evocar afirmaciones contra el ideal estético/de delgadez (los cuales son ejercicios de autoafirmación).

Materiales

- Formulario de desafío oral: Consiste en dar ejemplos de la vida cotidiana sobre las presiones que se ejercen para estar delgado (o musculoso, según el estándar de belleza y el sexo en cuestión). Una vez planteados dichos ejemplos, plantear un desafío para cada presión. El objetivo de esta actividad es desarrollar un bagaje cognitivo que les ayude a los participantes a desafiar al estereotipo estético, así como que se reduzca su búsqueda.

- Formulario de lista de los 10 puntos principales para resistir el ideal estético: se solicita realizar una lista de al menos 10 acciones que se puedan realizar para resistir el ideal estético (por ejemplo: no consumir contenido en redes sociales que fomente el ideal estético). Se plantea la pregunta: ¿qué puede ser evitado, decir, hacer o aprender para luchar contra el ideal de belleza poco saludable? Esta tarea es comportamental, por lo que su objetivo es la ampliación del repertorio conductual, para poder prevenir recaídas en próximas presiones cotidianas para alcanzar el ideal estético.
- Equipo de cómputo con videocámara y conectividad a internet, con la presentación en PowerPoint de la sesión 2

Áreas Temáticas

Revisión y retroalimentación de las actividades para casa. Realizar un juego de roles y comentar los deberes para casa.

Descripción de la Sesión

1. Refuerzo del compromiso voluntario y presentación de los temas que se abordarán en la sesión. En el compromiso voluntario se reafirmó que la participación es voluntaria y se reiteró el derecho a no participar. En relación con los temas de la sesión, se mencionó que se hablará de los costos que conlleva la consecución del ideal estético y de las formas que pueden adoptarse para resistir a las presiones cotidianas para ser delgado o musculoso.
2. Revisión de las cartas a un adolescente: se solicitó a los participantes que leyeran sus cartas. Se indagó sobre cómo se sintieron al escribirla y se instigó a la reflexión sobre los costos identificados entre todos los participantes, así como a la reflexión de algunos que no hubieran sido rescatados.
3. Revisión del ejercicio de autoafirmación: se indagó sobre la forma en la que se sintieron al realizar dicho ejercicio, preguntando si supuso un reto. Se instigó la reflexión con las preguntas: ¿supuso un reto?, ¿por qué tenemos esta cultura de vergüenza/humildad al sentirnos positivos sobre nosotros mismos?, ¿cuáles son los tres aspectos de ustedes mismos, de los cuales se sienten satisfechos? En esta última pregunta, se fomentó que se mencionaran aspectos físicos.

4. Juego de roles para disuadir la búsqueda del ideal de delgadez: el facilitador del taller asumió el rol de una persona que seguía una dieta severa o que vivía con un TCA y realizó sentencias a favor del ideal estético/de delgadez. Se les solicitó a los participantes desarrollar respuestas (por al menos tres minutos) que buscaran disuadir estas creencias. Se enfocó la atención en las ventajas no realistas del ideal estético/de delgadez. Se solicitó retroalimentación del juego de roles, fomentando la reflexión sobre los beneficios de desafiar las declaraciones que velan por el ideal estético/de delgadez.
5. Se presentaron las tareas para casa: la primera tarea consiste en buscar ejemplos de la vida real sobre presiones para estar delgado, y plantear un desafío a cada una de ellas, tal como se realizó en el juego de roles. La segunda tarea trata de escribir una lista de 10 cosas principales que las personas pueden hacer para resistir al ideal estético/de delgadez. Se brindó la pregunta: ¿qué puedes evitar decir, hacer o aprender para luchar contra este ideal de belleza poco saludable?
6. Cierre: se reflexionó sobre los efectos y aprendizajes que esta sesión les dejó a los participantes. Se mencionó que en la siguiente sesión se abordarán las formas de resistir al ideal estético/de delgadez y de desafiar las preocupaciones sobre el propio cuerpo.

Sesión 3

Objetivo

Hablar de la forma de resistir al ideal de delgadez, cómo desafiar las preocupaciones sobre el cuerpo y cómo responder a las futuras presiones para estar delgado. Los juegos de roles tienen la utilidad de que los participantes practiquen la forma de declararse en contra del ideal estético/de delgadez.

Materiales

- Formulario de ejercicio comportamental: Se indaga sobre las conductas que evitan realizar, debido a una sensación de incomodidad con el propio cuerpo (por ejemplo, usar ropa ajustada o playeras sin mangas), para que una vez que se identifiquen dichas conductas, se les desafíe a que las realicen al menos dos veces durante la semana. El objetivo de esta actividad es el desafiar las creencias que se tienen

respecto a la reacción de los demás frente a esas acciones, así como que se den cuenta que la incomodidad ante ellas es menor a la prevista.

- Formulario de ejercicio de activismo corporal: se les solicita a los participantes que elijan dos actos de su lista de 10 puntos principales para resistir el ideal estético y los realicen a lo largo de la semana. Se les solicita que, de ser posible, proporcionen evidencia de ello (por ejemplo, fotografías). El objetivo de esta tarea conductual, es el ampliar el repertorio conductual para desafiar al ideal estético.
- Equipo de cómputo con videocámara y conectividad a internet, con la presentación en PowerPoint de la sesión 3.

Áreas temáticas

Comentarios sobre desafío oral, juego de roles, motivos para participar en el taller, desafío comportamental, comentarios sobre la lista de las 10 cosas principales y tareas para casa.

Descripción de la sesión

1. Refuerzo del compromiso voluntario y presentación de los temas a abordar en la sesión: Se destacó que la participación es voluntaria y se reiteró el derecho a no participar.
2. Comentarios sobre el ejercicio de desafío oral: Se solicitó que los participantes expusieran los ejemplos que recuperaron. Se instigó a comprender que a menudo la presión puede ser sutil y presentarse en formas distintas, incluso puede provenir de uno mismo.
3. Juego de roles para ensayar declaraciones sobre el ideal estético/de delgadez: Se solicitó a los participantes que cuestionaran las declaraciones que el facilitador del taller mencionó, a través de un par de respuestas en contra al ideal estético/de delgadez. Dichas declaraciones eran sencillas y cortas, con contenido favorecedor del ideal estético/de delgadez (por ejemplo: “solo a las personas delgadas las invitan a salir”. Se fomentó la reflexión con preguntas como: “¿cómo se sintió el hacer este ejercicio? y ¿qué cosas hacen difícil resistir al ideal estético/de delgadez y cómo podemos hacerle frente?
4. Motivos para apuntarse al taller: se solicitó a los participantes que compartieran los motivos por los que les interesó el taller. Se instigó la mención de los alicientes personales, indagando sobre las preocupaciones concretas sobre la imagen corporal

de cada uno, y hacer que el grupo cuestionara los pensamientos y las emociones que se manifiestan con dichas preocupaciones.

5. Comentarios sobre la lista de 10 cosas principales: Se solicitó que se mencionaran al menos tres elementos de cada lista realizada por los integrantes del taller. Se fomentó la reflexión con las preguntas: “¿hay alguna barrera concreta que impida ese activismo corporal y cómo podrían vencerse?”.
6. Se presentaron las tareas para casa: La primera tarea es de carácter comportamental, consiste en identificar cuáles son las cosas concretas que les hace sentirse incómodos sobre su cuerpo y sobre dichas incomodidades, desafiar a que hagan algo que ahora no se realiza debido a esas preocupaciones. Comentar que el hacerlo aumenta la confianza y minimizan los temores. Un ejemplo de esta actividad puede ser el usar ropa ajustada, playeras sin mangas o hacer ejercicio en público. La segunda tarea es realizar dos ejercicios de activismo corporal, de la lista que ya han realizado.
7. Cierre: Se reflexionó sobre los efectos y aprendizajes que esta sesión les dejó a los participantes.

Sesión 4

Objetivo

Hablar de las experiencias con los ejercicios para casa, comentar las formas en que hablar de los cuerpos puede promover el ideal estético/de delgadez. Indagar más modos alternativos positivos de hablar acerca de sus cuerpos y animar a los participantes a la prevención de recaídas.

Materiales

- Lista de conversaciones sobre gordura: consiste en un compendio de frases que ejemplifican conversaciones que se pueden tener sobre gordura. El objetivo de esta actividad es fomentar en los participantes el brindar respuestas críticas que puedan resistir las presiones cotidianas y sutiles en favor del ideal estético. Por ejemplo: “esa chica tiene muslos muy gruesos, no debería usar falda”.
- Formulario de ejercicio de autoafirmación: esta actividad solicita a las personas que realicen alguna actividad a lo largo de la semana que involucre el hablar positivamente de sus cuerpos, o también se admite el evitar hablar negativamente

de ellos (por ejemplo, hablar con un amigo acerca de las partes del cuerpo que más les gustan a los dos de sí mismos). El objetivo de esta actividad es reforzar una perspectiva de aceptación corporal.

- Formulario de una carta a una adolescente: este ejercicio consiste en escribir nuevamente una carta a una persona adolescente, diciéndole cómo evitar preocuparse por la imagen corporal. El objetivo de esta actividad es afianzar los cambios cognitivos y conductuales que los participantes han desarrollado.
- Equipo de cómputo con videocámara y conectividad a internet, con la presentación en PowerPoint de la sesión 4.

Áreas temáticas

Comentarios sobre desafío comportamental y sobre el activismo corporal, desafío a las conversaciones sobre gordura, futuras presiones para estar delgado, ejercicio de autoafirmación, tareas para casa.

Orden de la sesión:

1. Refuerzo del compromiso voluntario y presentación de los temas a abordar en la sesión: Se destacó que la participación era voluntaria y se reiteró el derecho a no participar.
2. Comentarios sobre el ejercicio de desafío comportamental: Se preguntó sobre la experiencia que han vivido y sobre la forma en que los demás reaccionaban, haciendo hincapié en la reflexión de si han reaccionado como ellos lo esperaban. Se solicitó que se reflexionara si fue útil el ejercicio y qué aprendieron con él.
3. Juego de roles para ensayar declaraciones sobre el ideal estético/de delgadez: Se solicitó a los participantes que mencionaran las formas en que realizaron su activismo corporal y si les pareció útil y qué aprendieron con él.
4. Desafío a las conversaciones sobre gordura: Se mencionó que con frecuencia la presión para ser delgado es sutil y puede pasar desapercibida. Se solicitó a los participantes que recuperaran formas en las que se puede promover el ideal estético/de delgadez sin darse cuenta, por ejemplo, felicitar por la pérdida de peso o hablar en favor de los regímenes adelgazantes. Se mencionó una lista de conversaciones sobre gordura, la cual incluyó frases como “necesito perder peso”, “¡te ves genial! ¿perdiste peso?” y “¿me veo gordo con esto?”, solicitando la reflexión hacia cómo estas frases ayudan a mantener el ideal estético/de delgadez. Se indagó sobre las formas en que

los participantes podrían afrontar situaciones iguales o similares. Se realizó un juego de roles, en donde se realizó un ensayo conductual de las formas en que se declararían que no aprueban la búsqueda del ideal estético/de delgadez.

5. Futuras presiones para estar delgado: se fomentó la reflexión hacia las posibles situaciones que se pueden presentar en un futuro, que funjan como factor de riesgo para la reincidencia en la búsqueda del ideal estético/de delgadez, así como se indagaron las formas con las cuales puedan responder a ello.
6. Se presentaron las tareas para casa: La primera tarea consiste en un ejercicio de autoafirmación, en donde hablen positivamente de los cuerpos (propio y ajeno), la segunda tarea radica en escribir una carta a un adolescente, diciéndole cómo evitar preocuparse por su imagen corporal, se les menciona que puede ir dirigida a un adolescente real, ficticio o incluso a ellos mismos.
7. Cierre: Se reflexionó sobre los efectos y aprendizajes que esta sesión les dejó a los participantes. Se mencionó que la siguiente sesión se realizaría el cierre del taller y se fomentó la asistencia a la misma.

Sesión 5

Objetivo

Retroalimentar los ejercicios de autoafirmación y de la carta a un adolescente. Aplicación del cuestionario *pos-taller*. Cerrar del taller y fomentar a los próximos seguimientos (al mes y tres meses).

Materiales:

- Formulario de Google (*Google Forms*) que recabará la evaluación *post-taller*. Este formulario incluye los cuestionarios mencionados anteriormente, mas se agregaron preguntas para indagar los cambios que los participantes han identificado en su conducta, sus pensamientos y emociones, como consecuencia de haber tomado el taller. El objetivo de este formulario es recabar la información *post-test*, así como el identificar la impresión individual de cambios experimentados como resultado del taller.
- Enlace para un *Wordcloud* en *Mentimeter*: esta actividad solicitó a los participantes escribir de cinco a diez palabras que relacionaran con el taller. La plataforma

Mentimeter registra la frecuencia acumulada de las palabras escritas en ella. A mayor frecuencia, mayor tamaño de la palabra. El objetivo de esta actividad fue demostrar el campo conceptual (red de palabras entrecruzadas en ejes verticales y horizontales, con mayor tamaño según la repetición de mención del concepto) que se desarrolló en cada uno de los grupos, una vez concluido el taller.

- Equipo de cómputo con videocámara y conectividad a internet, con la presentación en PowerPoint de la sesión 4.

Áreas temáticas

Comentarios sobre el ejercicio de autoafirmación y de la carta a un adolescente.

Cuestionario *post-taller*. Cierre del taller.

Orden de la sesión:

1. Refuerzo del compromiso voluntario y presentación de los temas a abordar en la sesión: Se destacó que la participación era voluntaria y se reiteró el derecho a no participar.
2. Retroalimentación sobre el ejercicio de autoafirmación: Se indagó respecto a la forma que adoptaron para ello. Se solicitó que se reflexionara si fue útil el ejercicio y qué aprendieron con él.
3. Retroalimentación sobre la carta a un adolescente para que evite preocuparse por su imagen corporal: Se solicitó a los participantes que leyeran su carta y mencionaran que esta carta, a pesar de ser similar a la asignada en la sesión 1, esta busca cómo evitar preocupaciones sobre la propia imagen. Se solicitó la reflexión y conclusiones del ejercicio.
4. Cierre del taller: Se agradeció la participación y asistencia al taller. Se fomentó el diálogo y se recabó lo que las personas se llevaron consigo tras haber tomado el taller.
5. Aplicación del cuestionario *post-taller*: Se compartió el enlace del cuestionario de *GoogleForms* que recababa las variables: CAR, interiorización del ideal estético/delgadez, afecto negativo y satisfacción corporal, así como ansiedad, depresión, consumo de sustancias, peso y talla. Se atendió solución de dudas.

6. Aplicación del “wordcloud” o campo semántico: Mediante la plataforma de *Mentimeter*, se les solicitó a los participantes el escribir de cinco a diez palabras que reflejaran su experiencia tras haber concretado el taller.

Infografías (Anexo 1)

Se envió una infografía por semana, durante cuatro semanas consecutivas para el grupo infografía. Estas infografías contienen temas en similitud con el taller, y se envían de manera semanal para acoplar la temporalidad con la intervención experimental en el taller.

Infografía 1: Trastornos de la Conducta Alimentaria – TCA – (Garrido & Tapia, 2021)

En esta infografía se brinda la definición, causas, factores de riesgo y tipos de TCA, así como sus características y prevalencia en México. Finalmente, se mencionan opciones de prevención y tratamiento.

Infografía 2: Conductas Alimentarias de Riesgo – CAR – (Cortés & Tapia, 2021)

En esta infografía se brinda información de qué son las CAR, su etiología y características. Se menciona su prevalencia y factores de riesgo, así como las formas de prevenirlas.

Infografía 3: Dietas milagro y riesgos en la salud (García & Tapia, 2021)

En la tercera infografía entregada se abordaron las formas de identificar una dieta riesgosa para la salud, mencionando cuáles son las situaciones de peligro que estas conllevan, así como la forma de identificar cuando un plan alimenticio no supone un riesgo para la salud.

Infografía 4: Redes sociales, ideal de la delgadez, insatisfacción corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo – CAR – (Guevara & Tapia, 2021)

Hacia la cuarta infografía se abordaron conceptos como CAR, ideal de delgadez, insatisfacción corporal y su relación con redes sociales, mencionando cómo pueden fungir estos elementos como factores de riesgo para trastornos alimentarios.

Análisis de datos

En primer término, se realizaron análisis descriptivos de las variables demográficas, altura, peso e IMC, así como del consumo de sustancias psicoactivas. Es importante

señalar que se tuvieron cuatro medidas (pre, post, seguimiento 1 y seguimiento 2) para los dos grupos experimentales (mixto y taller), y solamente dos medidas (pre y post) para el grupo infografía para cada una de las variables (conductas alimentarias de riesgo (CAR), interiorización del ideal de delgadez/musculatura, afecto negativo, ansiedad, depresión y satisfacción corporal), por lo cual, se llevaron a cabo pruebas *t* para muestras relacionadas comparando los tres grupos antes y después de la intervención. Mientras que, para comprobar si existen diferencias en antes y después del tratamiento, así como en los dos seguimientos posteriores (al mes y tres meses), se utilizó un ANOVA de medidas repetidas únicamente en los grupos mixto y taller.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos sociodemográficos, de altura, peso e IMC, así como del consumo de sustancias psicoactivas de los participantes (Tabla 2). La media de estatura fue de \bar{x} = 1.63 (DE= 0.08), de peso 70.52 (20.70) y de IMC 26.32 (6.77).

Tabla 2. Características sociodemográficas y educativas de la muestra

	Grupo Taller n= 39	Grupo Infografía n= 34	Grupo Mixto n= 15
Estado			
Ciudad de México	17 (43.6 %)	18 (52.9 %)	5 (33.3%)
Estado de México	10 (25.6 %)	5 (14.7 %)	3 (20 %)
Otro	12 (30.8 %)	11 (32.4 %)	7 (46.7 %)
Sexo			
Mujer	29 (74.4 %)	22 (64.7 %)	15 (100 %)
Hombre	10 (25.6 %)	12 (35.3 %)	0
Edad			
	\bar{x} = 30 (DE= 9.7)	\bar{x} = 28.8 (DE= 6.9)	\bar{x} = 24.2 (DE= 3.5)
Escolaridad			
Bachillerato	11 (28.2 %)	6 (17.6 %)	5 (33.3 %)
Técnico	1 (2.6 %)	2 (5.9 %)	2 (13.3 %)
Profesional	23 (59 %)	16 (47.1 %)	8 (53.3 %)
Posgrado	4 (10.3 %)	10 (29.4 %)	0
Ocupación			
Estudiante	19 (48.7 %)	16 (47 %)	10 (66.7 %)
Población general	20 (51.2%)	18 (53 %)	5 (33.3 %)
Nivel socioeconómico			
D	0	0	1 (6.7 %)
D+	9 (23.1 %)	3 (29.4 %)	4 (26.7 %)
C	12 (30.8 %)	10 (29.4 %)	4 (26.7 %)
C+	12 (30.8 %)	15 (44.1 %)	4 (26.7 %)
A/B	6 (15.4 %)	6 (17.6 %)	2 (13.3 %)

DE= Desviación estándar.

En la Tabla 3 se encuentran los valores y porcentajes asociados al nivel de consumo de sustancias, de acuerdo con la prueba ASSIST durante las intervenciones y seguimientos. Es posible identificar que desde la línea base y a lo largo de las mediciones, el consumo de sustancias no es de riesgo, al encontrar que, salvo el consumo de alcohol *pre-test*, no existe registro de un nivel alto de riesgo de consumo. Cabe destacar que se

encontró consumo de pastillas adelgazantes en dos personas (2.3 %) y de marihuana como mecanismo de control de peso en una persona (1.1 %).

Tabla 3. Niveles de riesgo para el consumo de sustancias antes y después del taller, con seguimientos al mes y tres meses.

	Pre-Test n= 88	Post-Test n= 88	Seg-1 n= 44	Seg-2 n= 34
Tabaco				
Riesgo bajo	71 (80.7 %)	72 (81.8 %)	37 (84 %)	27 (79.4 %)
Riesgo moderado	17 (17 %)	16 (18.2 %)	7 (16 %)	7 (20.6 %)
Riesgo alto	0	0	0	0
Alcohol				
Riesgo bajo	72 (81.8 %)	76 (86.4 %)	36 (81.8 %)	34 (100 %)
Riesgo moderado	15 (17 %)	12 (13.6 %)	8 (18.2 %)	0
Riesgo alto	1 (1.1 %)	0	0	0
Cannabis				
Riesgo bajo	76 (86.4 %)	84 (95.5 %)	40 (90.9 %)	30 (88.2 %)
Riesgo moderado	12 (13.6 %)	4 (4.5 %)	4 (9 %)	4 (11.3 %)
Riesgo alto	0	0	0	0
Cocaína				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	87 (98.9 %)	42 (95.5 %)	34 (100 %)
Riesgo moderado	2 (2.3 %)	1 (1.1 %)	2 (4.5 %)	0
Riesgo alto	0	0	0	0
Estimulantes de tipo anfetamina				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	87 (98.9 %)	43 (97.7 %)	34 (100 %)
Riesgo moderado	2 (2.3 %)	1 (1.1 %)	1 (2.3 %)	0
Riesgo alto	0	0	0	0
Inhalantes				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	87 (98.9 %)	43 (97.7 %)	34 (100 %)
Riesgo moderado	2 (2.3 %)	1 (1.1 %)	1 (2.3 %)	0
Riesgo alto	0	0	0	0
Sedantes				
Riesgo bajo	80 (90.9 %)	82 (93.2 %)	42 (95.5 %)	32 (94.1 %)
Riesgo moderado	8 (9.1 %)	2 (6.8 %)	2 (4.5 %)	2 (5.9 %)
Riesgo alto	0	0	0	0
Alucinógenos				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	86 (97.7 %)	43 (97.7 %)	33 (97 %)
Riesgo moderado	2 (2.3 %)	2 (2.3 %)	1 (2.3 %)	1 (3 %)
Riesgo alto	0	0	0	0
Opiáceos				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	87 (98.9 %)	43 (97.7 %)	34 (100 %)

Riesgo moderado	2 (2.3 %)	1 (1.1 %)	1 (2.3 %)	0
Riesgo alto	0	0	0	0
Otra				
Riesgo bajo	86 (97.7 %)	86 (97.7 %)	43 (97.7 %)	32 (94.1 %)
Riesgo moderado	2 (2.3 %)	2 (2.3 %)	1 (2.3 %)	2 (5.9 %)
Riesgo alto	0	0	0	0

Para comprobar si los grupos eran equivalentes en las medidas de las variables antes del tratamiento, se realizó un análisis de varianza de una vía (*one way*) entre los tres grupos. Se analizó la homogeneidad de varianzas en cada una de las medidas y solo se encontraron diferencias en la variable CBCAR (Levene (2, 85) = 9.801, $p < 0.001$). Por el contrario, para el resto de variables sí hubo homogeneidad de varianzas: Interiorización del ideal estético (Levene(2, 85) = 1.121, $p = .331$), EDE-Q (Levene(2, 85) = 1.497, $p = .230$), satisfacción corporal (Levene(2, 85) = .463, $p = .631$), afecto negativo (Levene(2, 85) = .918, $p = .403$), ansiedad (Levene(2, 85) = 1.221, $p = .300$) y depresión (Levene(2, 85) = 2.359, $p = .101$), por lo que se decidió realizar análisis paramétricos.

Diferencias en las variables (CAR, interiorización del ideal de delgadez/musculatura, rasgos conductuales, satisfacción corporal, afecto negativo, ansiedad y depresión), en los tres grupos antes y después de la intervención

Las pruebas *t* para muestras relacionadas mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables en los grupos de taller y mixto antes y después de la intervención, donde las puntuaciones de la medición *pre-test* son mayores que las de la medición *post-test* (exceptuando un incremento en satisfacción corporal, el cual ocurrió conforme a lo esperado). En el caso del grupo infografía no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos de medición (Tabla 4).

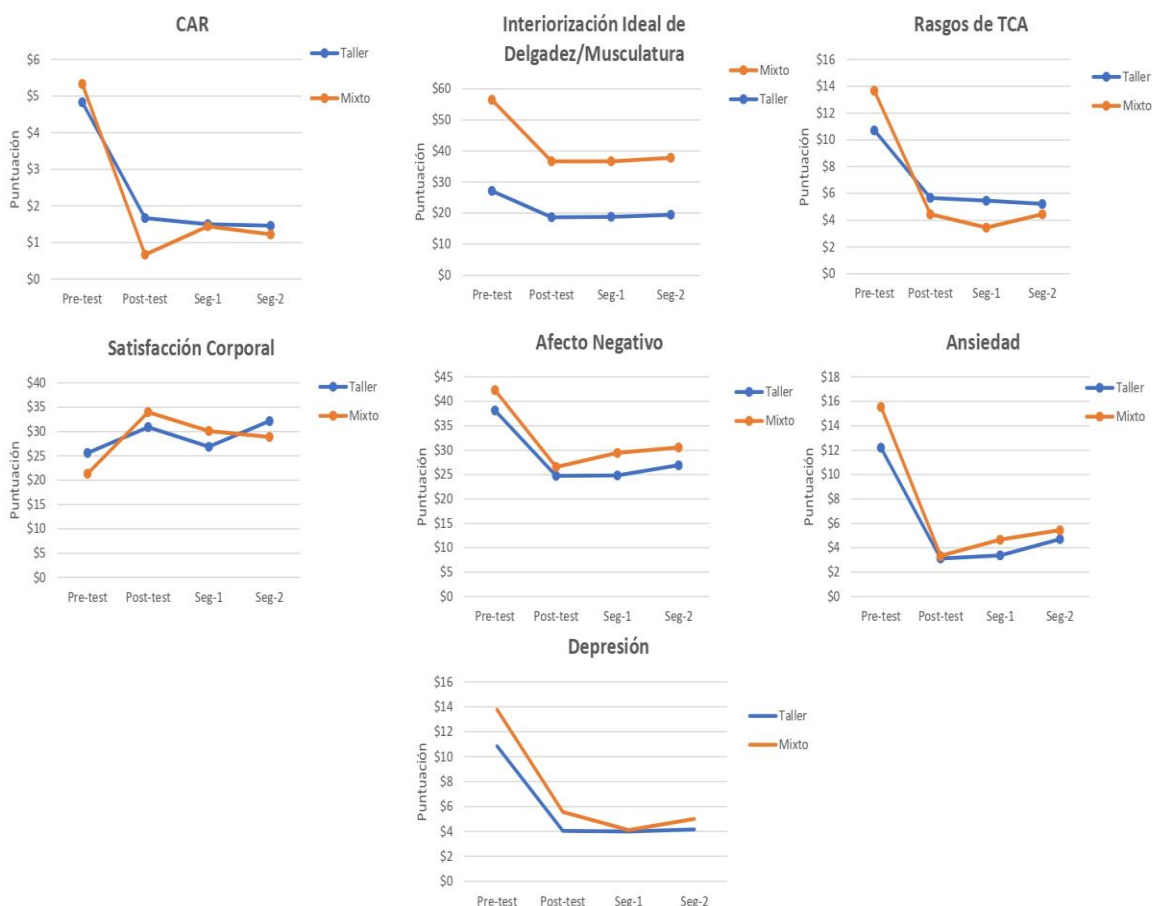
Tabla 4Prueba *t* de Student para los tres grupos antes y después de la intervención.

		<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)		
Grupo Taller n= 39	CAR	5.03 (2.57)	2.18 (2.3)	6.887	<.001
	Interiorización	29.08 (11.44)	19.72 (4.74)	5.826	<.001
	Rasgos TCA	12.26 (8.40)	6.23 (5.61)	5.94	<.001
	Satisfacción	24.54 (8.55)	30.82 (9.63)	-4.202	<.001
	Afecto negativo	36.64 (16.91)	26.62 (7.54)	5.575	<.001
	Ansiedad	10.56 (10.09)	3.28 (3.23)	4.979	<.001
	Depresión	9.54 (8.41)	3.92 (5.42)	6.686	<.001
Grupo Infografía n= 34	CAR	5.12 (4.37)	4.65 (4.79)	1.087	.285
	Interiorización	29.35 (13.46)	29.79 (12.70)	0.978	.335
	Rasgos TCA	10.97 (6.39)	10.76 (7.32)	0.431	.669
	Satisfacción	27.82 (9.90)	25.68 (10.65)	1.922	.063
	Afecto negativo	33.94 (14.40)	33.41 (14.53)	0.339	.737
	Ansiedad	10.47 (10.10)	8.71 (9.95)	1.606	.118
	Depresión	9.00 (7.41)	8.82 (8.63)	0.247	.807
Grupo Mixto n= 15	CAR	5.13 (2.53)	1.27 (1.58)	5.668	<.001
	Interiorización	27.47 (9.55)	17.60 (3.18)	4.615	<.001
	Rasgos TCA	12.80 (7.97)	4.60 (3.79)	7.924	<.001
	Satisfacción	22.60 (9.22)	33.40 (10.97)	-3.166	.007
	Afecto negativo	38.60 (19.70)	26.07 (9.24)	3.673	.003
	Ansiedad	12.20 (12.50)	4.07 (5.63)	3.206	.006
	Depresión	12.87 (12.15)	4.60 (6.20)	4.26	<.001

DE= Desviación estándar.

Se realizaron ANOVA de medidas repetidas para el factor tiempo (*pre-test*, *post-test*, seguimiento 1 y seguimiento 2) únicamente para los grupos taller y mixto, debido a que son los grupos con los que se contó con las cuatro mediciones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las variables: CAR $F(1.31) = 33.85$, $p < .001$; interiorización del ideal de delgadez/musculatura $F(1.31) = 24.87$, $p < .001$; rasgos conductuales de TCA $F(1.31) = 25.97$, $p < .001$; satisfacción corporal $F(1.31) = 4.83$, $p < .001$; afecto negativo $F(1.31) = 14.05$, $p < .001$; ansiedad $F(1.31) = 18.16$, $p < .001$ y depresión $F(1.31) = 28.08$, $p < .001$. En la Figura 1 se pueden apreciar las gráficas de cada variable.

Figura 1. Puntuaciones pre-post y seguimientos para las variables CAR, interiorización del ideal de delgadez/musculatura, rasgos conductuales de TCA, satisfacción corporal, afecto negativo, ansiedad y depresión para los grupos taller y mixto.



De esta manera es posible encontrar que los grupos experimentales mostraron efectos benéficos del taller, los cuales se mantuvieron hacia el segundo seguimiento, tres meses posteriores a la finalización del taller, excepto la puntuación de satisfacción corporal del Grupo Mixto, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Por otro lado, en relación con los campos conceptuales, las figuras 2 y 3 representan los campos conceptuales de los grupos Taller y Mixto, respectivamente. En ellos destacan conceptos como: bienestar, aceptación, amor propio, confianza, apoyo, empatía, conocimiento, autoestima, reconocimiento, salud, reflexión, amabilidad, seguridad, solidaridad, entre otros.

En relación con la percepción propia de los cambios cognitivos, emocionales o comportamentales (como consecuencia de haber tomado el taller), algunas de las respuestas se encuentran en la Tabla 5.

Tabla 5. Cambios percibidos a nivel cognitivo, conductual y emocional después del taller.

Cambios Conductuales	Cambios Cognitivos	Cambios Emocionales
<p>“Los ayunos a la semana disminuyeron e incrementó mi consumo de alimentos diarios. A pesar de ello, he buscado equilibrar mi alimentación, incluyendo alimentos de los tres grupos para tener una comida más completa”.</p>	<p>“Querer alcanzar el ideal estético establecido por la sociedad no tiene algún beneficio certero para mí, lo realmente importante es estar sana”.</p>	<p>“Ahora me encuentro un poco más segura de mí, ya no afectan tanto los comentarios a mi cuerpo, me estoy preocupando más por mi salud, he cambiado hábitos alimenticios”.</p>
<p>“Dejé de preocuparme en lo que comía, deje de sentirme culpable por comer algo (sin excederme en la cantidad de comida que consumía)”.</p>	<p>"No debo sentirme mal por no encajar en los estereotipos que veo en redes sociales, en las tiendas de ropa y en la TV, el compararme con otras chicas me estaba causando bastante daño en mi autoestima, debo seguir trabajando en mi cuerpo pero más por salud, por aceptación conmigo misma y no para los demás, ni en un sentido estético, ni para quedar bien con nadie”.</p>	<p>Mayor autoestima, seguridad y aceptación de los diferentes tipos de cuerpo”.</p>
<p>“Comencé a comer más saludable y en cantidades que satisfacen mi hambre, y a comer cosas que me gustan. Me deshice de la idea de tener dietas restrictivas para bajar de peso”.</p>	<p>“Comencé a aceptarme más por cómo me veía, sin querer cambiar mi apariencia física para quererme”.</p>	<p>“Estoy más a gusto con mi cuerpo”.</p>
<p>“Como sin preocuparme”.</p>	<p>"Si estás bien de salud y te sientes bien, tu cuerpo está bien, no importa la forma que tenga, además es tu cuerpo nadie tiene derecho</p>	<p>“Tengo más conciencia sobre lo que hablo respecto al cuerpo de los demás. Me siento feliz al aplicar lo que aprendí”.</p>

	a opinar sobre él, decíamos en el taller: <si no es tu cuerpo no opines> y me ha servido a mí y a mis hijos como herramienta cuando alguien intenta opinar sobre nuestros cuerpos	
“Comencé a dejar de prohibirme alimentos y en cada comida empecé a añadir los distintos grupos de alimentos, con la finalidad de encontrar un equilibrio”.	“Me di cuenta que normalizaba el ideal estético en mi ambiente laboral. Posterior al taller aprendí a transmitir de una mejor manera mis opiniones con respecto al físico de mis alumnos”. (Un instructor de gimnasio).	“Yo nunca usaba <i>“sports”</i> (ropa deportiva), porque no me gustaba que se me mirara la celulitis, ni siquiera para andar en casa. Aquí en Sinaloa hace muchísimo calor y siempre andaba con pantalones. Ahora uso <i>sports</i> y me da una sensación de libertad”.
“Disfruté más la comida”.	“Me siento menos incómoda viendo cuerpos no delgados. Noto más los discursos negativos sobre el cuerpo y puedo cuestionarlos. Aunque no me incomoda tanto mi figura frente al espejo, últimamente he vuelto a querer adelgazar, aunque no he hecho algo por lograrlo”.	“Soy más positivo, más alegre, y lo importante que ya no me preocupo por comer”.
“Ya como sin la preocupación de engordar o que la gente se fije”.	“El ideal estético es solo un constructo social, no es una realidad. Todos los cuerpos son diferentes porque somos diferentes personas y eso está bien. Está bien no lucir como el otro porque no soy el otro. La delgadez no es sinónimo de belleza”.	“Me he sentido más agradecida por mi cuerpo y por todo lo que hace, no solo por como luce. Me he sentido más libre de explorar diferentes prendas para vestir y darme la oportunidad de disfrutarme como soy”.
“Busco comer saludablemente, pero sin preocuparme por tener que contarlas calorías y disfruto más de mis alimentos”.	“He seguido construyendo criterios positivos hacia mi persona y las y los demás”.	“Mi manera de pensar sobre los cuerpos ha cambiado de manera positiva y no juzgo”.
“Me enfoco en que lo que como es para mejorar mi salud, sin culpa de comer algunos gustos”.	“Me interesa más estar sana física y mentalmente”.	“Me siento más tranquila y sin estrés”.

De esta manera es posible identificar la utilidad clínica (relevancia de la intervención en la vida de la persona atendida) que presenta el taller en los participantes, quienes declaran cambios a nivel cognitivo, conductual y emocional incluso a los tres meses posteriores a la finalización del taller. Esto sugiere que los efectos benéficos del taller pueden tener un impacto positivo en las vidas de las personas que lo tomen, ya que se gestan cambios conductuales, reestructuraciones cognitivas y gestión de emociones durante el taller y posterior al mismo.

DISCUSIÓN

La presente investigación se enfocó en indagar si es posible disminuir las conductas alimentarias de riesgo, la interiorización del ideal estético, los rasgos de TCA, el afecto negativo, la ansiedad y la depresión; así como aumentar la satisfacción corporal, en personas interesadas en tomar un taller preventivo en línea. El objetivo fundamental fue realizar prevención de carácter universal en personas sin diagnóstico de TCA. Tras la aplicación de dicho taller, se encontró un aumento en la satisfacción corporal y una disminución en el resto de las variables, tal como se hipotetizó.

Esto sugiere que la prevención de TCA representa un factor de protección para evitar la aparición y el desarrollo de trastornos alimentarios. La prevención representa una de las mejores maneras de fomentar la salud, ya que es un mecanismo económico no solo en el aspecto monetario, sino también en el psicológico y el social, ya que, al psicoeducar a la población, se vela por el mantenimiento de su salud y se contribuye a impedir la aparición de diversas enfermedades y padecimientos, lo que se traduce en un ahorro de recursos. Peñafiel (2019), una encontró una disminución de la insatisfacción corporal después de la aplicación de un programa de promoción de la imagen corporal saludable, al igual que Castillo y su equipo (2016), quienes encontraron una disminución en las conductas alimentarias no saludables y en la satisfacción corporal tras la aplicación de un programa de prevención de alteraciones alimentarias. Cabe mencionarse que el trabajo de Peñafiel se enfocó en población masculina, contrario al presente trabajo, que pone de manifiesto la necesidad de abordar a la población de manera homogénea, sin una distinción del sexo biológico. Asimismo, se realizó una investigación transcultural que comparó a la población mexicana y española, tras la aplicación de un modelo de prevención universal de TCA, encontrando una disminución en los rasgos de TCA en ambos países por igual (Munguía, 2016). Por su parte, Góngora, (2010) considera que la mayoría de los modelos de prevención de TCA se basan en disonancia cognitiva o en psicoeducación, sin embargo, sugiere la necesidad de facilitar intervenciones que promuevan actitudes y conductas saludables y positivas hacia sí mismo y el propio cuerpo, principalmente apoyándose de la psicología positiva; elemento que podría ser un área de oportunidad de crecimiento y desarrollo a futuro.

Por otro lado, los efectos del taller se mantuvieron a lo largo del tiempo, incluso durante los seguimientos posteriores a la finalización del mismo (al mes y tres meses). Cabe recalcar que se encontraron efectos más marcados en el grupo que recibió las infografías durante cuatro semanas, una a la semana, y posteriormente tomó el taller (el grupo mixto). Esta magnitud del efecto fue sucedida por la encontrada en el grupo taller, y finalmente en el grupo infografía, cuya puntuación en satisfacción corporal, incluso tuvo un ligero descenso, aunque no fue estadísticamente significativo. Estos hallazgos sugerirían que la efectividad del taller no solo se manifiesta durante la aplicación de este, sino que sus efectos se mantienen *a posteriori*, lo que representaría ser un factor de protección para evitar el desarrollo de trastornos alimentarios y mantener la salud a largo plazo, evidencia que concuerda con Montero y colaboradores (2018), quienes puntualizan la necesidad de implementar sesiones de refuerzo, para compensar el efecto constante de la presión sociocultural, al tiempo de mantener una evaluación de la eficacia del taller a largo plazo.

Por otro lado, una de las cualidades fundamentales del presente trabajo, fue el proveer información a cada uno de los grupos, inclusive al grupo de comparación, el cual recibió una serie de infografías que brindan información de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, las Conductas Alimentarias de Riesgo, las dietas riesgosas para la salud y la relación entre las redes sociales, el ideal de estética, la insatisfacción corporal y las CAR. Este modelo de investigación es similar a la proporcionada por otros autores, tal como la de Stice y colaboradores (2018), quienes establecieron una condición control, en la cual proporcionaron un vídeo educativo de TCA. Al encontrar que incluso el grupo de comparación mostró una mejoría en las puntuaciones de las variables, aunque no tan marcadas como la de los grupos experimentales, se podría concluir que la naturaleza de la intervención tuvo efecto en los beneficios y cambios percibidos de haber recibido dicha intervención. Es decir, incluso el grupo infografía mostró mejoras en casi todas las variables (exceptuando a la interiorización del ideal estético y a la satisfacción corporal, puntuaciones que mostraron un leve incremento y descenso, respectivamente). Se sugiere como principal explicación de ello, el que los participantes no recibiesen un trato personalizado, de acuerdo con su historia y necesidad, labor que en cambio, sí se realizó con cada uno de los integrantes de los demás grupos experimentales. Esto pondría de manifiesto al menos dos cuestiones: la primera, que la difusión de la información de trastornos alimentarios (CAR,

TCA, interiorización del ideal de estética, adopción de dietas peligrosas, etc.) efectivamente es un factor de protección y de prevención universal; y segundo, que las personas requieren un apoyo único y personalizado para encuadrar y asimilar correctamente la información en torno a su historia de vida.

Los resultados del taller indican que este puede ayudar a mejorar las percepciones del propio cuerpo y las emociones vinculadas con ello, así como cimentar un cambio cognitivo que desafíe las arraigadas ideas en torno al ideal de belleza delgado, todo esto a través del fomento de la disonancia cognitiva y de la instigación a la persona a decantarse hacia una percepción y expectativa del cuerpo más sanas y realistas. Esto a su vez, repercutió favorablemente en reducir los niveles de ansiedad y depresión, tal y como reportan Jiménez y Marlo (2023), quienes concluyeron que a mayor depresión y ansiedad, entonces hay mayor riesgo de TCA. En este caso, al disminuir el riesgo de TCA, redujeron los niveles de ansiedad y depresión. Es decir, se consolidaron cambios comportamentales, al disminuirse conductas alimentarias de riesgo y se fomentó la reflexión hacia el autocuidado. Así pues, es importante mencionar que las puntuaciones de las CAR y demás patologías alimentarias redujeron, mas no desaparecieron. Estos resultados son similares con los declarados por Radilla y su equipo (2022), quienes mencionan que el manejo de emociones y la adopción de hábitos alimentarios saludables fungen como bases para la aparición de un estilo de vida saludable en aspectos físicos, nutricionales y psicoemocionales, por lo que el fomento constante a hábitos saludables en relación con la alimentación, el ejercicio físico y el manejo de pensamientos, emociones y conductas podrían representar el punto angular sobre el cual posar la atención de labor preventiva y fomento constante a la salud. Esta ha de ser una labor constante e incesante.

A manera de exploración, se indagó respecto al consumo de sustancias y su posible relación con el control de peso, mas no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. En toda la muestra solo se encontró la declaración de dos personas que mencionaron consumir medicamentos controlados para la pérdida de peso; y la de otra persona más, quien comentó consumir cannabis para mitigar el apetito, aunque esta práctica no es común, puesto que la cannabis estimula centros hipotálamicos vinculados con la sensación de apetito (Wadell et al., 2023). Es importante recalcar que la patología alimentaria fue baja en todos los grupos, por lo que el bajo consumo de sustancias sería

coherente con la evidencia que apunta a que la patología alimentaria presenta numerosas comorbilidades con el consumo de sustancias, tanto en sustratos biológicos (Varija & Bhat, 2022; Aguirre et al., 2021; Rojo et al., 2012; Robinson & Berridge, 1993), como elementos comportamentales (Jegede & Olupona, 2022; DiFeliceantonio et al., 2018; Carr, 2011); por lo que al encontrar una patología baja en conducta alimentaria, sería coherente con el bajo consumo de sustancias. Esto guarda relación con la perspectiva de Borzutzky y Romero (2022), quienes apuntan a una relación dual entre TCA y TUS. Estos autores señalan que dichos trastornos pueden fungir como factores de riesgo mutuamente (es decir, entre ellos). Interesantemente, si este es el caso, entonces los tratamientos para ambos podrían ser mutuamente útiles, y más aún: la labor preventiva puede tener un efecto dual; es decir, al realizar la prevención de uno, se fomenta la prevención del otro, por igual. De esta manera, al trabajar con una población sin un TCA consolidado, se podría mantener a la par una baja comorbilidad con el consumo de sustancias, lo cual a su vez, no favorecería la posible aparición de un trastorno alimentario. De esta manera, la prevención de los TCA no solo evitaría la psicopatología alimentaria, sino que incluso, podría fungir como factor protector hacia el consumo de sustancias.

De acuerdo con lo anterior, es importante señalar que actualmente las labores de prevención se enfocan hacia la obesidad, la diabetes, el síndrome metabólico, el cáncer, enfermedades de transmisión sexual, e incluso elementos sociales como la violencia, mas no a trastornos alimentarios, los cuales pesar de ser un fenómeno cotidiano e incluso normalizado (como la adopción de dietas en búsqueda del adelgazamiento, por sobre la búsqueda de salud), requieren de atención en materia de labor preventiva, la cual incluso podría impactar positivamente en otros múltiples fenómenos que van en detrimento de la salud y que guardan comorbilidad con los TCA, tales como el síndrome de ovario poliquístico (Hernández et al., 2003; Valle, 2016), el sobrepeso o la obesidad (Unikel et al., 2016), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), ataques de pánico, el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA y TDAH), el trastorno bipolar (o como actualmente se le conoce también, trastorno maniaco-depresivo), abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático (Ayuso-del Valle & Covarrubias, 2019).

En nuestros días, la presión sociocultural enfocada en un estándar de belleza imposible de cumplir, hace aparición de manera cotidiana, constante e incluso

desapercibida, a través de publicidad, mercadotecnia, medios masivos de comunicación, redes sociales, internet, las industrias de la moda, farmacéutica, de los productos “milagro”, las cadenas de gimnasios, entre otras. Es decir, incluso en las series televisivas y películas, se fomenta la idea griega de la ética y la estética: lo bueno es lo bonito (Castro, 2012; Escobar, 2008). Aparecen protagonistas con tez perfecta, piel aterciopelada y cabellos blondos; con cuerpos tonificados, definidos y sin alguna imperfección; cuyas vidas, lucen perfectas y exitosas. Curiosamente, los villanos o personajes de reparto que posean la consigna de ser el personaje gracioso, o desventurado, poseen cualidades físicas fuera de ese estándar de belleza: son asimétricos, poseen cicatrices, sobrepeso u obesidad y portan indumentarias que se consideran poco llamativas; al tiempo que desempeñan una personalidad errática, insegura, maliciosa o desadaptada. De esta manera, a nivel cotidiano y desde muy temprana edad, se ha asociado a la estética y la delgadez con una vida plétóricamente satisfactoria. Y nada más alejado de la realidad. El costo por intentar alcanzar el ideal estético conlleva un rechazo al propio cuerpo y su imagen. Aparece la necesidad de ser diferente, de lucir “perfecto” y de focalizar constantemente los defectos que pueden verse al espejo o percibirse directamente con el tacto o la mirada misma. Comienza así una lucha constante en contra del propio yo, impactando así en elementos fundamentales de la autoestima: el autoconcepto y la autoimagen. Como consecuencia, se merman también otros componentes de la autoestima, tales como la autoeficacia y el autorrefuerzo, constantemente mermadas con la adopción de CAR, tales como dietas rigurosas o ejercicios extremos (Stice, et al., 2013; Unikel et al., 2010).

Es por ello que la utilidad clínica (relevancia de la intervención en la vida de la persona atendida) de la aplicación temprana de un taller de prevención de TCA es medular para la mejoría de la calidad de vida de los participantes. Se encontró que sus beneficios no solo se manifiestan en las puntuaciones de las pruebas aplicadas, sino también se identifican cambios conductuales, cognitivos y emocionales en su cotidianidad. Esto se identifica a través de las respuestas proporcionadas tanto en las redes conceptuales, como en el cuestionario de cambios percibidos, donde se encuentran conceptos asociados con el taller, tales como: bienestar, apoyo, aceptación, empatía, confianza, amor propio, autoconocimiento, autoestima, respeto, reconocimiento, amabilidad, entre otros. Estas ideas implicarían la percepción positiva del taller, el cual parece impactar de manera óptima

en los estilos de vida, formas de pensar, sentir y actuar de quienes lo tomen. Esto se manifiesta en una mayor flexibilidad en la toma de decisiones de alimentación: se redujeron las restricciones alimentarias y el afecto negativo en relación con la preocupación por el aumento de peso, la figura corporal o la comida misma. Lo anterior es armónico con la propuesta de Fairburn y colaboradores (2008), quienes aluden al núcleo de la psicopatología alimentaria, el cual consiste en una excesiva preocupación en el peso, figura o comida, desde una perspectiva transdiagnóstica y no categórica.

Finalmente, resulta fundamental mencionar que la tendencia clínica a dar atención a trastornos alimentarios requiere de un cambio de visión, ya que los Trastornos de la Conducta Alimentaria son fenómenos que se desarrollan de manera escalonada y gradual, los cuales, de ser atendidos de manera temprana, podrían evitar la consolidación de diversos TCA y algunas posibles comorbilidades, al tiempo que se fomentaría una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento de la autoestima (autoimagen, autoconcepto, autorrefuerzo y autoeficacia), una mejoría en la relación con la sensación de hambre-saciedad, así como en los momentos de ingesta de alimentos, que con frecuencia pueden ser situaciones incómodas, tanto para la persona en cuestión, como para sus posibles acompañantes. Esto podría ser posible, por un lado, con la incorporación de instrumentos de detección de riesgo de trastornos alimentarios en los cuestionarios de tamizaje que se aplican como parte de la evaluación clínica de los casos que solicitan atención, tales como el CBCAR (Unikel et al., 2003) o el EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994; Carter et al., 2001; Elder & Grilo, 2007). Por el otro lado, esta encomienda también podría ser asequible a través de la difusión de la labor de prevención de trastornos alimentarios, ya sea a través de la aplicación de talleres, o la difusión de infografías, haciendo uso de los medios masivos de comunicación y portales oficiales con los que cuenta la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tal como se realizó en el presente trabajo.

Como consumidores de publicidad y usuarios de redes sociales y medios de comunicación, prácticamente cualquier persona está, en mayor o menor medida, en algún nivel de riesgo de desarrollo de alguna CAR que pudiese desembocar en un TCA, por lo que es un compromiso que ha de asumirse, como factor de protección de la salud pública, el evitar la aparición de estos fenómenos y el psicoeducar a las personas respecto a la naturaleza de estos eventos. Ninguna persona está exenta de experimentar insatisfacción

corporal o deseo del ideal de estética, mas con un adecuado marco de referencia, es posible resignificar dichas ideas y apuntar a un ideal de salud, por sobre un ideal estético.

CONCLUSIÓN

Los talleres informativos para prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria parecen ser esenciales en la promoción de la salud. Al aplicar el taller Proyecto Cuerpo se encontró una reducción en múltiples Conductas Alimentarias de Riesgo, tanto comportamentales como cognitivas y emocionales, por lo que la promoción de este tipo de actividades podría fungir como un factor protector e impulso al sano desarrollo de una óptima calidad de vida. Un punto fundamental a resaltar en el presente trabajo fue su modalidad remota, ya que a pesar de las limitaciones que esta implica, tal como la de imposibilidad seguimientos del grupo infografía (ya que no existió respuesta), también facilitó el conectar a personas provenientes de diversos estados de la república mexicana, así como con residentes de otras naciones. Esto pone de manifiesto los potenciales beneficios que pueden ofrecer las intervenciones en línea, incluso enfocándose en labores preventivas, es decir, previo a la aparición de alguna patología. Es en este sentido que se sugiere la continuación de la aplicación de la intervención en un modo híbrido, para fomentar aún más la interacción y personalización del trato hacia los participantes e incluso así evitar la muerte experimental. De esta forma, sería posible evitar las complicaciones por las intervenciones a distancia, mas se puedan mantener sus bondades.

REFERENCIAS

- Afigenova, Y., Schmelkin, C., Plessow, F., Thomas, J., Pulumo, R., Micali, N., Miller, K., Eddy, K., y Lawson, E. (2016). Low fasting oxytocin levels are associated with psychopathology in anorexia nervosa in partial recovery. *Journal of clinical psychiatry*, 77(11), 1-17. Doi: 10.4088/JCP.15m10217.
- Agencia Mexicana de Investigación de Mercados y Opinión Pública. (2008). Índice de niveles socioeconómicos. Recuperado de <https://www.amai.org/NSE/>
- Aguirre, T., Meier, N., Koehler, A., y Bowman, R. (2021). Highly processed food addiction: a concept analysis. *Nursing forum*, 57(1), 152-164. Doi: 10.1111/nuf.12662.
- Almeida, M., Brown, T., Figueiredo, P., Soares A., y Berbet, P. (2020). Dissonance-based eating disorder prevention delivered in-person after an online training: a randomized controlled trial for Brazilian men with body dissatisfaction. *International journal of eating disorders*, 1-12. Doi: 10.1002/eat.23423
- Altamirano, M., Vizmanos, B., y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de salud pública*, 20(1), 401-407.
- Alonso, A. (2020). *La intervención cognitivo - conductual en TCA. Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia*. (Trabajo de grado). Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42150/TFG-M-N2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychological Association. (2023). Anxiety. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- American Psychological Association. (2023). Depression. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/depression>
- American Psychological Association. (2023). Orthorexia nervosa. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/orthorexia-nervosa>

- American Psychological Association. (2023). Perfectionism. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/perfectionism>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, D.C: Panamericana, 329-354.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington, D.C: Panamericana.
- Angarita, M. (2020). Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el uso de redes sociales en estudiantes de artes escénicas de la pontificia universidad javeriana en Bogotá, Colombia (Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/50021>
- Annesi, J., y Stewart, F. (2023). Effects of Body Satisfaction and emotional Eating on Obesity Treatment-Related Changes in Weight and Waist Circumference Over 2 Years: A Serial Multiple Mediation Analysis. *Health Behavior Research*, 6(1), 6.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A., Martinez-Jimenez, M., Redel-Macías, M., Pagliari, C., y Vaquero-Abellan, M. (2019). Socieneal Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-16.doi:10.3390/ijerph16214177.
- Ayuso-del Valle, N., y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.
- Beck, A., Ward, C., Mendelsn, M, Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bedoya, D. (2023). *Comorbilidades psicopatológicas que motivaron el ingreso a hospitalización en pacientes que presentan actitudes de trastornos de la conducta alimentaria en la Clínica Montserrat* (Tesis de grado). Universidad el Bosque,

Colombia, Recuperado de
<https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/9740>

- Berscheid, E., Walster, E., y Bohrnstedt, G. (1973). Body image. The happy American body: a survey report. *Psychology today*, 7(6), 119-131.
- Bisetto, D., Botella, A., y Sancho, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones*, 24(1), 9-16, doi: 10.20882/adicciones.112
- Bittar, C., y Soares, A. (2020). Media and eating behavior in adolescence. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28, 291-308. Doi: 10.4322/2526-8910.ctoAR1920
- Blázquez, F., Pérez, K., Calderón, M., y Medina, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187.
- Borzutzky, A., y Romero, M. (Noviembre, 2022). *Abordaje y tratamiento de la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y del trastorno bipolar*. Trabajo presentado en Adipa, Chile.
- Cámara de diputados, (27/10/2019). En los últimos 20 años, anorexia y bulimia crecieron 300 por ciento en México. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/comunicación/Boletines/2019/Octubre/27/2583-En-los-ultimos-20-anos-anorexia-y-bulimia-crecieron-300-por-ciento-en-Mexico>
- Caldera, I., Martín del campo, P., Caldera, F., Reynoso, O., y Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), [22-31]. Doi: 10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519.
- Carrillo, L., Reyes, J., Escamilla, M., y González, V. (2021). Conducta alimentaria y consumo de alcohol durante el distanciamiento social por COVID-19 en México:

un estudio exploratorio. *Ciencia y Sociedad* 46(2), 7-30, Doi: 10.22206/cys.2021.v46i2.pp7-30

- Carr, K. (2011). Food scarcity, neuroadaptations and the pathogenic potential of dieting in an unnatural ecology: binge eating and drug abuse. *Physiology & behavior*, 104(1), 162-167. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.04.023
- Carter, J., Stewart, D., y Fairburn, C. (2001). Eating Disorder Examination Questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behavior research and therapy*, 39, 625-632.
- Casado, M., y Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y salud*, 19(1), 05-26.
- Cash, T., y Szymanski, M. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 64(3), 466-477.
- Castillo, I., Solano, S. & Sepúlveda, A. (2016). Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos. *Behavioral psychology*, 24(1), 5-28.
- Castro, S. (2012). Ética y estética: una relación ineludible. *Revista Latinoamericana de bioética*, 12(1), 62-69
- Cevallos, C. (2021). Análisis del impacto causado por el confinamiento durante la emergencia sanitaria por la enfermedad de COVID-19 en el desarrollo psicosocial de personas con trastornos de la conducta alimentaria (Trabajo de grado). Universidad Internacional SEK del Ecuador. Recuperado 28 de octubre de 2021, de repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4138/3/Camila%20Alejandra%20Cevallos%20Trujillo.pdf
- Choez, L., y Tejeda, R. (2021). Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *Recimundo*, 5(2), 376-386.

- Cohen, R., Newton-John, T., y Slater, A. (2018). 'Selfie'-objectification: The role of selfies in self-objectification and disordered eating in young women. *Computers in Human Behavior*, 79, 68–74. doi:10.1016/j.chb.2017.10.027
- Cortés, A., y Tapia, G. (2021). *Conductas alimentarias de riesgo (CAR)* [infografía]. Curso extracurricular: salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria. <https://classroom.google.com/u/0/w/Mzg1NDU2MjAzMTU0/tc/Mzk5ODk1NDkxMDQz>
- Couturier, J., Pellegrini, D., Miller, C., Bhatnagar, N., Boachie, A., Bourret, K., Brouwers, M., Coelho, J., Dimitropoulos, G., Findlay, S., Ford, C., Geller, J., Grewal, S., Gusella, J., Isserlin, L., Jericho, M., Johnson, N., Katzman, D., Kimber, M.,... Webb, C. (2021). The COVID-19 pandemic and eating disorders in children, adolescents, and emerging adults: a virtual care recommendations from the Canadian consensus panel during COVID-19 and beyond. *Journal of eating disorders* 9(46), 1-40. Doi: 10.1186/s40337-021-00394-9
- Cruz-Sáez, M., Pascual, A., Etxebarria, I., y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 724-733.
- De la Vega, R., y Gómez-Perezmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22(2), 225-234.
- Díaz de León-Vázquez, C., Lazarevich, I., Unikel, C., y Álvarez-Díaz, J. (2018). Disordered eating behaviors and their association with psychological variables and BMI among university males from Mexico City. *Salud pública de México*, 59(3), 258-265.

- DiFeliceantonio, A., Coppin, G., Rigoux, L., Thanarajah, S., Dagher, A., Tittgemeyer, M., y Small, D. (2018). Supra-additive effects of combining fat and carbohydrate on food reward. *Cell metabolism*, 28, 33-44. doi: 10.1016/j.cmet.2018.05.018.
- Eknoyan, G. (2008). Adolphe Quetelet (1796-1874)- the average man and indices of obesity. *Nephrology dialysis transplantation*, 23, 47-51.
- Elder, K., y Grilo, C. (2007). The Spanish language version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Comparison with the Spanish language version of the eating disorder examination and test-retest reliability. *Behaviour research and therapy*, 45, 1369-1377.
- Escobar, G. (2008). *Ética. Introducción a su problemática y su historia*. 6ª ed. México: McGraw Hill
- Escolar-Llamazares, M., Martínez, M., González, M., Begoña, M., Mercado, E., y Lara, F. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: estimation of vulnerability by sex and age. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(2), 105-112. doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003
- Escoto, C., Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J., Camacho, E., Franco, K., y Juárez, S. (2013). Psychometric properties of the Drive for Muscularity Scale in Mexican males. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 18(1), 23-28.
- Fairburn, C., y Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire. *International journal of eating disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C., y Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 40, S107-S110. doi: 10.1002/eat.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., y Wilson, G. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. En Barlow, D. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*, (578-614), New York: Guilford Press.

- Fava, M., Copeland, P., Schweiger, U., y Herzog, D. (1990). Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Annual progress in child psychiatry & child development*, 368-386.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance*. (Vol. 2). Stanford University Press.
- Flores-Fresco, M., Blanco-Gandía, M., y Rodríguez-Arias, M. (2018). Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Clínica y salud*, 29(3), 125-132. doi: 10.5093/clysa2018a18
- Friero, P., González-Rodríguez, R., y Domínguez-Aolonso, J. (2021). Selfsocializationocialisation in social networks as determinants in adolescents eating disorders. *Health and social care*, 00, 1-9. Doi: 10.1111/hsc.13843
- García, D. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista española de comunicación en salud*, 11(2), 244-254. Doi.org/10.20318/recs.2020/5223
- García, J., Ruiz, R., Hernández, D., Perea, L., y Aguilar, S. (2023). Adaptación y validación del “test de medición del grado de satisfacción corporal” en mujeres mastectomizadas. *Hospital*, 1397, 048X. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ginecobs2023.sld.cu/index.php/ginecobs/2023/paper/viewFile/109/34
- García, P., y Tapia, G. (2021). *Dietas milagro y riesgos en la salud* [infografía]. Curso extracurricular: salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria. <https://classroom.google.com/u/0/w/Mzg1NDU2MjAzMTU0/tc/Mzk5ODk1NDkxMDQz>
- García-Ríos, C., y García-Ríos, V. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en población infantil durante la pandemia de COVID-19. *Dominio de las ciencias*, 7(3), 1353-1363. Doi: 10.23857/dc.v7i3.2060

- Garrido, P., y Tapia, G. (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)* [infografía]. Curso extracurricular: salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria. <https://classroom.google.com/u/0/w/Mzg1NDU2MjAzMTU0/tc/Mzk5ODk1NDkxMDQz>
- Gearhardt, A., Yokum, S., Orr, P., Stice, E., Corbin, W., y Brownell, K. (2011). Neural correlates of food addiction. *Archives of general Psychiatry*, 68(8), 808-816. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.32
- Gismero, M. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de psicoterapia*, 31(115), 33-47. doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354
- Gómez, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 14(1), 31-40.
- Góngora, V. (2010). Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicodebate, psicología, cultura y sociedad*, (10), 279-296.
- Gregorowski, C., Seedat, S., y Jordaan, G. (2013). A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 13(289), 2-12.
- Griffiths, S., Castle, D., Cunningham, M., Murray, S., Bastian, B., y Barlow, F. (2018). How does exposure to thinpiration and fitspiration relate to symptom severity among individuals with eating disorders? Evaluation of a proposed model. *Body Image*, 27, 187–195. doi:10.1016/j.bodyim.2018.10.002
- Guevara, C., y Tapia, G. (2021). *Redes sociales, ideal de la delgadez, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de Riesgo (CAR)* [infografía]. Curso extracurricular: salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

<https://classroom.google.com/u/0/w/Mzg1NDU2MjAzMTU0/tc/Mzk5ODk1NDkxMDQz>

- Hernández, V., y Trava, M., Bastarrachea, S. y Laviada, H. (2003). Trastornos bioquímicos y metabólicos de la bulimia nervosa y la alimentación compulsiva. *Salud Mental*, 26(3), 9-15.
- Holland, G., y Tiggemann, M. (2016). “Strong beats skinny every time”: Disordered eating and compulsive exercise in women who post fitspiration on Instagram. *International journal of eating disorders*, 50(1), 76–79. doi: 10.1002/eat.22559
- Holsen, L., Lawson, E., Blum, J., Ko, E., Makris, N., Fazeli, P., Klibancki, A., y Goldstein, J. (2012). Food motivation circuitry hypoactivation related to hedonic and nonhedonic aspects of hunger and satiety in women with active anorexia nervosa and weight-restored women with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 37(5), 322–332. doi:10.1503/jpn.110156
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2004). Censo económico. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2004/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2006. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/tradicional/2006/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2008). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/tradicional/2006/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (junio 2017). Atiende IMSS trastorno de la imagen corporal”. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201706/178>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (mayo 2018). Atiende IMSS trastornos alimenticios con tratamiento médico, psicológico y en nutrición. Recuperado De <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114>.

Instituto Mexicano del Seguro Social, (diciembre 2018). El IMSS promueve alimentación correcta y ejercicio para una vida saludable. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201812/012>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (febrero 2019a). Con Juvenimss, más de 1.6 millones de adolescentes han fortalecido conocimientos en el autocuidado de su salud. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201902/039>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (febrero 2019b). El IMSS recomienda *lunch* saludable para evitar la obesidad en niños. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201902/044>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (mayo 2019). IMSS recomienda alimentación sana y actividades físicas para evitar la obesidad en niños. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/136>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (octubre 2019). El IMSS fortalece estrategias para combatir obesidad infantil y juvenil. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201910/421>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (febrero 2021). Recomienda IMSS alimentos saludable, evitar atracones y quedarse en casa para disfrutar eventos deportivos o de entrenamiento. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202102/057>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (noviembre 2021a). Con triatlón PrevenIMSS el Seguro Social refuerza salud preventiva, orientación nutricional y activación física. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202111/536>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (noviembre 2021b). Medición de peso y talla una vez al año, alimentación saludable y realizar ejercicio para evitar sobrepeso y obesidad: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202111/529>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (diciembre 2021). En cenas decembrinas se recomiendan alimentos horneados, agua y raciones adecuadas para adultos y

menores: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202111/590>.

Instituto Mexicano del Seguro Social, (enero 2022a). IMSS implementa código QR de nutrición para favorecer la salud de pacientes pediátricos oncológicos. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/012>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (enero 2022b). Llama IMSS a cuidar del corazón a través de hábitos alimenticios para reducir riesgo de infartos. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202201/029>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (febrero 2022). Recomienda IMSS contar con un plan de alimentación equilibrada y actividad física para prevenir enfermedades. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202202/093>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (marzo 2022a). Con chequeo PrevenIMSS se combate sobrepeso y obesidad, la otra pandemia que afecta a las y los mexicanos. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/126>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (marzo 2022b). IMSS promueve lactancia materna exclusiva y planes de alimentación saludable para combatir la obesidad. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/108>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (marzo 2022c). Triatlón PrevenIMSS se enfoca en cuidado de la salud a través del ejercicio, la sana alimentación y chequeo preventivo. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202203/124>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (julio 2022a). Aprueba H. Consejo Técnico del IMSS Programa Nacional de Activación Física para prevenir enfermedades y promover deporte. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/337>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (julio 2022b). Mantener una sana alimentación es una medida más para prevenir complicaciones por COVID-19. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202207/349>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (agosto 2022). Más de mil niñas, niños y adolescentes han asistido al Programa “Ejercítate y reactivatIMSS”del OOAD Ciudad de México Norte. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202208/395>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2018*. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2012*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2006*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/informes.php>

Jegede, O., y Olupona, T. (2022). *Food addiction. Substance and non-substance related addictions*, Springer: Estados Unidos de América, 93-98. Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-84834-7_6#citeas

Jiménez, A., y Marlo, L. (2023). Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad de Señor de Sipán. (Trabajo de grado). Universidad Señor de Sipán, Perú.

Jones, H., McIntosh, V., Britt, E., Carter, J., Jordan, J., y Bulik, C. (2022). The effect of temperament and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: the role of low self-esteem and depression. *European eating disorders review*, 30, 388-400. Doi: 10.1002/erv.2889

Jung, E., y Jun, M. (2022). Relationship between Risk Factors Related to Eating Disorders and Subjective Health and Oral Health. *Children*, 9(786), 2-13. Doi.org/10.3390/children9060786

- Kristoffersen, M., Johnson, C., y Atkinson, M. (2021). Feasibility and acceptability of video-based microinterventions for eating disorder prevention among adolescents in secondary schools. *International journal of eating disorders*, 1-10. Doi. 10.2..3/eat23781
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., y Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and alcohol dependence*, 97, (1-2), 169-179.
- Laque, A., Wagner, G., Matzey, A., De Ness, G., Kerr, T., Carroll, A., de Guglielmo, G., Nedelescu, H., Buczynski, M., Gregus, A., Jhou, T., Zorrilla, E., Martin-Fardon, R., Koya, E., Ritter, R., Weiss, F., y Suto, N. (2022). Looking drug and food addiction via compulsive appetite. *British journal of pharmacology*, en prensa. doi: 10.1111/bph.15797
- Lawson, E., Holsen, L., Santin, M., Meenaghan, E., Eddy, K., Becker, A., Herzog, D., Goldstein, J., y Klibanski, A. (2012). Oxytocin secretion is associated with severity of disordered eating psychopathology and insular cortex hypoactivation in anorexia nervosa. *The Journal of clinical endocrinology & metabolism*, 97(10), E1898–E1908. doi:10.1210/jc.2012-1702
- López, H. e Instituto de Investigaciones Sociales S.C. (2008). Distribución de niveles socioeconómicos 2008. Recuperado de <https://www.amai.org/busquedas.php>
- Linage, M., y Lucio, E. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista española de drogodependencias* 38(1), 37-51
- Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436.

- Martínez, B., (2021). *Influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de TCA en adolescentes*. (Trabajo de grado, Universitat Oberta de Catalunya). Recuperado de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/133651>
- Mateos, A. (2009). *Compendio de etimologías grecolatinas del español*. México: Esfinge.
- McCreary, D., y Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American college health*, 48(6), 297-304.
- McGorry, P. (25 de marzo de 2020) "Expert calls for national mental health strategy in response to coronavirus pandemic" en RN Breakfast with Fran Kelly [Audio en podcast], recuperado de <https://www.abc.net.au/radionational/programs/breakfast/expert-calls-for-national-mental-health-strategy/12088046>.
- Micali, N., Crous-Bou, M., Treasure, J., y Lawson, E. (2017). Asociación entre el genotipo del receptor de oxitocina, la atención materna y las conductas de los trastornos alimentarios en una muestra comunitaria de mujeres. *European eating disorders review*, 25(1), 19-25. doi:10.1002/erv.2486
- Mojica-Crespo, R., y Morales-Crespo, M. M. (2020). Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina de familia. SEMERGEN*, 46, 65-77. doi:10.1016/j.semerg.2020.05.010
- Montero, S., San José, M., Marín, J., Alonso, B., Rodríguez, N., y Bernabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. *Revista española de enfermería de salud mental*, 5, 5-14. Doi: 10.35761/reesme.2018.5.02
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Nueva York, EUA: Manual Moderno, 276-292.
- Munguía, J. (2016). *Intervención preventiva universal en problemas relacionados con el peso y la alimentación: estudio comparativo entre México y España en un programa de alfabetización de medios. Estudio piloto*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España.

- Nájera, J., y Cartas, G. (2023). Alimentación y estilos de vida durante el confinamiento por pandemia en estudiantes universitarios de Chiapas, México. *RESPYN Revista de salud pública y nutrición*, 22(1), 29–37. <https://doi.org/10.29105/respyn22.1-709>
- Needham, B., y Crosnoe, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of adolescent health*, 36(1), 48–55. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.12.015
- Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M., Jáuregui-Lobera, I., y Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of negative and no positive results*, 6(10), 1289-1307. Doi: 10.19230/jonnpr.4322
- Olivier, C., y Zúñiga, V. (2021). De hombres y mujeres a príncipes y princesas: la idea de la belleza en las páginas virtuales pro-ana y pro-mía. *Revista electrónica de psicología Iztacala* 24(4), 1369-1397.
- Olsen, C. (2011). Natural rewards, neuroplasticity and non-drug addictions. *Neuropharmacology*, 61(7), 1109-1122. doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.03.010
- Organización Mundial de la Salud. (09 de junio de 2021a). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre de 2021b). Salud mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11 Undécima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Recuperado de <https://icd.who.int/es>.
- Organización Panamericana de Salud. (2011). Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), manual para uso en la atención primaria.

Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., y Raich, R. (2013). Psychometric properties of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. *PLoS ONE* 8(12): e83245. doi:10.1371/journal.pone.0083245
- Peñafiel, E. (2019). *Intervención para mejorar la imagen corporal en varones adolescentes: estudio piloto*. (Trabajo de grado). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Polivy, J., Coleman, J., y Herman, C. P. (2005). *The effect of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters*. *International Journal of eating disorders*, 38(4), 301– 309. doi:10.1002/eat.20195.
- Radilla, C., Gutiérrez, R., Barrigüete, A., Vega, S., Lejía, G., Schettino, B., del Muro, R., Pérez, J., y Radilla, M. (2022). Identificación de factores protectores y de riesgo para trastornos de conductas alimentarias en una intervención educativa con adolescentes de la Ciudad de México. *Revista española de nutrición comunitaria*, 28(2), 1-11.
- Ramírez, M., Luna, J., y Velázquez, D. (2021). Conductas Alimentarias de Riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 25(2), 246-55. Recuperado de <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/1170>
- Robinson, T., y Berridge, K. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18, 247-291. doi: 10.1016/1065-0179(93)90013-p
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.

- Rodgers, R., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., y Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of eating disorders*, 53, 1166–1170.
- Rojo, L., Plumed, J., Conesa, L., Vaz, F., Díaz, M., Rojo-Boffil, L., y Livianos, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Psiquiatría y salud mental*, 5(3), 197-204. doi: 10.1016/j.rpsm.02.002
- Sands, E., y Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International journal of eating disorders*, 33(2),193-204.
- Saucedo, T., Peña, A., Fernández, T., García, A., y Jiménez, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta. *Revista médica de la universidad veracruzana*, 10(2), 16-23.
- Saucedo-Molina, T., y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental* 33(1), 11-19
- Scharmer, C., Martínez, K., Gorell, S., Reilly, E., Donahue, J., y Anderson, D. (2020). Patología del trastorno alimentario y ejercicio compulsivo durante la emergencia de salud pública COVID-19: examen del riesgo asociado con la ansiedad COVID-19 y la intolerancia a la incertidumbre. *International journal of eating disorders*, 53(12), 2049-2054. doi/10.1002/eat.23395
- Sebastián, E. (14 de diciembre de 2020). Playztrends. ¿Pueden los tiktoks de "What I Eat In A Day" ser perjudiciales para nuestra salud? Recuperado el 8 de noviembre de 2021 de <https://www.rtve.es/playz/20201214/pueden-tiktoks-what-eat-in-day-provocar-tca-problemas-salud/2059137.shtml>
- Secretaría de salud. (04/07/2017). Lanza gobierno de la CDMX estrategia para atender anorexia y bulimia. Recuperado de

<https://salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/lanza-gobierno-de-la-cdmx-estrategia-para-atender-anorexia-y-bulimia>

- Skella, P., Chelmi, M., Panagouli, E., Garoufi, A., Psaltopoulou, T., Mastorakos, G., Sergeantanis, T., y Tsitsika, A. (2022). Orthorexia and eating disorders in adolescents and young adults: a systematic review. *Children*, 9(514), 2-17. Doi: 10.3390/children9040514
- Skøt, L., Mejlidal, A., Guala, M., Støving, R., Ascone, L., Stenager, E., Beck, M., y Mellentin, A. (2022). Eating disorders and subsequent risk of substance use disorders involving illicit drugs: a Danish nationwide register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(4), 695-708.
- Solano, N., y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Stice, E., Black, C., y Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International journal of eating disorder*, 46(5), 478-485. doi:10.1002/eat.22105.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S., y Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating-disorders prevention program. *International journal of eating disorders*, 29, 247-262.
- Stice, E., Davis, K., Miller, N., y Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *Journal of abnormal psychology*, 117(4), 941.
- Stice, E., Desjardins, C. D., y Rohde, P. (2022). Young women who develop anorexia nervosa exhibit a persistently low premorbid body weight on average: A longitudinal investigation of an important etiologic clue. *Journal of psychopathology and clinical science*, 131(5), 479–492. Doi:10.1037/abn0000762

- Stice, E., Durant, S., Rohde, P., y Shaw, H. (2014). Effects of a prototype Internet dissonance-based eating disorder prevention program at 1- and 2-year follow-up. *Health psychology journal*, 33(12), 1558–67.
- Stice, E., Marti, N., Spoor, S., Presnell, K., y Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 76(2), 329-340. Doi: 10.1037/0022-006X.76.2.329
- Stice, E., Mazotti, I., Weibel, D., y Agras, S. (2000). Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International journal of eating disorders*, 27, 206-217.
- Stice, E., Rodhe, P., y Shaw, H. (2007). *The Body Project. A Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Intervention*. Oxford. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3GDibWAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Stice,+E.,+Rodhe,+P.,+%26+Shaw,+H.+The+Body+Project.+\(2007\).+A+Dissonance-Based+Eating+Disorder+Prevention+Intervention.+Programs+that+work.3&ots=B12KEvJAA_&sig=89GCQYYduvQ2oINgWU4vENfO-Js#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3GDibWAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Stice,+E.,+Rodhe,+P.,+%26+Shaw,+H.+The+Body+Project.+(2007).+A+Dissonance-Based+Eating+Disorder+Prevention+Intervention.+Programs+that+work.3&ots=B12KEvJAA_&sig=89GCQYYduvQ2oINgWU4vENfO-Js#v=onepage&q&f=false)
- Stice, E., Rohde, P., Durant, S., y Shaw, H. (2012). A preliminary trial of a prototype Internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 80(5), 907–16.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., y Gau, J. (2018). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 85(9), 883–895. Doi: 10.1037/ccp0000211
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., y Wade, E. (2006). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 74(2), 263–275. doi:10.1037/0022-006X.74.2.263

- Stice, E., Shaw, H., y Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of social and clinical Psychology*, 17(2), 129.
- Stice, E., Trost, A., y Chase, A. (2003), Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International journal of eating disorders*, 33,10-21. doi: 10.1002/eat.10109
- Stice, E., Yokum, S., y Waters, A. (2015). Dissonance-based eating disorder prevention program reduces reward region response to thin models; how actions shape valuation. *PLoS One*, 10(12), doi: 10.1002/eat.23423
- Tapia, G., Garrido, P., García, P., Valtierra, C., Cortés, A., y Flores, X. (2021, 25 de abril – 27 de mayo). *Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Taller en línea]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho, México, CDMX. meet.google.com/dha-wctz-twe
- Tapia, G. (2022, 09 de agosto – 26 de noviembre). *Salud mental en estudiantes universitarios: prevención y atención a distancia de Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Curso en línea]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho, México, CDMX. meet.google.com/exs-qhan-iug
- Tchanturia, K., Liao, P., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., y Campbell, I. (2007). An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *Journal of the International neuropsychological society*, 13(04). doi:10.1017/s1355617707070798
- Terradez, N. (2020). Tik Tok: una exploración sobre la difusión de los estereotipos sociales. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42968/TFG-N.%201420.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Touyz, S, Lacey, H., y Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of eating disorders*, 8(19), 1-3. doi: 10.1186/s40337-020-00295-3

- Trujillo, E. (2021). Abordaje en Comenzar de Nuevo de los TCA durante la pandemia. *Journal de ciencias sociales*, 16, 159-165. doi.org/10.18682/jcs.vi16.4535
- Turner, P., y Lefevre, C. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and weight disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity*, 22(2), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Unikel, C., Bojorquez-Chapela, I., y Carreño-García, S. (2003). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46, 509-515. doi:10.1590/s0036-36342004000600005.
- Unikel, C., Bojorquez, I., Díaz de León, C., Vázquez, V., Rivera, J., Galván, G., y Rocha, I. (2018). Validation of eating disorders examination questionnaire in Mexican women. *International journal of eating disorders*, 1-9. Doi: 10.1002/eat.22819
- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C., y Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 15-27.
- Unikel, C., Díaz de León, C., y Rivera, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud mental*, 39(3), 141-148.
- Unikel, C., Gómez, G., y Bojorquez, I. (2008). Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Reporte interno. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Proyecto SEP CONACyT SEP-2004-46560.
- Unikel, C., Juárez, F., y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Female Students and Patients with Eating Disorders. *European eating disorders review*, 14(6), 430-435.
- Unikel, C., Martín, V., Juárez, F., González-Forteza, C., y Nuño, B. (2013). Disordered eating behavior and body weight and shape relatives' criticism in overweight and obese 15-to 19-year-old females. *Journal of health psychology*, 18(1), 75-85.

- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántara, E., y Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de investigación clínica*, 52(2) 140-7.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de-la-Rosa, A., Saucedo-Molina, T., Trujillo, E., García-Castro, F., y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación Clínica*, 62(5), 424- 432.
- Valle, Y. (2016). Regulación y mecanismos hormonales en desórdenes alimenticios. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ylenia-Roger-Valle/publication/301892530_Regulacion_y_mecanismos_hormonales_en_desordenes_alimenticios/links/572ba1a208ae057b0a095623/Regulacion-y-mecanismos-hormonales-en-desordenes-alimenticios.pdf
- Varija, S., y Bhat, R. (2022). Neurobiology of food addiction, en *Future foods*, 425-431. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323910019000359>, doi: 10.1016/B978-0-323-91001-3.00035-9
- Vargas, R., Bautista, M., y Palencia, A. (2021). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: el papel del sexo y ubicación de la escuela. *Educación y salud boletín científico del instituto de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(18), 11-19.
- Vélez, A., Prado, A., y Sánchez, M. (sin año). Modelo preventivo. Construye tu vida sin adicciones. *En Modelos Preventivos*. (1-8). México: Secretaría de salud, Consejo nacional contra las adicciones.
- Villar, M., y Baile, J. (2023). La influencia de las redes sociales como factor de riesgo en el desarrollo de la anorexia y la bulimia nerviosas durante la adolescencia. *Revista Tecnología, Ciencia Y educación*, (24), 141–168. <https://doi.org/10.51302/tce.2023.743>

- Volkow, N., Wang, G. Fowler, J. Logan, J., Jayne, M., Franceschi, D., Wong, C., Gatlwy, S., Gifford, A., Ding, Y., y Pappas, N. (2002). *Synapse*, 44, 175-180. doi: 10.1002/syn.10075
- Walter, N., Henenin, T., y Elbe, A. (2022). Factors associated with disordered eating and eating disorder symptoms in adolescent elite athletes. *Sports psychiatry* 1(2), 47-56. Doi: 10.1024/2674-0052/a000012
- Watson, D., y Clark, L. (1992). Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of personality and social Psychology*, 62, 489–505.
- Wilksch, S. M., O’Shea, A., Ho, P., Byrne, S., y Wade, T. D. (2019). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International journal of eating disorders*, 53(1), 96–106. doi.org/10.1002/eat.23198
- Zamora, C., y Barrios, A. (2018). Instagram y sintomatología de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes entre 13 y 17 años en colegios de Tibás. *PsicoInnova*, 2(1), 34-52. Recuperado de <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/16/16>

ANEXO 1

Infografía 1



TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

¿QUÉ ES?

Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento hacia ella que lleva a la alteración en el consumo y absorción de alimentos y que genera un deterioro significativo de la salud y funcionamiento psicosocial (DSM-V).

CARACTERÍSTICAS

- Preocupación extrema sobre el peso y la silueta y autoevaluación en función de estos conceptos.
- Comportamiento dirigido a controlar el peso.
- Episodios de inducción del vómito.
- Amplia gama de síntomas de ansiedad y depresión.
- Características obsesivas.
- Poca concentración.
- Funcionamiento social deficiente.

TIPOS

- Bulimia nervosa
- Trastorno por Atracción
- Pica
- Anorexia nervosa
- Rumiación
- TERIA

TRATAMIENTO

Depende del trastorno en particular y de tus síntomas. Por lo general: Combinación de terapia psicológica con educación sobre alimentación, supervisión médica y, algunas veces, medicamentos.

CAUSAS

Ocurren debido a una combinación de factores.

- Baja autoestima
- Sentimientos de insuficiencia o falta de control de su vida
- Depresión, ansiedad, enojo y soledad
- Relaciones personales y familiares problemáticas
- Dificultad para expresar sentimientos y emociones
- Historia de abuso físico o sexual
- Trastorno por Evitación/Restricción de Ingesta de Alimentos

FACTORES DE RIESGO

- Interiorización del ideal de belleza
- Preocupación excesiva por el peso
- Promoción de actitudes protectoras
- Predisposición genética
- Ambiente familiar desestructurado o sobreprotector.
- Ser mujer
- Ser adolescente
- Exposición a redes sociales

PREVALENCIA EN MÉXICO

Durante el último registro en el año 2019 y 2021, la diputada del Partido del Trabajo, Ana Laura Bernal Camarena, declaró que se registran un aproximado de **22 mil casos** de trastornos alimenticios de diferentes tipos en México, entre los que las mujeres son más afectadas en una escala de nueve a uno.

Los trastornos más frecuentes en México son:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia
- Trastorno de atracones

¿CÓMO PODEMOS PREVENIRLOS Y SU IMPORTANCIA?

- Psicoeducación sobre TCA
- Promover actividad física
- Favorecer la construcción de una autoestima adecuada.
- Educación sobre alimentación
- Establecer horarios de comida
- Tener una buena comunicación dentro de la familia

Es importante para que las personas tengan un mejor desarrollo.

¿NECESITAS AYUDA?

Escribenos a:

supervisionca@gmail.com
gataja7@gmail.com
psic.gabrielatapia7@gmail.com

Referencias:

Asociación Psiquiátrica de México (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Niños y Adolescentes. México: Trilium.

Asociación Psiquiátrica de México (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Niños y Adolescentes. México: Trilium.

Asociación Psiquiátrica de México (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Niños y Adolescentes. México: Trilium.

Asociación Psiquiátrica de México (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Niños y Adolescentes. México: Trilium.

Asociación Psiquiátrica de México (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de los Niños y Adolescentes. México: Trilium.

Infografía 2



CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

¿QUÉ SON?

Son aquellas manifestaciones conductuales y psicológicas erróneas ejercidas por un sujeto alrededor de la **alimentación** que conllevan un riesgo a las condiciones físicas y emocionales que posibilitan el desarrollo de un Trastorno de Conducta Alimentaria.

CARACTERÍSTICAS

- No se consideran patologías.
- Las CAR se presentan en menor frecuencia que un TCA.
- Ocurren conductas tales como:
 - Episodios de ingesta excesiva
 - Sensación de pérdida de control al comer
 - Dietas restrictivas
 - Ayunos
 - Vómito y/o uso de laxantes
 - Ejercicio físico en exceso

ETIOLOGÍA

- Motivaciones biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas a la ingesta de alimentos
- Insatisfacción de la imagen corporal
- Índice de Masa Corporal alto (>25)
- Medios másivos de comunicación que ejercen presión sociocultural entorno a los estereotipos de belleza

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO



70%



Ser mujer



Ocupación principal: estudiante



Vivir en entorno urbano

De acuerdo a un estudio realizado por Villalobos, Unikel, Hernández-Serrato, & Bojorquez (2020), hubo un incremento del 70% en la presencia de CAR en adolescentes mexicanos entre el año 2006-2018.



Nivel socioeconómico medio-alto



IMC de sobrepeso u obesidad (>25)



Tener entre 12-19 años

¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LAS CAR?

Psicoeducación entorno a TCA

Implementación de programas para prevenir la obesidad

Favorecer un autoestima adecuada

Evitar el énfasis en el peso y la figura corporal

Promoción de actividad física moderada

Referencias y biografía

1. Caldera, L., Martín del Campo, P., Caldera, J., Reynoso, O., & Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 1(1), 22-31. <https://doi.org/10.22207/Rev.2019.1.1.519>

2. Carrasco, F., Pérez, C., & Cruzat, C. (2020). Cuestionario para medir conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por exceso en adolescentes. Nutrición Hospitalaria, 37(1), 37-45. Epub 08 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02666>

3. Saucedo, T., & Unikel, C. (2019). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes de institutos de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud mental, 38(1), 11-19. Recuperado en 16 de septiembre de 2021, de http://www.scielosp.org/nvsocleip/p?script=sci_arttext&pid=S1858-32522019000100008&lng=es&tlng=es

4. Wiskulsoo, A., Unikel, C., Hernández, M., Rodríguez, T. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2005-2018. Salud Pública Mex [Internet]. 24 de noviembre de 2020. [citado 16 de septiembre de 2021];6(5), Nov-Dic 2020. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/epimetric/mv/11545>

Infografía 3

DIETAS MILAGRO Y RIESGOS EN LA SALUD

Se definen como aquellas que prometen una pérdida de peso rápida, con relativamente poco esfuerzo y sin responder a ningún fundamento nutricional. (Arnáez y Estevan, 2018, p. 3)

¿Cómo identificarlas?

- Prometen resultados rápidos o mágicos de pérdida de peso.
- Se basan en principios científicos no demostrados
- Estar prescritas/recomendadas por personas ajenas a la nutrición (sin la supervisión de un profesional).
- Exageración de los efectos científicamente demostrados de algún nutriente o alimento.
- Contienen listas de alimentos "buenos" o "malos", así como la prohibición del consumo de alguno o de un grupo de alimentos.
- Incluir testimonios "verídicos" para aumentar la credibilidad.
- Incitación a comprar preparados o alimentos específicos de quien promueve la dieta (en ocasiones), por ejemplo: sugar free, gluten free, light, suplementos, proteínas, etc.
- Están basadas en un solo estudio, o con pocas personas, y/o seguidas durante un breve período de tiempo.

Situaciones de peligro

- Efecto rebote: recuperación o aumento del peso perdido.
- Desequilibrios nutricionales: Descenso del metabolismo energético basal. Se caracteriza por un aumento de masa grasa y una pérdida de masa muscular.
- Malos hábitos alimentarios: aumento de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.
- Alteraciones perjudiciales tales como hipertensión y otras alteraciones cardiovasculares, diabetes, cálculos biliares, fallos renales, osteoporosis, estreñimiento (por falta de fibra), problemas dermatológicos, halitosis, pérdida del cabello, entre otros.
- Ansiedad, insomnio, irritabilidad y cansancio
- Efecto contraproducente: La pérdida de peso se produce a expensas de líquidos y proteínas corporales, y no a expensas de grasa, que es el objetivo principal a la hora de bajar de peso. (Casado, 2017, p. 14-15)

¡Ojo! El número en la balanza no es lo más importante

CONCENTRATE EN..... LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Método para describir de qué está compuesto el cuerpo; incluye grasa, proteínas, minerales y agua corporal.

Describe el peso de forma más precisa que el IMC.

Puede mostrar de manera precisa los cambios en masa grasa, masa músculo esquelética y porcentaje de grasa corporal.

A algunos ejemplos son:

- Dieta Dukan.. Alta en proteínas, desequilibrada y poco variada.
- Dieta Atkins..Hiperprotéica y pobre en otros nutrientes como hidratos de carbono.
- Dieta Rina.. Se dividen los alimentos por grupos y sólo se ingieren alimentos de un grupo cada día: por ejemplo, los macronutrientes, proteínas o grasa, etc.
- Dieta Scardale..Dieta restrictiva, hipocalórica e hiperprotéica.

Para que una dieta sea efectiva y además no suponga un riesgo para la salud debe cumplir con lo siguiente:

- Su seguimiento no debe suponer ningún riesgo para el paciente.
- Debe estar basada en las recomendaciones para ingestas diarias de macronutrientes (Hidratos de Carbono, proteínas y grasas).
- Tiene que ser lo más variada posible, buscando introducir la mayor cantidad de nutrientes diferentes, respetando las proporciones recomendadas.
- La pérdida de peso tiene que ser gradual, paulatina y moderada.
- Se recomienda acompañar con ejercicio físico. (Arnáez y Estevan, 2018, p. 3)

¿Dónde recurrir en caso de dudas o necesitar ayuda?

Escribenos
supervisionca@gmail.com
psic.gabrielatapia7@gmail.com
gataja7@gmail.com

Arnáez, F., y Estevan, M. (2018). Comparativa de las dietas milagro existentes en la actualidad, y sus efectos negativos sobre la salud. *Biociencias*, 13(1). <https://revistas.uaex.es/index.php/biociencia/article/download/1230/1018>

Casado, C. (2017). Dieta sana vs. Dieta milagro: eficiencia económica y nutricional. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24923/tfg_m_n1007.pdf?sequence=1

Hemison, B., y López, E. (2021). Efecto de siete dietas populares en el peso y la composición corporal en adultos: una revisión sistemática. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 20(1), 30-39. <https://respyn.uaem.mx/index.php/respyn/article/download/568/382>

Infografía 4

REDES SOCIALES, IDEAL DE LA DELGADEZ, INSATISFACCIÓN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Son conductas alimentarias poco saludables o desadaptativas, como la restricción de alimentos, los atracones y / o las purgas.

INSATISFACCIÓN CORPORAL

Surge por la preocupación y distorsión de la imagen corporal, provocando angustia emocional y psicológica. Tiene un papel importante en el desarrollo de las CAR.

IDEAL DE LA DELGADEZ

Se refiere a la popularización y normalización de ideales de belleza delgados y poco realistas como un modelo a seguir.

REDES SOCIALES

El crecimiento de los sitios de redes sociales ha aumentado la exposición a los ideales delgados y en forma. Juegan un papel vital en la formulación de lo que es atractivo en la sociedad. Se ha publicado que la red social más peligrosa es Instagram, seguida por Facebook y Twitter.

HALLAZGOS

Existe una relación entre la imagen corporal, los ideales de belleza y el uso de las redes sociales.

El ideal de delgadez produce una peor imagen corporal con tendencia a la frustración basada en una imagen corporal más robusta de lo deseado.

Esta preocupación por el cuerpo entre las mujeres jóvenes, se traduce en el uso de diferentes opciones para obtener la imagen deseada, como la dieta o alimentación, los productos de belleza y la cirugía.

Las conductas alimentarias de riesgo pueden estar condicionadas por la influencia de los ideales de belleza impuestos por el entorno social.

En las redes sociales se ha extendido mucho el ideal de la delgadez, promoviendo medidas poco saludables para alcanzarlo, incrementando la insatisfacción corporal y las CAR.

Para atención personalizada o más información escribenos a:
supervisionca@gmail.com
psic.gabrielatapia7@gmail.com
gataja7@gmail.com

REFERENCIAS

Aparicio-Martínez, P., Perea-Moreno, A., Martínez-Jiménez, M., Redel-Macias, M., Pagliari, C. y Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-16. doi:10.3390/ijerph1621477