



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Intervención grupal en línea para mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario: Un estudio piloto.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
CRUZ ROQUE LUISA DAYANIT

Directora: Dra. **Mayaro Ortega Luyando**

Dictaminadores: Dra. **Adriana Amaya Hernández**

Dra. **María Leticia Bautista Díaz**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, agosto 2022



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.

Agradecimientos

Al Grupo de Investigación en Nutrición (GIN) de la FES Iztacala, doy mi más sincero agradecimiento, por impulsar siempre este proyecto con dedicación y entusiasmo.

Este reporte de investigación fue financiado por **DGAPA PAPIIT: TA300122 e IN305123**.

Un especial agradecimiento al Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes de la FES Iztacala, coordinado por el Mtro. Aldo Azael Rojas Salazar, quien brindó las facilidades para tener acceso a la población con la que se trabajó a través de la estrategia Alimentación e Imagen Corporal.

A mi familia...

La mejor herencia es el conocimiento y la lucha constante por metas.

Agradezco a mi **mamá** que siempre confió y me acompañó en todas las decisiones que he tomado, me contagia la alegría y perseverancia para alcanzar más metas, su amor me ha inspirado para seguir escribiendo más historias donde la fortaleza se va construyendo.

A mi **papá** que siempre encontró la forma de darme las palabras acertadas en momentos de crisis y mucha fortaleza para afrontar cambios en cada etapa de mi vida, pero sin duda hizo en mí una persona trabajadora y carismática.

A **Florecita** que llegó a alegrar mi vida y me ha enseñado mucho, a disfrutar de los pequeños momentos que se presentan, su hermandad es el amor más sincero, aún recuerdo que fue mi primera alumna en pandemia, sólo tú sabes cuánto me costó tener más paciencia y de ahí gran parte de mi vida cambió.

A mi melliza **Heidi**, que siempre has sido mi compañera y me cuesta trabajo imaginar una vida sin ti, eres un ser maravilloso y ambas estamos cumpliendo con lo que algún día soñábamos y me siento muy orgullosa.

A mis amigos..

A **Mario** un gran amigo que siempre ha estado para mí y gracias a ti pude conocer a Mayarito, un momento que cambió gran parte de mi vida. Lo mucho que admiro es que siempre ves la vida de manera brillante, cuando platico contigo me contagias de tanto conocimiento y me inspiras para seguir preparándome, sin duda en ti he encontrado muchas respuestas, pero sobre todo el gusto por leer un buen libro.

Mi **Jessi**, la carrera no hubiera sido la misma sin ti, con tu amistad tan sincera y una gran fuente de inspiración porque siempre me enseñaste que nunca es tarde para hacer lo que amas y agradezco porque has estado en los eventos más importantes de mi vida, te quiero con todo mi cocoro.

A mi **Michito** de mis mejores amiguitas en la carrera, agradezco por todo el apoyo en las decisiones que he tomado y por creer en cada pasito, has construido los mejores recuerdos en mí

y estoy segura de que seguiremos logrando cada una de nuestras metas, porque como dijimos *'dejaremos una huella grande en la ciencia'* así que vamos por buen camino.

A mi **Charlito** por todo el conocimiento que me has dejado y momentos de mucha felicidad, una fuente de inspiración para cuestionar, preguntar y crear, sin duda me sigues dejando una huella de muchos colores.

Mi **Naye** eres una persona increíble, que siempre me ha mostrado su cariño, amistad, lealtad y sólo tú sabes lo mucho que me ha costado encontrar mi esencia, agradezco infinitamente por acompañarme en este camino y motivarme para lograr estar aquí.

A **Joss** la mejor roomie del universo, con risas, nuevas recetas, salidas, paciencia, me hiciste ver de otra forma el mundo y agradezco porque, aunque estemos en caminos diferentes cada una está logrando lo que antes era solo un sueño.

Alinee una gran inspiración para mí y me has contagiado ese espíritu aventurero, con risas, bromas y perseverancia, me has llenado de alegría, agradezco el día en que coincidimos y me siento feliz que vaya creciendo esta linda amistad.

A **Monsi**, una persona muy linda e inteligente que me acompañó en gran parte de este proceso y que me hace ver la vida de forma diferente, a ir siempre más allá de los libros. Tu amistad ha traído muchos colores a mi vida, gracias por todo.

A **Marbella**, una persona que siempre tiene algo para dar a todos y que desde el día en que me conoció ha impulsado mi carrera y siempre ha estado ahí para apoyarme, dar ideas, escucharme, agradezco por todo el cariño que me ha brindado.

A la **Mtra. Elisa** sin duda le debo gran parte de que hoy esté aquí, su conocimiento y palabras acertadas han sido claves para impulsarme desde los primeros semestres de la carrera, agradezco mucho como me ha hecho crecer y ver de manera diferente la psicología, sin duda su sabiduría me ha guiado hasta ahora.

A la **Dra. Xochitl** que siempre estuvo abierta para escucharme y brindarme mucho conocimiento que hoy agradezco con el alma, una gran maestra que me ha inspirado a prepararme todos los días y no dar por hecho lo que hoy se puede mejorar.

Para una linda persona...

A mi **Carlitos** mi espacio sideral, agradezco que has estado en este arduo camino y algo que he aprendido de ti es la resiliencia ante situaciones que no están en nuestras manos y eso me ha hecho disfrutar más la vida y esperar con paciencia cada logro, sin duda es maravilloso compartir muchas aventuras de arte-ciencia a tu lado.

Team GIN.

A la **Dra. Mayarito** que me dio la oportunidad de aprender mucho de este equipo, durante varios años me acompañó en mi formación y me ayudó en todo momento a no desistir. Agradezco la paciencia y disposición para resolver cada una de mis dudas y guiarme con gran sabiduría en este camino, es de las mejores maestras que me han inspirado a mejorar cada día y sobre todo a ser más resiliente en cada acontecimiento.

A la **Dra. Lety** agradezco que, con su delicada observación y análisis, siempre ha estado abierta para dar retroalimentaciones que te ayuden a mejorar como profesional, además te contagia con su alegría y pasión por la enseñanza. Es una gran persona que tiene las palabras acertadas para cada momento clave que guía tus decisiones.

A la **Dra. Adry** agradezco que me haya dejado muchos aprendizajes en los análisis de datos estadísticos y la manera de ver las cosas más objetivas que han sido punto clave para este proyecto, admiro y aprendo mucho toda tu preparación.

A **Monsi, Ángel y Ale** les agradezco mucho todo el apoyo que me han brindado durante estos años, y sin ustedes no hubiera sido posible este logro. Me llevo muchos aprendizajes de cada uno de ustedes, sobre todo la gran admiración de cómo cada uno está cumpliendo las metas que un día fueron un sueño.

Y, finalmente a...

Mi alma Mater, UNAM- FES-IZTACALA.

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.....	13
1.1 Función de la alimentación en el organismo	13
1.2 Relación de la alimentación y la psicología	14
1.2.1 Trastornos en la conducta alimentaria.....	16
1.2.2 Anorexia Nerviosa.....	16
1.2.3 Bulimia Nerviosa (BN).....	18
1.2.4 Trastorno por atracón (TPA).....	19
1.2.5 Alimentación emocional	21
CAPÍTULO II. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	23
2.1. Dieta restrictiva	24
2.2 Ayuno	24
2.3 Atracón.....	25
2.4 Vómito autoinducido.....	25
2.5 Uso de laxantes y diuréticos	26
2.6 Ejercicio excesivo	26
CAPÍTULO III. TELEPSICOLOGÍA	28
3.1 Pandemia por la COVID-19	28
3.1.1 Intervenciones basadas en evidencia de primer y segundo nivel (online)	30
3.1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	30
3.1.3 Terapia Dialéctico Conductual (TDC).....	31
3.1.4 Terapia grupal y efectividad	32
CAPÍTULO IV. TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL APLICADA A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	34
4.1 Terapia Dialéctica Conductual aplicada en los TCA (on-line)	35
4.1 Técnicas de la segunda y tercera generación aplicadas a los TCA.....	36
4.1.1 Psicoeducación	36
4.1.2 Reestructuración cognitiva.....	37
4.1.3 Autorregistro.....	38
4.1.4 Motivación para el cambio.....	38
4.1.5 Mindfulness	40
JUSTIFICACIÓN	41

OBJETIVO GENERAL	44
Objetivos específicos.....	44
HIPÓTESIS	45
MÉTODO	46
Muestreo.....	46
Diseño.....	47
Tipo de investigación.....	47
Instrumentos.....	47
Procedimiento.....	50
Análisis estadísticos.....	52
RESULTADOS	55
Análisis descriptivo:.....	55
Análisis inferencial.....	65
Índice de cambio clínico objetivo (CCO).....	67
Índice de Cambio Fiable (ICF).....	70
Índice de Cambio Clínicamente Relevante (CCR).....	74
Índice de Cambio de Kupfer.....	78
DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS	93
ANEXOS	107

Intervención grupal en línea para mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario: Un estudio piloto.

RESUMEN

Las personas que tienen insatisfacción con la imagen corporal (IC) tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas asociados a trastornos alimentarios (TA) como anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Tras las medidas de aislamiento por la pandemia (COVID-19), aumentaron los casos de TA hasta en un 57% y con ello los servicios de psicología a distancia. Se sugiere que, los programas de intervención en este campo de estudio sean basados en evidencia, de ahí que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia dialéctica conductual (TDC) han sido mayormente empleadas a nivel individual como grupal, no obstante, aún se tiene poca evidencia empírica que respalde la efectividad de la TDC a distancia. Por tanto, el objetivo de esta tesis fue evaluar el efecto de un programa de intervención desde la TDC en modalidad grupal y en línea en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario a través de un estudio piloto. El diseño fue pretest y postest sin grupo control. La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 57 participantes de entre 18 a 47 años. El programa constó de 10 sesiones y se realizaron evaluaciones en el pretest, postest y un seguimiento a seis meses. Se encontraron diferencias significativas de pretest a postest en las variables de sintomatología de AN ($p= 0.28$), BN ($p=0.004$) e IC ($p= 0.21$), pero no en la fase de seguimiento. El cálculo del Índice de cambio de Kupfer se realizó únicamente en las participantes que contestaron las tres etapas de evaluación. La mayoría mostró recuperación del pretest al postest: BN (6- 75%), AN (6- 75%) e IC (5- 62.5%). Se concluye que el programa de intervención basado en la TDC contribuyó a disminuir los síntomas de TCA.

Palabras clave: Sintomatología de trastorno alimentario; terapia dialéctica conductual; telepsicología; aceptación corporal

ONLINE GROUP INTERVENTION FOR WOMEN WITH DISORDERED EATING BEHAVIORS: A PILOT STUDY

ABSTRACT

People who have dissatisfaction with body image (DBI) are more likely to develop symptoms associated with eating disorders (ED) such as anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). Based on the isolation measures due to the pandemic (COVID-19), cases of ED increased by up to 57% and therefore remote psychology services. It is suggested that intervention programs in this field must be evidence-based, hence cognitive-behavioral therapy (CBT) and dialectical behavioral therapy (DBT) have been mostly used at individual and group approaches, however, there is still little empirical evidence to support the effectiveness of DBT online. Therefore, the objective of this thesis was to evaluate the effect of an intervention program from DBT in group and online mode in women with disordered eating through a pilot study. The design was pretest and posttest without a control group. The sample was non-probabilistic and intentional, consisting of 57 participants between 18 and 47 years old. The program consisted of 10 sessions and evaluations were the pretest, posttest and a six-month follow-up. Significant differences were found from pretest to posttest in the variables of AN symptomatology ($p = 0.28$), BN ($p = 0.004$) and DBI ($p = 0.21$), but not in the follow-up phase. The calculation of the Kupfer Change Index was carried out only in the participants who answered the three stages of evaluation. The majority showed recovery from the pretest to the posttest: BN (6-75%), AN (6-75%) and BDI (5-62.5%). It is concluded that the intervention program based on DBT contributed to reducing the symptoms of TCA.

Keywords: Eating disorder symptoms; dialectical behavioral therapy; telepsychology; body acceptance

INTRODUCCIÓN

El comportamiento alimentario comprende los hábitos, la selección y preferencia que se establece en la ingesta. Desde la psicología se puede estudiar el comportamiento alimentario de las personas mediante la frecuencia y cantidad del consumo de alimento, la presencia o ausencia, duración de cada comida, búsqueda y selección. Estas medidas arrojan datos cuantitativos que permiten identificar si se está presentando alguna conducta alimentaria de riesgo (CAR) mismas que podrían desencadenar en algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA), los cuales podrían ser mantenidos por variables sociales y culturales (Torres et al., 2022).

Los TCA en México están relacionados con estilos de vida poco saludables y una fuerte influencia mediática que promueve la delgadez como ideal de belleza. Una inconsistencia entre mensajes, ya que por un lado los ideales corporales delgados se glorifican y por otro lado hay un consumo excesivo de alimentos hipercalóricos. La publicidad puede influir principalmente en jóvenes, quienes relacionan la delgadez como símbolo de éxito, popularidad y atracción, por lo que, las personas recurren a conductas desadaptativas (uso de laxantes, anfetaminas, vómitos autoinducidos, restricción alimentaria, etc.) que tienen como propósito bajar de peso y “encajar” en los cánones de belleza dictados por la sociedad. Derivado de estas conductas alimentarias de riesgo, se pueden desencadenar diferentes TCA cómo son la bulimia nerviosa (BN), anorexia nerviosa (AN) y trastorno por atracón (TPA). En un estudio epidemiológico realizado por Benjet et al. (2012) en una muestra (derivada de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente), de 3005 adolescentes de 12 a 17 años residentes de México, se encontró que la AN es la que tiene menor prevalencia con un 0.5%. Para BN el 1.0% de la población cumple con los criterios, y finalmente para TPA el 1.4% (siendo más frecuente en mujeres que en hombres). Otra

aportación de este estudio epidemiológico es que los TCA normalmente están acompañados de comorbilidades psiquiátricas como son la ideación suicida que se presenta en personas con AN hasta en un 40%, mientras que en personas con BN trasciende la ideación al intento de suicidio (autolesiones y sobredosis medicamentosas), poniéndolas en riesgo de perder la vida hasta en un 16.8% en contraste con aquellas personas sin un TCA (3%). Asimismo, la Secretaría de Salud en México (2017), reportó que se registran por año más de 20 mil casos de AN y BN, principalmente en mujeres de 15 a 19 años de edad. Estos datos indican que los TCA van en aumento.

Por otro lado, en el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta por la COVID-19 (pandemia a nivel mundial) en la que se tomaron medidas de aislamiento, esto último generó cambios abruptos en los estilos de vida de la población, ya que se cerraron espacios sociales (centros de trabajo, parques, escuelas, mercados, centros comerciales, etc.) y culturales (museos, estadios, auditorios, cines, etc.). Asimismo, el confinamiento disminuyó drásticamente la actividad física y aumentaron las preocupaciones tanto por la salud mental como la física, elevando sintomatología de ansiedad, depresión y estrés en la población general (Vázquez et al., 2020). En una revisión sistemática realizada por Rami et al., (2022) se tuvo por objetivo medir los efectos de la pandemia en la salud mental y en un total de 13 artículos se encontró que, durante la pandemia, hubo un aumento significativo (57%) en la prevalencia de los TCA.

Por tanto, tras el confinamiento y el aumento de casos de TCA y sus comorbilidades psiquiátricas, se han sugerido intervenciones psicoterapéuticas a distancia para llegar a diferentes puntos de la República Mexicana. La telepsicología, por ejemplo, ha tenido un papel importante durante la pandemia y diversos autores (Cabas-Hoyos, 2020; Ramos et al., 2017; Rodríguez et

al., 2019), han propuesto que se aprovechen los medios de comunicación para poder brindar servicios de psicología por medio de videoconferencias o llamadas, siempre y cuando se respeten los lineamientos éticos para que tanto el terapeuta como los pacientes se sientan en un espacio seguro donde puedan expresar sus problemáticas con la menor cantidad de distractores. Una de las principales ventajas de llevar un proceso terapéutico a distancia, es que se reducen las barreras de accesibilidad optimizando tiempos de traslado y recursos económicos. Además, de acuerdo con investigaciones realizadas (Cárdenas et al., 2014; Escudero et al., 2018) las intervenciones a distancia han tenido un impacto significativo en cuanto a la disminución de sintomatología de los TCA y sus comorbilidades como estrés y ansiedad, manteniendo a mediano plazo los cambios posteriores a la intervención.

Estudios como los de Vignolo et al., (2011), Ruíz et al., (2012), y Pretorius et al., (2009), han sugerido que las intervenciones sean basadas en evidencia con el fin de sustentar con resultados medibles y cuantificables. De ahí que una de las intervenciones mayormente empleadas para el tratamiento de los TCA y sus comorbilidades es la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual trabaja con las emociones, conductas, pensamientos y sensaciones fisiológicas. Este modelo terapéutico ha mostrado resultados que se mantienen después de tres y seis meses de la aplicación en programas grupales a distancia. Además, se han estudiado otras causas de la sintomatología de los TCA y una de ellas es el factor social, el cual está vinculado al ambiente en el que se desenvuelve la persona. A partir de esto, las intervenciones de la tercera generación como la Terapia Dialéctico Conductual (TDC), además de abordar los principios de la TCC también considera el contexto inefectivo e invalidante en el que se encuentra situada la persona y el desequilibrio emocional basado en la teoría biosocial. Estudios como los de Soler et al., (2016) y Van Spijker et al., (2014) han mostrado una disminución significativa en la

sintomatología de los TCA a través de intervenciones en línea bajo el modelo de la TDC, en conjunto con técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, autorregistro y mindfulness, ayudan a una mejor adherencia al tratamiento y mantenimiento de los cambios.

Finalmente, es importante mencionar que la TDC aplicada de manera remota como método de prevención para los TCA aún cuenta con poca evidencia que sustente su efectividad después de la intervención y en un seguimiento a corto plazo.

Por tanto, el objetivo principal de esta tesis fue evaluar el efecto de una intervención grupal en línea bajo el modelo de la TDC en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario. Un estudio piloto.

CAPÍTULO I. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

1.1 Función de la alimentación en el organismo

La conducta alimentaria desde una visión biológica, de acuerdo con López y colaboradores (2021) hace alusión a la ingesta de alimentos por parte del individuo, resultado de procesos orgánicos derivados del ciclo de hambre-saciedad, es decir, los individuos tienen un control fisiológico en cuanto a la ingesta de alimentos gracias al sistema sensorial interoceptivo, el cual se encarga de regular los ciclos del apetito-saciedad (fundamentales para la nutrición del organismo), por las regiones víscera-sensoriales que permiten la comunicación entre el tronco encefalo, tálamo y la corteza cerebral, regulando el intercambio de azúcares y producción de hormonas como la colecistocinina que aumenta o disminuye la saciedad al momento de comer.

El comportamiento alimentario no es sinónimo de nutrición, de acuerdo con Corio y Arbonés (2009) la nutrición es un proceso fisiológico donde el organismo deglute, absorbe y aprovecha las sustancias alimenticias para la función y regulación del cuerpo humano, como el crecimiento, la energía para la realización de actividades físicas (correr, caminar, nadar, etc.) y el mantenimiento del organismo. Con respecto al comportamiento alimentario, este es un proceso voluntario, es decir, va más allá de lo fisiológico, ya que a partir de la ingesta de alimentos, el individuo es el que va a elegir qué consumir en su dieta, de acuerdo a su cultura, zona geográfica, gustos, hábitos, necesidades y disponibilidad económica.

La importancia de que un individuo se alimente, va más allá de la esfera biológica, de acuerdo con López (2018), el comportamiento alimentario también comprende los hábitos, la selección y preferencia que se establece antes y durante la ingesta, es decir, el individuo es el que toma la decisión en cuanto a su alimentación, considerando sus gustos y cultura. Además tanto el

factor social como el emocional tienen un papel importante en la toma de decisiones en cuanto al aumento o disminución de la cantidad de alimento que se consume. Ejemplo de ello es cuando el individuo ignora las señales fisiológicas (como la sensación de sentirse lleno) con el objetivo de regularse emocionalmente a través del alimento, o bien cuando una persona ignora las señales de hambre porque desea perder peso para acercarse al ideal estético corporal. El ignorar sistemáticamente las sensaciones fisiológicas que regulan el ciclo (hambre-saciedad) puede llevar a un desequilibrio en el sistema interoceptivo, lo que genera problemáticas a nivel metabólico y físico (Miranda, 2012).

1.2 Relación de la alimentación y la psicología

La alimentación adquiere significados que van más allá de la nutrición, es decir, el alimento funge como reconocimiento de premios o castigos, estatus y medio de socialización, etc. Por ejemplo, desde la edad media se reservaban solo las frutas para la nobleza y hasta nuestros tiempos el contar con grandes cantidades de alimentos es un signo de estabilidad económica. Asimismo, la comida es un punto clave para reuniones sociales, por ejemplo en una investigación de corte cualitativo realizada por Ochoa (2013), se encontró que el refresco (en la comunidad de Ajusco, Estado de México), es el principal motivo para comer en familia y entre las expresiones se retoma lo siguiente: *'sin refresco no hay comida'* dando alusión a que cada comida debe tener su gaseosa para poder ser bien recibido en una fiesta o reunión cotidiana. Además, esta bebida ha sido adaptada de acuerdo con los gustos de cada población, por ejemplo, en México el refresco tiene más cantidad de azúcar que en Francia.

Como se afirmó arriba, la alimentación contribuye a una significación social y cultural, sin embargo, desde la psicología, se añade que la comida funge como eje central para el

aprendizaje de normas sociales que le permitirán al individuo moldear su comportamiento, emociones y pensamientos en determinados espacios: familia, escuela, trabajo, etc. Es decir, de acuerdo con la frecuencia en que se le premie o castigue por el consumo de ciertos alimentos que no estén dentro de las normas sociales (dentro de su entorno cultural), el individuo al tratar de cumplir con los estándares de la sociedad (en cuanto a la alimentación) va a tener altas probabilidades de presentar conductas alimentarias de riesgo (Milena, 2010).

Dentro de la evidencia empírica en un estudio realizado por Franco et al., (2011) se trabajó con 30 mujeres ($M_{EDAD} = 19.77$; $D.E. = 3.62$) diagnosticadas con BN y 35 mujeres ($M_{EDAD} = 17.37$; $D.E. = 2.14$) con un Trastorno Alimentario no Especificado (TANE) residentes de la ciudad de México. El objetivo principal de este estudio fue comprobar si la influencia sociocultural estaba relacionada con el desarrollo de BN y TANE. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 40), Test de Bulimia Nerviosa (BULIT), Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F), Insatisfacción con la Imagen Corporal (BSQ-34), Cuestionario de Influencias Socioculturales del Modelo Estético Corporal (CIMEC) y Diagnóstico de los Trastornos de la Alimentación (IDED). Donde se analizaron los componentes de perfeccionismo, insatisfacción corporal e influencia sociocultural del modelo de delgadez y se encontró que el 41% de mujeres con diagnóstico de BN tiene alta exigencia en el establecimiento de metas derivada a la influencia sociocultural y en el caso de las mujeres con TANE la preocupación por alta exigencia, explicó el 15% de la influencia sociocultural. Por tanto, los valores culturales, creencias y constructos de belleza simbolizan un papel muy importante en las conductas hacia la comida, por ejemplo en los países occidentales, valores como la autoconfianza e individualidad son virtudes básicas con las que debe contar la población, de ahí que se ha asociado la delgadez con el ideal de una mujer bella, inteligente y exitosa, llevando a

una presión social en cuanto al señalamiento por la ‘gordura’ para aquellas personas que no cumplen con los estándares de belleza. Asimismo, la preocupación por subir de peso, restricción alimentaria y uso de laxantes, aumentan el riesgo de desarrollar algún Trastorno en la Conducta Alimentaria (TCA) cómo Anorexia Nerviosa (AN) o Bulimia Nerviosa (BN).

1.2.1 Trastornos en la conducta alimentaria

Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA) tienen alta probabilidad de presentarse en la adolescencia y etapa joven adulta (10 a 19 años). Tan solo en México, al año se presentan más de 20 mil casos de Bulimia y Anorexia (Secretaría de Salud, 2017). La causalidad de los TCA es multifactorial, ya que se abordan factores genéticos, biológicos, sociales y ambientales. Asimismo, el estudio y tratamiento para los TCA es a nivel multisistémico, ya que se afectan todas las partes del organismo del individuo por la restricción o sobre ingesta de alimentos.

A partir de la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) incorporaron los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria que antes eran exclusivos de la infancia y adolescencia, por lo que la definición no solo habla de los cambios en el comportamiento alimentario sino de la absorción de los alimentos a cualquier edad, causando un deterioro físico y psicosocial. No obstante, en este escrito solo se retomará Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón (Vázquez et al., 2015).

1.2.2 Anorexia Nerviosa

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

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa

corporal (IMC) actual: Leve ≥ 17 kg/m², Moderado 16-16.99 kg/m², Grave 15-15.99 kg/m² y Extremo < 15 kg/m², o en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

1.2.3 Bulimia Nerviosa (BN)

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

1.2.4 Trastorno por atracón (TPA)

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia

Especificar si: En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Leve: 1–3 atracones a la semana. Moderado: 4–7 atracones a la semana. Grave: 8–13 atracones a la semana. Extremo: 14 o más atracones a la semana.

1.2.5 Alimentación emocional

Las emociones tienen un papel fundamental en cada persona, pues le permiten pensar, crear sentir y actuar de determinada forma. A nivel fisiológico, los individuos tienen seis emociones básicas: alegría, tristeza, sorpresa, desagrado, miedo e ira, aunque son de corta duración tienen gran relevancia en cuanto a la toma de decisiones. A nivel social, las emociones tienden a ser de carácter complejo, es decir, ya se le dan otras connotaciones de acuerdo con la cultura, por ejemplo, de la emoción básica miedo, se pueden desplegar otras emociones (complejas) como son: culpable, abandonado, vacío, aburrido, apático, indiferente, victimizado, etc., que tienden a quedarse más tiempo en la persona por los pensamientos que generan. Es por ello, que si la comida es el principal regulador de las emociones o mecanismo de afrontamiento ante situaciones desagradables (p. ej. pérdida de trabajo, bullying, muerte de un ser amado, discusiones, etc.), se trata de una alimentación emocional, es decir, comer en respuesta a las emociones tanto desagradables (enojo, preocupación, culpabilidad, inseguridad, etc.) como agradables (interesado, euforia, alegría, seguro, orgulloso, etc.) que van más allá de un hambre

fisiológica. En una investigación realizada por Barcia et al., (2019) se encontró que 22% de los universitarios (sexo masculino), comen en respuesta a su estado de depresión y el 26% (sexo femenino) deja de alimentarse al estar deprimidas, cabe resaltar que al consumir los alimentos lo hacen de manera compulsiva. Por tanto, lo anterior puede ser una problemática ya que al no comprender que los alimentos traen bienestar temporal se pueden repetir estos ciclos hasta desencadenar una enfermedad o un trastorno en la conducta alimentaria.

CAPÍTULO II. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), incluyen un conjunto de conductas desadaptativas, que son peligrosas para la salud física y mental de la persona. Principalmente las CAR se derivan de la insatisfacción con la imagen corporal, la cual se define como la percepción y evaluación negativa que tiene la persona sobre la forma, talla y peso de su cuerpo, (Nápoles, et al., 2022). Principalmente, las mujeres presentan una mayor insatisfacción corporal y desean tener un cuerpo delgado, ya que se encuentran expuestas a un entorno familiar y social invalidante (entre pares) comparándolas con los estereotipos de belleza (Amaya, et al., 2010).

Datos estadísticos en México arrojan que las CAR comienzan desde la adolescencia y tienen un mayor auge en la etapa joven adulta con consecuencias a largo plazo a nivel fisiológico y psicosocial. Evidencia de esto es el trabajo de Villalobos y colaboradores (2020), quienes tras la recopilación de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en adolescentes mexicanos entre 2006 y 2018 encontraron que, en el transcurso de 12 años, los atracones, el uso de laxantes, dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómito autoinducido, ayunos prolongados y las autolesiones, han aumentado de 12.1% a 21.9%. Por tanto, estas conductas disfuncionales al mantenerse por meses o inclusive años, pueden derivar en lo siguiente:

Nivel fisiológico: a) desnutrición; b) lesiones en el cuerpo (ruptura de huesos); c) alteraciones en el metabolismo (gastritis, síndrome del colon irritable, anemia, etc.); d) problemas de fertilidad o riesgo de aborto;

Nivel psicosocial: a) aislamiento; b) sensación de fracaso; c) ansiedad; d) depresión; e) baja autoestima (Altamarindo et al., 2011).

Es por ello, que en las intervenciones clínicas se sugiere recoger información relacionada con la duración, frecuencia y mantenimiento de las CAR, tomando en cuenta características de la naturaleza de cada conducta. A continuación, se hará una definición conceptual de cada una de las CAR.

2.1. Dieta restrictiva

Consta de la reducción (voluntaria) total o parcial de un grupo específico de alimentos como: proteínas, carbohidratos y lípidos. Esta limitación en cuanto a lo que se come, tiene como principal objetivo bajar de peso en poco tiempo para modificar la forma, tamaño y peso del cuerpo (Blanco et al., 2021). Sin embargo, estas conductas tienen consecuencias a largo plazo. A nivel fisiológico, la ganancia de peso, obesidad abdominal e hipertensión arterial. A nivel psicológico, aumenta el malestar emocional, aislamiento social en cenas familiares, cumpleaños o eventos tipo buffet: uso excesivo de la báscula y prendas de ropa para comprobar que han reducido tallas.

2.2 Ayuno

Es la restricción de alimentos líquidos y sólidos, durante largos periodos de tiempo entre el desayuno, comida y cena. Esta abstinencia tiene como principal objetivo bajar de peso en poco tiempo, sin embargo, las consecuencias a largo plazo pueden derivar problemas en la salud física como úlceras, síndrome del colon irritable, infecciones en el hígado, entre otras. Asimismo, la salud mental puede verse afectada ya que la restricción provoca distorsiones cognitivas de tipo catastrófico, pensamiento dicotómico y comparación con ideales de belleza poco realistas (Torres et al., 2022).

2.3 Atracón

Es la pérdida de control total o parcial durante la ingesta de alimentos (en su mayoría con alto contenido hipercalórico). La persona ingurgita la comida sin masticar, en grandes cantidades y casi siempre en lugares aislados, lo cual da un placer inmediato, aunque la persona coma sin hambre. No obstante, la ingesta compulsiva tiene consecuencias negativas para la salud física, ya que se desestabiliza el sistema interoceptivo, incrementa el nivel de glucosa en sangre por la reserva de adiposa y hay mayor predisposición a desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa como diabetes u obesidad. A nivel psicológico, la persona comenzará con sentimientos de culpa y avergonzamiento, baja autoestima, preocupación por subir de peso e insatisfacción con su imagen corporal (Escandón y Garrido, 2020)

2.4 Vómito autoinducido

La persona al ingerir alimentos los regurgita mediante la estimulación del paladar y presión abdominal para la inducción del reflejo de arcada, lo cual a largo plazo tiene consecuencias a nivel físico, ya que el cuerpo pierde gran cantidad de minerales, además la mucosa gástrica se lesiona causando úlceras en esófago y garganta. Con el tiempo las personas no toleran el olor y sabor de los alimentos (reflejo del mismo organismo) causando descompensación como: desmayos, problemas dentales, signo de Russell, sangrado y ampollas en boca garganta. A nivel psicológico la persona al estar expuesta a una sobre estimulación de la ingesta se aísla para evitar los alimentos, no disfruta de lo que come y está en constante sentimientos tanto de culpa como desesperación ya que el vomitar se convierte en una respuesta refleja.

2.5 Uso de laxantes y diuréticos

Son medicamentos autoinducidos que aceleran tanto el proceso digestivo como renal para defecar y orinar de forma inmediata, lo cual hace que las personas expulsen del cuerpo los nutrientes y electrolitos necesarios para mantener al cuerpo en homeostasis. Si estas conductas se mantienen, a largo plazo, la persona puede tener altos grados de deshidratación por las diarreas o estreñimiento, además de dolores estomacales (Contreras et al., 2015). A nivel psicológico la persona se alejará de sus redes de apoyo y verá como la opción más inmediata y efectiva el uso de laxantes. Sus emociones como la irritabilidad y el disgusto estarán muy expuestas por efectos secundarios.

2.6 Ejercicio excesivo

Es una actividad física no regulada (se practica por largas horas al día) que tiene como principal objetivo reducir tallas y modificar la imagen corporal, con la finalidad de encajar en un estándar social. Esta actividad físico deportiva a largo plazo puede ocasionar lesiones en el cuerpo como esguinces o fracturas. Además, por la alta producción de lactato sin recuperación se está más expuesto a alguna enfermedad como rabdomiólisis (ruptura del tejido muscular), insuficiencia renal, infartos y anemia. A nivel psicológico, la persona puede presentar agotamiento emocional, daño en su autoestima, tendencia al perfeccionismo, compulsión y obsesión (Hernández y León, 2012).

Finalmente, es importante señalar que las CAR tienen en común el bajar de peso de forma inmediata (acompañadas de una satisfacción automática, pero a largo plazo se generan sentimientos de culpa y vergüenza; a nivel físico puede causar daños irreversibles) y son empleadas con regularidad por mujeres desde la adolescencia hasta la edad adulta. En una investigación realizada por Berengüí, et al., (2016) en la Región de Murcia, España, la muestra

se compuso por 264 adultos, 148 de mujeres (56.1%) y 116 hombres (43.9%), con un rango de edad de 18 a 39 años. A través de un cuestionario realizado ex profeso en el que se evaluaba si en los últimos 6 meses se había llevado a cabo alguna CAR (vómitos, atracones, uso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo) con el objetivo de perder peso, se encontró que 31.6% de la muestra practicaba al menos una CAR, el 35.23% dos CAR y el 6.82% realizaron de 3 a 4 CAR. Un dato relevante es que las puntuaciones resultaron superiores en la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y autoestima, lo cual representa un riesgo para desarrollar un TCA.

CAPÍTULO III. TELEPSICOLOGÍA

3.1 Pandemia por la COVID-19

El virus SARS-CoV-2 (SARS por sus siglas en inglés) denominado así por el Comité Internacional de Taxonomía en Virus, pertenece a una clasificación de coronavirus y la sintomatología principal es: fiebre alta, tos seca, dolor de cabeza y dificultad para respirar. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) la COVID-19 sería causada por la infección de SARS-CoV-2, las manifestaciones clínicas varían de acuerdo con la edad, la carga viral, estilos de vida y el estado inmunológico del paciente. Además, se han reportado manifestaciones neuropsiquiátricas con síntomas depresivos, ansiedad, insomnio, irritabilidad, miedo, estrés postraumático, del mismo modo, existen también alteraciones en la conducta alimentaria que pueden afectar a la población, considerando a los adolescentes y adultos jóvenes con mayor riesgo, siendo la anorexia nerviosa predominante.

La implementación de las tecnologías de la información y de la telecomunicación han permitido la expansión de los servicios de psicología en diferentes puntos geográficos, mediante el uso de dispositivos móviles, ordenadores personales, videoconferencias, redes sociales, etc. Por tanto, la telepsicología representa el avance y adaptación a las necesidades de la población ante los cambios continuos por la tecnología. Sin embargo, para los profesionales de la psicología, la implementación de programas de intervención y consultas a distancia suponen un reto continuo, ya que pueden surgir problemáticas relacionadas con: la privacidad entre consultas, veracidad de datos en la aplicación de instrumentos y la calidad técnica. Para ello, se sugiere que la atención en telepsicología cumpla con los estándares éticos desde la evaluación hasta el seguimiento (Ramos et al., 2017).

La telepsicología requiere privacidad en cuanto al uso de datos de los clientes, pacientes, usuarios, etc., ya que no se está exento de algún riesgo en la red como: el robo de identidad o ciberacoso. Para ello, Rodríguez et al., (2019) mencionan que, al momento de brindar un servicio psicológico a distancia, se debe almacenar con cuidado la información del cliente, contar con copias de seguridad, transferir la información de forma segura y eliminarla del disco duro cuando ya no se use, como es el caso de las evaluaciones diagnósticas.

En una revisión sistemática sobre la intervención en telepsicología realizada por Cabas-Hoyos (2020), de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron ($n = 15$ de $n = 86$) estudios para su revisión donde la mayoría de los participantes fueron mujeres de 18 a 92 años de edad. Se encontró, que las intervenciones de videoconferencia en países como España, Canadá, Australia y Estados Unidos fueron tan efectivas como las intervenciones presenciales, desde la evaluación hasta el tratamiento neuropsicológico.

En los estudios donde se hizo un pretratamiento y postratamiento (España y Estados Unidos) la intervención mediante la videoconferencia redujo clínicamente significativa las sintomatologías de trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de depresión mayor. Ejemplo de ello es el estudio realizado por Escudero et al. (2018), que tras 36 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual (por videoconferencia) en un paciente de 30 años de edad con TOC, se tuvo como resultado que el porcentaje de datos no solapados fue del 100% lo que se traduce como un tratamiento efectivo, además de reducir 10 puntos en el postest de los instrumentos que evaluaron depresión (BDI-II) y ansiedad (BAI), asimismo, como dato cualitativo el paciente refirió tener un mayor bienestar a nivel familiar, lúdico y social.

Finalmente las intervenciones validadas para población Mexicana vía internet para el trastorno de ansiedad social y fobias (sincrónica/asincrónica) mostraron efectividad, en un

estudio que realizó Cárdenas et al. (2014), los resultados indicaron cambios significativos al reducir las medidas de indicadores fóbicos y clínicos en los grupos de tratamiento autoaplicado, $d = 2.53$ (Miedo a la evaluación negativa: M pretratamiento = 45.0 y M postratamiento = 33.2; Evitación y malestar social: M pretratamiento = 21.5 y M postratamiento = 8.9; Cuestionario de miedo a hablar en público: M pretratamiento = 116.4 y M postratamiento = 120.9; Inventario de ansiedad-rasgo: M pretratamiento = 49.60 y M postratamiento = 30.8; Inventario de ansiedad-estado: M pretratamiento = 44.6 y M postratamiento = 28.1; e Inventario de depresión de Beck: M pretratamiento = 9.3 y M postratamiento = 3.6) después de la aplicación del programa ‘Háblame’ en un grupo de 13 participantes.

Por tanto, a partir de esta revisión sistemática, la telepsicología tiene un área de oportunidad con el avance de la tecnología, reduciendo las barreras de accesibilidad a un tratamiento psicológico en distintos países.

3.1.1 Intervenciones basadas en evidencia de primer y segundo nivel (online)

3.1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) nace en los años 50's a partir del desarrollo científico de la psicología retomando principios básicos del conductismo. A partir de los años 70's (que fue la segunda generación), Bandura siendo uno de los principales representantes estableció los principios del aprendizaje y posteriormente se desarrolló un enfoque centrado en lo cognitivo clasificándose en: técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de situación y las técnicas de solución de problemas. El objetivo de la intervención TCC es el cambio conductual, cognitivo y emocional, en determinantes actuales del comportamiento, es decir, se centra en problemáticas del aquí y el ahora, donde sólo se retoman factores históricos que tengan que ver con el padecimiento actual (Ruíz, et al, 2012).

Dentro de la evidencia empírica se han reportado cambios significativos después de un tratamiento C-C en cuanto a la reducción de la sintomatología del estrés, la ansiedad, depresión, etc., no obstante, con el paso del tiempo y el avance de la tecnología han surgido nuevas necesidades en la población en cuanto a su salud mental, de ahí que las intervenciones psicológicas se han adaptado a modalidad en línea, lo que da pie a que más personas puedan acceder a un tratamiento psicológico desde el lugar donde se encuentren.

En una investigación realizada por Pretorius et al., (2009), se evaluó la efectividad de un programa cognitivo-conductual on-line en 101 adolescentes con sintomatología bulímica y se tuvo como resultado que después de tres y seis meses de la aplicación del programa se mantuvieron los cambios en cuanto a la reducción de síntomas de su trastorno alimentario, además de que las opiniones por parte de los participantes fueron positivas en cuanto a su cambio. Por tanto, la intervención C-C en una modalidad en línea puede indicar mejoras en cuanto al tratamiento de sintomatologías relacionadas a las conductas alimentarias, tomando en cuenta las limitaciones en cuanto a la conexión a las sesiones virtuales.

3.1.3 Terapia Dialéctico Conductual (TDC)

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) fue desarrollada por Marsha M. Linehan en la década de los 70's y su equipo de trabajo en la universidad de Washington, para el tratamiento oportuno del trastorno límite de la personalidad (TLP). Sus bases de la TDC se centran en el cambio y la aceptación, es decir, se considera al pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas como puntos clave en las problemáticas que puede presentar una persona con TLP. Es por ello, que la TDC se sustenta de la teoría biosocial (factores biológicos y sociales), ya que toma en cuenta que un desequilibrio emocional puede ser causado por una vulnerabilidad emocional y un contexto invalidante en el que una persona con TLP puede estar

expuesta. Asimismo, la TDC se apoya de las estrategias cognitivas conductuales clásicas, como son: modificación cognitiva, formación de habilidades, solución de problemas, etc., y se han integrado estrategias psicológicas orientales y espirituales como la atención plena (Ruíz et al., 2012).

Aunque los primeros estudios se centraron en emplear la TDC para el tratamiento del TLP, en una investigación realizada por Soler et al., (2016) se encontró que la TDC ha sido eficaz para el tratamiento de distintos trastornos, por ejemplo: trastorno por abuso de sustancias reduciéndolo en un 87%, trastornos alimentarios reduciéndose en un 64% y los trastornos de ansiedad reduciéndose en un 47%.

Por su efectividad, la TDC puede ser empleada para programas de intervención que acoten temas distintos al TLP no sólo en una modalidad presencial, sino también en modalidades on-line (pese a la poca evidencia registrada), por ejemplo en una investigación realizada por Van Spijker et al., (2014) se resalta la necesidad de hacer propuestas de intervención en línea para aquellas personas que por cuestiones de índole personal les imposibilite la asistencia presencial, de ahí que su intervención de dichos autores fue en una modalidad on-line basada en la TDC en 236 pacientes con ideación suicida, obteniendo resultados favorables después de la intervención en el grupo control, ya que se redujeron los pensamientos suicidas y los síntomas depresivos (aunque el efecto no fue significativo).

3.1.4 Terapia grupal y efectividad

La Terapia grupal desde el modelo Cognitivo- Conductual (T-C-C), tiene por objetivo ser un espacio interactivo y dinámico para que los usuarios expresen sus pensamientos, emociones y conductas, desde un abordaje directivo, es por ello que el papel del terapeuta se centra en promover la participación activa por parte de los usuarios, la psicoeducación, revisar las tareas,

modelar y moldear las técnicas empleadas. Por otro lado, los grupos se conforman de 4 a 6 integrantes (suelen ser grupos reducidos) y tanto el diseño como la duración de las sesiones de intervención depende de la problemática a abordar, que puede ir de 8 a 16 sesiones, una por semana (Pérez y Fernández, 2002).

En un estudio realizado por Marguerita et al., (2021) se tuvo como objetivo explorar si una intervención grupal breve C-C reducía el nivel de perfeccionismo en 42 adultos con anorexia nerviosa en un entorno hospitalario, para ello se formaron grupos de cuatro a siete pacientes, donde sólo 21 participantes llegaron al final de la intervención esto debido a que el 25% se dio de baja del servicio, el 16.7% no asistió por vacaciones temporales y el otro 8.3% no llenó los cuestionarios del pretest, sin embargo, esta intervención grupal tuvo como resultado un cambio significativo de efecto moderado al reducir las puntuaciones del posttest (Escala de perfeccionismo multidimensional de Frost, FMPS) en el perfeccionismo general, la preocupación por los errores y las dimensiones de los estándares personales. Además de las mejoras autoinformadas por parte de las pacientes, encontrando un entorno grupal beneficioso al poder compartir las experiencias con sus demás compañeros.

CAPÍTULO IV. TERAPIA DIALECTICO CONDUCTUAL APLICADA A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Como se ha dicho, la TDC se centra en el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad y entre los principales objetivos está la regulación de emociones intensas y sus consecuencias negativas como: las autolesiones y decisiones impulsivas.

En cuanto al tratamiento en formato grupal de los TCA desde la TDC se abordan conductas desadaptativas como: los atracones y las purgas. La estructura de terapia grupal se compone de las siguientes características: sesiones semanales de dos horas y media, con seis meses a un año de duración; los grupos se componen a partir de seis pacientes hasta un máximo de 10 y mínimo dos terapeutas.

En la estructura grupal, se modelan y moldean las siguientes habilidades: *de atención plena o mindfulness*, es la principal en enseñarse ya que posibilita el aprendizaje de las demás habilidades; *de tolerancia y malestar*, es ideal para la extinción de conductas alimentarias desadaptativas; *de regulación emocional*, su núcleo principal son las emociones y su reconocimiento en acontecimientos personales; y de eficacia interpersonal, se centra en que las personas con TLP adquieran habilidades de comunicación asertiva y aplicar lo aprendido a escenarios de su contexto (Ruiz et al., 2012). Es importante, que las personas con TLP tengan la oportunidad de desarrollar las habilidades anteriormente mencionadas en un formato grupal ya que se permite el intercambio de ideas entre pares, además los resultados por sesión se deben monitorear con autorregistros de las tareas proporcionadas por los terapeutas.

En un estudio realizado por Navarro et al., (2018) sobre la TDC en el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad y la comorbilidad de trastornos alimentarios, se encontró que

en 71 de las 118 participantes ($M_{EDAD}=27.37$; $D.E. = 8.75$) disminuyeron los comportamientos disfuncionales utilizados para regular las emociones como: el abuso de sustancias, gasto impulsivo de dinero, sexo sin protección, lesiones autolesivas (cortarse, morderse y pegarse), atracones, conductas purgativas, restricción y síntomas depresivos.

En otra investigación realizada por Klein et al., (2012) se hizo una intervención en un grupo de 10 participantes desde la TDC, la cual fue adaptada para tratar el trastorno por atracón en una clínica de práctica y los resultados al término del tratamiento fueron favorables ya que se mostraron puntuaciones significativas en: la conciencia interoceptiva (tx inicio 3.40, post-mindfulness 8.45, post regulación emocional 4.0); el manejo de la delgadez (tx inicio 7.40, post-mindfulness 10.00, post regulación emocional 10.75); insatisfacción corporal (tx inicio 18.10, post-mindfulness 14.50, post regulación emocional 18.00); inoperancia (tx inicio 6.30, post-mindfulness 14.30, post regulación emocional 3.75); y disfruto interpersonal (tx inicio 4.60, post-mindfulness 3.75, post regulación emocional 0.50). Por tanto, este estudio aporta evidencia para la implementación de programas centrados en la regulación emocional y mindfulness, técnicas que pueden ser empleadas en tratamientos para el trastorno por atracón y otras conductas alimentarias (en riesgo), con sesiones donde se puedan intercambiar ideas entre los miembros del grupo y los terapeutas.

4.1 Terapia Dialéctica Conductual aplicada en los TCA (on-line)

Con el avance de la tecnología y situaciones contextuales en las que se encuentra la población, como: pandemias, desastres naturales o enfermedades crónico degenerativas (que no permitan a las personas moverse de un lugar a otro) surge la necesidad de implementar programas de tratamiento psicológico a distancia (utilizando la tecnología como medio de comunicación entre paciente y usuario) para que la mayor cantidad de personas puedan tratar su

salud mental, en el caso de la TDC además de ser adaptada para el tratamiento de los TCA también se ha ajustado para que pueda implementarse en sesiones a distancia, por ejemplo en una investigación realizada por Masson et al., (2013), se examinó la efectividad de un programa de TDC de autoayuda guiada para TA, el cual tuvo como resultado una reducción significativa de los atracones en los participantes (n= 60), por ejemplo en el último mes los participantes informaron menos episodios de atracones (6.0 frente a 14.4) y hubo mayor abstención de atracones (40% frente a 3.3%) esto tras recibir orientación psicológica a distancia, manual TDC y seis llamadas de soporte de 20 minutos durante 13 semanas.

4.1 Técnicas de la segunda y tercera generación aplicadas a los TCA.

4.1.1 Psicoeducación

Una de las técnicas más empleadas durante el tratamiento psicoterapéutico ha sido la psicoeducativa, su objetivo principal es informar al paciente/usuario/cliente sobre cualquier tema relacionado con la problemática reportada. Asimismo, los pacientes se benefician al conocer cuáles son los factores biopsicosociales que pueden estar relacionados con su malestar, de tal forma que se hace partícipe al paciente en una recuperación guiada disminuyendo paulatinamente las conductas desadaptativas (Bravo., 2014).

Dentro de la evidencia científica los resultados de grupos psicoeducativos han sido satisfactorios en cuanto a la reducción de la sintomatología del malestar reportado por los pacientes y se han propuesto áreas de oportunidad en cuanto a la adherencia terapéutica, por ejemplo en una investigación realizada por González et al., (2012) se llevaron a cabo mediciones pre y post intervención en los grupos conformados del 2010-2011 en una muestra final (muestra

inicial $N= 22$) que estuvo conformada por $N= 11$ participantes de entre 18 a 47 años de edad, la cual incluyó a 10 mujeres ($M_{EDAD}= 32.4$) y un hombre de 19 años. Cabe resaltar que los participantes debían tener algún diagnóstico de AN, BN, TA o TCA no especificado. El objetivo de las sesiones psicoeducativas es que fueran didácticas, directivas (guiadas por tres terapeutas) y de carácter breve (duración de 8 semanas, una sesión semanal). Asimismo, las sesiones se guiaron por el material psicoeducativo de Davis et al. (1989), mismo que fue adaptado a la población española. Como resultado al término del tratamiento hubo una disminución significativa de la sintomatología de Ansiedad Rasgo ($p= 0.43$) y una disminución no significativa en cuanto a la sintomatología de Depresión ($p= 0.058$). Y de acuerdo con la encuesta de satisfacción el 49.9% de los participantes calificó la información proporcionada como útil.

Por tanto, los resultados apuntan a que la psicoeducación puede ser una herramienta adicional al tratamiento de los TCA para la reducción de la sintomatología comórbida en cuanto al diagnóstico, no obstante, como área de oportunidad se espera que se conformen grupos con mayor cantidad de participantes para las pruebas estadísticas y esta técnica psicoeducativa pueda ser acompañada por otras técnicas conductuales.

4.1.2 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva (RC) ha sido de las técnicas cognitivo-conductuales mayormente empleadas para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, como la depresión, ansiedad y los trastornos en la conducta alimentaria. El objetivo principal de la RC es que la persona identifique aquellas cogniciones desadaptativas en su vida cotidiana, a partir de ello se formulan hipótesis para el diseño de un plan de tratamiento que incluya el trabajo en pensamientos alternativos, todo dependerá del tipo de terapia de la RC, ya que se puede trabajar

desde la terapia-racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, entre otras (Bados y García, 2010).

4.1.3 Autorregistro

En las fases iniciales del tratamiento psicoterapéutico se hace el empleo de los autorregistros con el objetivo de reunir información reportada por el paciente que permita conocer el grado en que se presentan aquellas conductas, pensamientos o emociones a lo largo del día. Asimismo, se hace uso de la escala subjetiva del malestar que suele medir o puntuar la problemática del 0 al 10, donde 0 es sentirse muy mal y 10 significa sentirse muy bien, esta escala se puede usar durante y posterior a las sesiones. Es muy importante emplear los autorregistros en la fase del tratamiento ya que permiten dar seguimiento a la cantidad de veces que se presenta la problemática y conocer qué factores probabilizan la tasa de ocurrencia (Ruíz et al., 2012).

4.1.4 Motivación para el cambio

En el año de 1979 James Prochaska realizó un estudio analítico del Modelo Transteórico (MT), el cual tuvo como objetivo dar a conocer los factores principales que propician o no un cambio en el comportamiento. Por tanto, el MT explica y describe el cambio por medio de etapas, lo cual es relevante ya que se pueden comprender mejor los eventos (fumar, beber en exceso, atracones, etc.) y así se podrá tener una valoración más acertada al momento de diseñar un plan de tratamiento ya sea en grupo o individual.

Las etapas de cambio del MT son cinco y a continuación se describirá cada una:

Precontemplación, en esta etapa las personas no tienen un interés por cambiar su comportamiento de riesgo, evitan informarse o hablar sobre su problemática y suelen estar a la defensiva cuando les ofrecen alternativas para cambiar; *Contemplación*, en esta etapa la persona

tiene un mínimo interés por cambiar su comportamiento de riesgo, es decir, consideran opciones que pueden ayudarlos pero no se comprometen a ser constantes; *Preparación*, en esta etapa las personas ya tienen un interés por cambiar y se comprometen a hacerlo paulatinamente mediante un plan orientado; *Acción*, las personas realizan cambios en su comportamiento en un periodo de tiempo corto (uno a seis meses), aquí la persona puede progresar en el mantenimiento del cambio o sufrir una recaída; *Mantenimiento*, en esta etapa las personas trabajan constantemente en la prevención de una recaída y perseveran en las conductas aprendidas; y *Terminación* las personas adquieren las habilidades necesarias para mantener conductas saludables y afrontan las dificultades ante un evento que pueda desencadenar un malestar (Cabrera, 2000).

Es fundamental tener en cuenta estas etapas al momento de diseñar un plan de tratamiento debido a que se podrá hacer un análisis más exacto de la probabilidad en que la persona siga o no con su tratamiento.

En un estudio realizado por Félix et al., (2012) en un total de 392 (de los cuales solo 180 fueron evaluados) participantes mujeres en su mayoría ($M_{EDAD} = 28$) con un diagnóstico de Bulimia Nerviosa (48.6%), Anorexia Nerviosa (37.7%) y Trastorno en la Conducta Alimentaria no especificado (13.7%). Se empleó la Escala de Evaluación al Cambio de la Universidad de Rhode Island, su objetivo principal fue evaluar qué tan dispuesta está una persona con un TCA al cambio en su estilo de vida. Para ello, se aplicó esta escala Tipo Likert (1-5) y se tuvo como resultado que 46% de las participantes se encontraban en la etapa de contemplación, 29% en la etapa de mantenimiento 4% en precontemplación y el 20% en la etapa de acción, por tanto, la mayoría de las personas aún no estaban preparadas para el cambio, lo cual puede probabilizar que la persona no asista o se mantenga en un tratamiento médico o psicológico.

4.1.5 Mindfulness

La técnica del Mindfulness se centra en prestar atención a las emociones, pensamientos y conductas del presente (aquí y ahora), de ahí que sus bases radican del budismo que hace alusión a la meditación hasta llegar a un estado de conciencia plena. Esta técnica ha sido empleada para el tratamiento de trastornos clínicos como la depresión, estrés, ansiedad, etc., y enfermedades físicas como la esclerosis múltiple (Ruiz et al., 2012). Asimismo, los trastornos en la conducta alimentaria pueden tener un impacto en la percepción de la imagen corporal y autoestima, de ahí que el mindfulness ha sido una de las técnicas mayormente empleadas para el tratamiento del estrés psicológico derivado de los TCA, por ejemplo en una investigación realizada por Moradi y Akbar (2017) se indago sobre la efectividad de la terapia cognitiva basada en el mindfulness para reducir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres con bulimia nerviosa y posterior a la intervención se obtuvieron resultados significativos: depresión ($DE_{pretest} = 6.007$; $DE_{posttest} = 3.406$), ansiedad ($DE_{pretest} = 7.158$; $DE_{posttest} = 3.961$), estrés ($DE_{pretest} = 6.481$; $DE_{posttest} = 5.759$) e imagen corporal ($DE_{pretest} = 16.321$; $DE_{posttest} = 15.223$). Al disminuir las puntuaciones en las 4 variables, se recomienda emplear la técnica del mindfulness en mujeres con bulimia nerviosa ya que puede mejorar la sintomatología clínica.

JUSTIFICACIÓN

Para finales de diciembre del 2019, en la provincia de Hubei, en China, se notificaron los primeros casos de neumonía de origen desconocido. A principios de enero del año 2020, el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades, confirmó que se trataba de un nuevo coronavirus, donde se confirmaron más de 9,700 casos en China y alrededor de 105 casos confirmados en 19 países (OPS, 2020).

La Organización Mundial de Salud (OMS), determinó que se trataba de una enfermedad respiratoria sumamente infecciosa (COVID-19), causada por el SARS-CoV-2 y por sus altos niveles de propagación, se podría caracterizar como una pandemia a nivel mundial. Por lo tanto, para marzo de 2020 se establecieron medidas sanitarias en todo el mundo para el control y prevención de su sintomatología que pudiera causar la muerte. Entre estas medidas fue necesario mantener el distanciamiento social, por lo que se optó por un confinamiento que incluía realizar actividades laborales y escolares desde casa, así como, suspensión de actividades sociales recreativas (cierre de teatros, auditorios, estadios, parques, etc.), en otras palabras, un aislamiento social estricto.

Un estudio realizado por Huarcaya (2020), encontró que tras el aislamiento social por la COVID-19, se incrementaron las emociones negativas en la población, lo cual tuvo repercusiones en su salud mental, aumentando las probabilidades para desarrollar un trastorno mental, como ansiedad y/o depresión. Asimismo, otra investigación realizada por Ribot et al., (2020) se resaltó que cada persona tiene diversas formas de afrontar el distanciamiento social, lo cual puede aumentar o disminuir la frecuencia de estrés y sintomatología de ansiedad o depresión.

Ribot (2020) menciona que las personas emplean diversas estrategias para afrontar el estrés, la depresión y ansiedad, siendo algunas de ellas poco saludables, como las conductas alimentarias de riesgo. En un estudio realizado en México por Bocanegra (2022), donde participaron 157 mujeres de edades entre los 15 y 49 años, 44% reportó que tenía niveles elevados de ansiedad durante el confinamiento y presentaron alteraciones en la conducta alimentaria. Asimismo, Scappatura y Rutzstein (2020) llevaron a cabo una investigación en Buenos Aires con 1033 mujeres jóvenes ($M_{\text{edad}} = 28.74$, $D.E = 10.12$) en las que señalaron que 70.7% de las participantes realizaron atracones como un modo para regular sus emociones durante el aislamiento por la pandemia. Además, encontraron que 60% de la muestra presentaba insatisfacción corporal y, de este porcentaje, 48.7% tenía malestar psicológico relacionado con la ansiedad y 52% relacionado con depresión.

A partir de los estudios anteriormente citados en los que se sustenta la idea de que la conducta alimentaria se ha visto afectada de manera negativa durante la pandemia, surge la necesidad de implementar acciones que permitan disminuir las alteraciones alimentarias en poblaciones de alto riesgo como son las mujeres jóvenes y adolescentes.

De acuerdo con la literatura, los programas bajo el modelo cognitivo conductual y dialéctico conductual son los que cuentan con mejor evidencia de efectividad, no obstante, durante la pandemia fue necesario adaptar las intervenciones a modalidad en línea, lo que deriva en la interrogante: ¿un programa de prevención secundaria adaptado a modalidad remota tendrá efecto sobre la conducta alimentaria e imagen corporal en mujeres adultas jóvenes?

El contar con programas de este tipo que aporten evidencia sobre su efectividad, contribuiría de diversas formas a la sociedad y a la comunidad científica. Ejemplo de ello serían las aportaciones a nivel instrumental, es decir, los datos obtenidos podrían servir como recurso

primario para la elaboración de un manual para futuras intervenciones; a nivel clínico, los participantes serán entrenados en diversas habilidades de afrontamiento y atención plena que les permitirán identificar y gestionar de mejor forma las conductas alimentarias de riesgo (uso de laxantes, dietas restrictivas, atracones, alimentación emocional, etc.), así como adquirir herramientas que les ayuden a mejorar su autoestima y la relación con su imagen corporal; y finalmente a nivel práctico, ya que los participantes pueden tener acceso a programas de intervención psicológica de calidad desde cualquier punto geográfico en el que se encuentren, mientras cuenten con un dispositivo con internet estable, ahorrando en costos de transporte y recursos en general.

Finalmente, al tomar en cuenta que por el distanciamiento social se están adaptando las intervenciones en una modalidad on-line, se espera que esté programa de intervención sea estadística o clínicamente efectivo, lo cual será relevante para mejorar futuras intervenciones en la conducta alimentaria.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de un programa de intervención dialéctica conductual en modalidad grupal y en línea en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario. Un estudio piloto.

Objetivos específicos

- Caracterizar el estado de salud de la población respecto a su conducta alimentaria (insatisfacción corporal, sintomatología de AN y BN.)
- Determinar las diferencias estadísticas o clínicamente significativas antes y después del programa de intervención.
- Determinar si las puntuaciones de la insatisfacción con la imagen corporal, la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosas, se mantuvieron después de seis meses de la aplicación del programa de intervención.
- Analizar cualitativamente los comentarios que las participantes compartieron antes y después del programa de intervención

HIPÓTESIS

- En la fase del pretest las participantes tendrán puntuaciones superiores al punto de corte en los instrumentos aplicados para evaluar alteraciones en la conducta alimentaria (sintomatología de TA)
- El programa de intervención disminuirá significativamente la presencia de conductas alimentarias de riesgo y mejorará cualitativamente tanto la regulación emocional como la imagen corporal.
- La insatisfacción corporal, así como la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa disminuirán significativamente después de la aplicación del programa de intervención y los cambios se mantendrán después de seis meses.
- Las participantes reportarán de manera cualitativa una mejora en relación a sus hábitos alimentarios e imagen corporal.

MÉTODO

Muestreo

La muestra fue no probabilística de tipo intencional. De acuerdo con Hernández y Carpio (2019), la muestra de tipo intencional se centra en la elección de grupos que no dependen de la probabilidad sino de la naturaleza propia de la investigación, por lo que el investigador con base en sus criterios de interés es el que selecciona por convocatoria abierta o voluntariado a los participantes.

Participantes

La muestra estuvo conformada por $N= 57$ participantes de entre 18 a 47 años, la cual incluyó a 6 hombres ($M_{EDAD}= 26.67$; $D.E.= 10.09$) y 51 mujeres ($M_{EDAD} = 26.10$; $D. E= 7.21$), provenientes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, todos eran parte de una comunidad universitaria de carácter público.

Criterios de inclusión

1. Pertenecer a la comunidad de la FES Iztacala, UNAM.
2. Contar con el consentimiento informado del participante.
3. Contestar la batería de cuestionarios.
4. Manejo de la plataforma de zoom.
5. Contar con internet estable.

Criterios de exclusión

1. Estar bajo un tratamiento psiquiátrico farmacológico.

Criterios de eliminación

1. No contestar el postest o el seguimiento.

2. Incumplir en el reglamento creado exprofeso para esta intervención (Véase, anexo 1)

Diseño

Pretest y posttest de grupo único

O₁ X O₂ O₃

Tipo de investigación

Esta investigación fue de corte mixto -secuencial por etapas- ya que este tipo de investigación se complementa al reportar tanto datos cuantitativos como cualitativos y permiten representar la subjetividad de las participantes a partir de la intervención (Pereira, 2011). Su alcance será diferencial ya que se reportarán los datos obtenidos a partir de la intervención buscando diferencias entre fases y entre grupos (Hernández et al., 2014).

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de ética registrado con el número de oficio CE/FESI/102021/1442.

Aparatos

Laptop HP, internet con una capacidad mínima de 2GB y plataforma de Zoom® que permitiera las conferencias sincrónicas.

Instrumentos

Consentimiento informado: Declaración que permite al usuario conocer los objetivos del programa, duración, actividades a realizar, así como los beneficios que obtendrá al participar y los posibles efectos adversos. Se especifica quiénes son las responsables del proyecto y números

de contactos donde pueden solicitar atención de manera más personalizada en caso de necesitarla (Véase anexo 2; Ortiz y Burdiles, 2010).

Hoja de datos generales: Tuvo por objetivo reunir los datos personales como la edad, sexo, peso, estatura, carrera, medio de contacto (correo electrónico y teléfono), diagnósticos médicos y preguntas abiertas en las que expresaban los motivos por los cuales se habían inscrito al programa, cuáles eran las partes del cuerpo que más les incomodaba. Cabe resaltar que esta hoja de datos fue adaptada a un Google Forms y todas las respuestas se marcaron como obligatorias para no perder ningún dato.

Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26, por sus siglas en inglés; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinklerl, 1982): Mide la sintomatología y características de la Anorexia Nerviosa (AN). Consta de 26 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert que van de Nunca a Siempre. Fue adaptado por Camarillo et al., 2013; Morán et al., 2019 y Ochoa 2011, en una muestra no aleatoria a conveniencia de 138 mujeres y 135 hombres mexicanos con un rango de edad de 21 a 23 años. El análisis de confiabilidad tiene una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.80$, un punto de corte ≥ 20 con una sensibilidad de (91%) y una especificidad de (62%). Cabe resaltar que este cuestionario fue adaptado a un Google Forms y todas las respuestas fueron marcadas como obligatorio para no dejar ningún dato.

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés; Smith y Thelen, 1984): Evalúa y detecta el riesgo de desarrollar sintomatología de Bulimia Nerviosa (BN). Consta de 36 reactivos, con cinco opciones de respuesta de frecuencia del 1 al 5. En México, Álvarez et al. en el año 2000 adaptaron y validaron al español el BUILT, en una muestra de 2168 mujeres, teniendo una buena consistencia interna ($\alpha = .88$). En el análisis factorial exploratorio se agruparon 22 reactivos en: Atracón ($\alpha = .85$), Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón ($\alpha =$

.82) y Conductas Compensatorias ($\alpha = .58$). Finalmente, se propuso como punto de corte 85, esto por el grado de especificidad (97%) y de sensibilidad (79%), Franco et al., (2011). Cabe resaltar que este cuestionario fue adaptado a un Google Forms y todas las respuestas fueron marcadas como obligatorias para no perder ningún dato.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-34, por sus siglas en inglés; Cooper et al, 1987):

Explora la percepción de insatisfacción y preocupación por la imagen corporal. Consta de 34 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert, que van de ‘nunca’ a ‘siempre’. En una investigación realizada por Vázquez et al. (2011) se validó este instrumento en una muestra de 472 mujeres mexicanas de 13 a 30 años, se evaluó la consistencia interna y el análisis factorial del BSQ-34, los cuales confirmaron que cuenta con una excelente consistencia interna ($\alpha = .98$), una buena sensibilidad (84.3%) y especificidad (84.4%) en mujeres mexicanas, se estableció como punto de corte 110. Cabe resaltar que este cuestionario fue adaptado a un Google Forms y todas las respuestas fueron marcadas como obligatorias para no perder algún dato relevante.

Procedimiento

Del día 02 al 09 de marzo de 2021 se publicó una convocatoria en redes sociales (véase anexo 3) para los estudiantes de la comunidad universitaria, que estuvieran interesados en inscribirse al programa “Haciendo las paces con la comida”, el cual estaba ofertado por la estrategia de “Alimentación e imagen corporal” del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE), en una modalidad online. Las inscripciones se abrieron del 09 al 13 de marzo de 2021, para ello las personas interesadas ingresaban a un enlace que los dirigía al formulario Google que tenía los instrumentos anteriormente mencionados capturados incluyendo el consentimiento informado. Al inicio del formulario se redactó de manera breve las fases que se llevarían a cabo durante la intervención psicológica: fase 1 (preevaluación), fase 2 (grupos de apoyo), fase 3 (posevaluación) y fase 4 (seguimiento). Una vez que la persona verificó los horarios y la disponibilidad, pudo continuar con el formulario el cual estuvo dividido en las siguientes secciones: datos personales, preguntas sobre hábitos alimentarios y relación con su imagen corporal. Las respuestas de los participantes fueron registradas en una hoja de cálculo.

En la Fase 1 (preevaluación), se realizó la aplicación de la batería inicial que estaba conformada por los cuestionarios (Hoja de datos generales, EAT-40, BULIT y BSQ-34), mismos que fueron adaptados a Google Forms, así como el consentimiento informado (estos instrumentos fueron contestados al momento de solicitar la inscripción al programa). Se les solicitó a los participantes que contestaran de forma individual y se les mencionó que sus datos serían confidenciales y sólo se usarían para fines de investigación. La duración aproximada del cuestionario pretest fue de 15 minutos.

En la Fase 2: Conforme a las respuestas obtenidas de los cuestionarios, la aceptación del consentimiento informado y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se formaron cinco grupos de atención en los que los participantes se asignaron en función de los horarios que reportaron les era más cómodo asistir. Cada grupo estuvo conformado de 8 a 11 participantes. Para llevar a cabo las 10 sesiones del programa, los coterapeutas recibieron una capacitación en línea '*Entrenamiento para el manejo de grupos de ayuda en comportamiento alimentario e imagen corporal*' esto con el objetivo de brindar un mejor servicio y planear las sesiones. Durante las sesiones se emplearon las siguientes técnicas: psicoeducación, moldeamiento, modelamiento, asertividad, respiración diafragmática, ejercicios de atención plena, relajación, reestructuración cognitiva y habilidades de afrontamiento ante recaídas (Véase carta estratégica en anexo 4). Además, se promovió la participación de los usuarios durante la sesión y se reforzó socialmente el cumplimiento de tareas, revisándolas al inicio de cada sesión, y al final de la misma se brindaba un espacio de 10 minutos para que las participantes expresaran '*¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?*'.

Fase 3 (Posevaluación): Se aplicaron los mismos instrumentos de la fase pre-test adaptados a Google Forms para conocer los avances que tuvo cada participante en el tratamiento psicológico. Los instrumentos aplicados fueron: EAT-40, BUILT y BSQ-34. Estos se contestaron en una sola sección con una duración aproximada de 15 minutos.

Fase 4 (seguimiento): Seis meses después de concluir el programa de intervención, se contactó a las participantes por correo electrónico y se enviaron nuevamente los instrumentos (EAT-40, BUILT y BSQ-34) para que los respondieran y así conocer cuál fue el avance o dificultades a las que se enfrentaron.

Con los resultados obtenidos de las puntuaciones de los instrumentos, se llevó a cabo el análisis estadístico.

Análisis estadísticos

Análisis descriptivo

Todos los análisis estadísticos se hicieron con el paquete estadístico SPSS® versión 20

Para caracterizar la sintomatología de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa se usaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), porcentaje y frecuencias.

Análisis inferencial

Para ver las diferencias estadísticas entre el pretest, posttest y seguimiento, se hizo la prueba de Friedman ya que los datos no cumplían con normalidad. Con fines de hacer un análisis más fino sobre el cambio por participante, se hizo el análisis de cambio clínicamente objetivo, cambio clínicamente relevante y el índice de cambio fiable (Iraurgi, 2010; ver Tabla 1). Estos análisis se realizaron en 8 participantes quienes completaron la fase de pretest, posttest y seguimiento.

El propósito del cambio clínicamente objetivo propuesto por Cardiel (1994), es comparar las puntuaciones del pretest y posttest en los instrumentos, y se considera un cambio significativo si los puntajes son mayores al 20%. El cálculo del cambio clínicamente relevante (CCR) propuesto por Jacobson y Truax (1991), tiene el propósito de obtener una constante que servirá de comparación con la población de estudio. Esta constante se obtiene a partir de la media de la puntuación total más / menos dos desviaciones estándar de una población disfuncional. Por último, el cambio fiable (ICF) propuesto por Jacobson Follette y Revenstorf (1984) tiene como

propósito obtener una constante de la diferencia del pretest y postest que servirá de comparación con el alfa del instrumento.

Tabla 1

Fórmula, datos y condiciones del Cambio Clínico Objetivo (CCO), Cambio Clínico Relevante (CCR) e Índice de Cambio Fiable (ICF)

Fórmula	Datos	Condiciones
$CCO = \frac{O2 - O1}{O1}$	CCO = Cambio Clínico Objetivo O2 = Puntaje pretest O1 = Puntaje postest	Las puntuaciones deben ser mayores a 0.20 para que exista un CCO.
$CCR = \bar{X}_D + 2DE$	CCR = Cambio Clínico Relevante \bar{X}_D = Media de la población disfuncional. 2DE = Dos desviaciones estándar de la media de la población disfuncional.	Las puntuaciones deben ser mayores al CCR.
$ICF = \frac{X_{Post} - X_{Pre}}{EED}$	ICF = Índice de Cambio Fiable	Las puntuaciones deben ser igual o menor a -1.96
$EED = \sqrt{2}(EMM)$	X_{Post} = Puntuación del paciente en el postest X_{Pre} = Puntuación del paciente en el pretest	
$EEM = DE_D \sqrt{1 - r_{xx}}$	EED = Error estándar de la sustracción. EEM = Error estándar de la medida DE _D = Desviación estándar de la población disfuncional. r_{xx} = Correlación test-retest del instrumento.	

Finalmente, se realizó una extracción de las experiencias narradas por los participantes antes y al final del programa relacionados con las alteraciones en su conducta alimentaria. De acuerdo con Mejía (2011) la interpretación de los datos subjetivos posibilita conocer de forma integral el objeto de estudio mediante la categorización de experiencias.

RESULTADOS

Análisis descriptivo:

La intervención comenzó formalmente a partir del día 20 de abril y finalizó en la semana del 22 de junio, teniendo en total una duración de 10 semanas (una sesión por semana).

Un total de 57 personas se inscribieron en la primera fase de la intervención (pretest), de ese total solo 47 usuarios iniciaron el programa, los cuales fueron distribuidos en cinco grupos proporcionales (de 9 a 10 participantes por grupo) de acuerdo con el horario de atención elegido. La disminución de participantes se debió a que ninguno de los varones que solicitó el servicio inició el programa. En cuanto a la conclusión del programa, 27 mujeres lo finalizaron, pero sólo 17 contestaron el postest y 11 respondieron el seguimiento. Únicamente 8 participantes completaron las tres fases del programa (ver Tabla 2).

La edad de la muestra que contestó el pretest fue de ($M = 26.10$, $D.E. = 7.212$), para el postest fue de ($M = 29.35$, $D.E. 8.930$) y finalmente la edad en la fase de seguimiento fue de ($M = 28.45$, $D.E. 7.686$

Tabla 2*Participantes del grupo de apoyo de la estrategia de alimentación e imagen corporal*

Inscripción al programa (n)	Pretest (n)	Inicio de sesiones (n)	Conclusión del programa (n)	Postest (n)	Seguimiento (n)	Pretest- postest y seguimiento (n)
57	57	47	27	17	11	8

Nota: * Solo se cuenta con datos de la batería de instrumentos de 8 participantes en las tres fases de la intervención

Del total de las participantes el 57.89% eran estudiantes, 14.03% eran trabajadoras o académicas y el 28.07% trabajaban y estudiaban. La Tabla 3 caracteriza a la muestra en términos de carrera, semestre, previa atención psicológica y padecimientos médicos de las participantes.

Tabla 3*Datos sociodemográficos de las participantes*

	Semestre <i>n = 57 (%)</i>	Carrera <i>n = 57 (%)</i>	Previa atención psicológica <i>n = 57 (%)</i>	Padecimientos médicos <i>n = 57 (%)</i>			
No estudiaban	16 (28.07)	Psicología	26 (47.27)	Ninguno	15 (26.31)	Ninguna	41 (71.92)
Segundo	10 (17.54)	Odontología	10 (18.8)	Depresión	14 (24.76)	Enfermedades endocrinas (Diabetes, hipertiroidismo, cáncer de tiroides, obesidad y sobrepeso)	6 (10.52)
Tercero	1 (1.75)	Biología	9 (16.36)	Problemas conductuales	12 (21.05)	Enfermedades respiratorias (Asma y apnea)	4 (5.26)
Cuarto	11 (19.29)	Enfermería	2 (3.63)	Ansiedad	10 (17.54)	Enfermedades digestivas (Gastritis y síndrome del colon irritable)	3 (5.26)
Quinto	2 (3.50)	Medicina	5 (9.09)	Relación de pareja	6 (10.52)	Enfermedades neurológicas (Epilepsia focal y migraña)	2 (3.50)
Sexto	4 (7.01)	Psicología SUAyED	1 (1.81)	Problemas con el peso	4 (7.07)	Enfermedades del corazón (Hipertensión arterial)	2 (3.50)
Séptimo	3 (5.26)	Posgrado	1 (1.81)	Autoestima	4 (7.07)	Enfermedades de la mujer (Síndrome del ovario poliquístico)	1 (1.75)

Octavo	9 (15.78)	Diseño de Modas	1 (1.81)	Problemas escolares	4 (7.07)	Enfermedades de la sangre (anemia)	1 (1.75)
-----	-----	-----	-----	Ideación suicida	3 (5.06)	Alergias	1 (1.75)
-----	-----	-----	-----	Sexualidad	2 (3.50)	-----	-----
-----	-----	-----	-----	Duelo	2 (3.50)	-----	-----
-----	-----	-----	-----	Abuso sexual	1 (1.75)	-----	-----
-----	-----	-----	-----	Trastorno Obsesivo Compulsivo	1 (1.75)	-----	-----
-----	-----	-----	-----	Habilidades sociales	1 (1.75)	-----	-----

Nota: * Se colocan guiones para los espacios sin información.

La Tabla 4 muestra los porcentajes de las partes del cuerpo que les disgustaba a las participantes de sí mismas en cada fase de la intervención. En el pretest 87.71% reportó que el abdomen era la parte que más les incomodaba, seguido de la cintura y brazos con un 59.64%. En el posttest disminuyó la insatisfacción en abdomen (47.05%), no obstante, para el seguimiento subió casi a la par del pretest con un 81.81%. Por otro lado, partes del cuerpo como la cara, espalda y papada disminuyeron a 0% en la fase de posttest y seguimiento.

Tabla 4

Partes del cuerpo que le disgustaba a las participantes de sí mismas en las tres fases de la intervención

Partes del cuerpo	Pretest <i>n</i> (%)	Postest <i>n</i> (%)	Seguimiento <i>n</i> (%)
	<i>n</i> = 57	<i>n</i> = 17	<i>n</i> = 11
Abdomen	50 (87.71)	8 (47.05)	9 (81.81)
Cintura	34 (59.64)	6 (35.29)	2 (18.18)
Brazos	34 (59.64)	4 (23.52)	3 (27.27)
Piernas	24 (42.10)	2 (11.76)	3 (27.27)
Caderas	20 (35.08)	2 (11.76)	3 (27.27)
Pecho	12 (21.05)	2 (11.76)	3 (27.27)
Tez	11 (19.29)	1 (5.88)	2 (18.18)
Cara	4 (7.01)	0 (0)	0 (0)
Espalda	4 (7.01)	0 (0)	0 (0)
Papada	1 (1.75)	0 (0)	0 (0)
Ninguno	0 (0)	2 (11.76)	0 (0)

Nota: * Entre paréntesis se coloca el porcentaje de total de participantes que les disgustaba alguna parte de su cuerpo.

De manera más general, 84.0% de las usuarias en la fase de pretest reportó que les preocupaba su peso corporal ya que consideraban que era demasiado alto. En el postest este porcentaje disminuyó a 47.1% mientras que en la fase de seguimiento incrementó a 81.1%.

La Tabla 5 muestra la frecuencia de participantes que rebasaron el punto de corte de algún instrumento, lo que sugiere sintomatología de AN, BN o insatisfacción corporal. Resaltando que todas las puntuaciones fueron más altas en la fase de pretest en comparación con el postest y seguimiento.

Tabla 5

Porcentaje de participantes que rebasaron punto de corte en los instrumentos aplicados

Fase de la intervención	AN <i>n</i> (%)	BN <i>n</i> (%)	Insatisfacción con IC <i>n</i> (%)
Pretest (<i>n</i> =51)	15(29.4)	36 (70.6)	42 (82.4)
Postest (<i>n</i> =17)	1 (5.9)	1 (5.9)	2 (11.8)
Seguimiento (<i>n</i> =11)	0	3 (27.3)	3 (27.3)

Nota: * AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; IC, Insatisfacción con la Imagen Corporal

La Tabla 6, muestra la extracción de fragmentos discursivos de las participantes antes y al final del programa de intervención. Esta tabla comparativa permite observar que los discursos o narrativas antes del programa, reflejan una pérdida de control en los alimentos, en algunos casos los atracones incluyen conductas compensatorias como el vómito. También hay casos que reportan comer más en la noche y cuando están aisladas. En cuanto a la alimentación emocional, las usuarias reportaron comer más cuando estaban ansiosas, tristes, estresadas o aburridas, después del episodio sentían culpa y miedo por sustituir sus emociones con comida. En cuanto a la restricción alimentaria, las usuarias omitían comidas para no subir de peso y reportaron pérdida de control en los alimentos después del ayuno. Los alimentos que más consumen cuando hay pérdida de control, son dulces o salados como la comida rápida con alto contenido en carbohidratos y grasas saturadas. Otra característica para resaltar es la alta preocupación por el peso, misma que las limitaba a comer por la insatisfacción en alguna parte de su cuerpo y miedo a no alcanzar los estándares de belleza.

Al finalizar el programa de intervención las participantes reflejan un mayor conocimiento en identificar el tipo de alimentos que consumen y reportan ser capaces de aplicar las estrategias aprendidas cuando experimentan episodios de sobreingesta o restricción, reportando una sensación de mayor control emocional y alimentario, al conocer más su cuerpo. Además, hay una aceptación más clara sobre su imagen y peso corporal.

Tabla 6

Tabulación de los discursos sobre problemas en la conducta alimentaria, al inicio y al final del programa

Datos relacionados con problemas en la conducta alimentaria									
Pérdida de control en los alimentos	Caso	Alimentación emocional	Caso	Restricción alimentaria	Caso	Alimentación no balanceada	Caso	Alta preocupación por el peso	Casos al finalizar el programa de intervención (seguimiento)
<i>“tengo un problema con los atracones nocturnos (...)”</i>	A2	<i>“(...) como mucho cuando estoy nerviosa (...)”</i>	A3	<i>“(...) suelo comer una sola vez en el día (...)”</i>	A4	<i>“(...) mi familia no tiene buenos hábitos alimenticios (...)”</i>	A5	<i>“(...) con la pandemia he subido de nuevo de peso, aunque sigo con nutrióloga. (...)”</i>	<i>“(...) mi relación con la comida ha ido mejorando y casi siempre como tres veces al día y creo que eso se logró gracias al taller:)(...)”</i>
<i>“siento que no se</i>	B2	<i>“Como mucho cuando tengo</i>	B3	<i>“(...) me siento como si estuviera</i>	B4	<i>“(...) no puedo dejar de comer comida chatarra</i>	B5	<i>“(...) en ocasiones me limito a comer por qué me</i>	<i>“Me siento más contenta y feliz conmigo y con mi</i>

<i>controlar mis porciones(...)</i>		<i>ansiedad, sobre todo cosas dulces(...)</i>		<i>muy pasada de peso, que no como nada (...)</i>		<i>(...)</i>		<i>preocupa el peso. (...)</i>	<i>cuerpo, con mayor manejo de mi forma de comer y, sobre todo, práctico más CARIÑO en mí (...)</i>
<i>“(...) como sin controlarme(...)</i>	C2	<i>“los nervios o tristeza lo sustituyeron por comida(...)</i>	C3	<i>“no controlo lo que como o en ocasiones no como nada. (...)</i>	C4	<i>“(...) consumo mucha comida rápida y generalmente no creo tener una dieta balanceada (...)</i>	C5	<i>“(...) me siento como si estuviera muy pasada de peso, que como mucho. (...)</i>	<i>“(...) antes si tuve episodios de vomitar la comida, pero no ha sucedido actualmente(...)</i>
<i>“siento que no se controlar mis porciones(...)</i>	D2	<i>“Cómo por aburrimiento o ansiedad(...)</i>	D3	<i>“(...) me salto comidas, a veces solo como una vez al día por miedo a engordar (...)</i>	D4	<i>“consumo demasiados carbohidratos y grasas. (...)</i>	D5	<i>“(...) subo de peso y me siento aletargada (...)</i>	<i>“(...) Me siento mejor, considero que mejoré en mis hábitos alimentarios e imagen corporal gracias a las herramientas que aprendí en el curso (...)</i>

<i>“tuve episodios donde tenía atracones y vomitaba (...)”</i>	E2	<i>“Cuando estoy estresada como de más(...)”</i>	E3	<i>“me malpaso algunas veces. (...)”</i>	E4	<i>“no llevo un hábito de tiempos y comidas. (...)”</i>	E5	-----	<i>“(...) ahora sé que existen diferentes tipos de alimentación y debo tener paciencia con mi cambio ya que es un proceso (...)”</i>
<i>“como en adicción (...)”</i>	F2	<i>“(...) comer me da miedo, me da culpa(...) me provoca adicción(...)”</i>	F3	-----	F4	<i>“a veces como mucho, comida rápida o chatarra, dulces, chocolates, harinas, azúcar(...)”</i>	F5	-----	-----

Nota: * Se colocan guiones para los espacios sin información

Análisis inferencial

El Análisis inferencial se realizó sólo con 8 participantes, ya que son las que completaron los cuestionarios de las tres fases. Para ver las diferencias estadísticas entre el pretest, postest y seguimiento se usó la prueba no paramétrica de Friedman ya que los datos no cumplían con normalidad.

La Tabla 7 muestra que hay diferencias estadísticamente significativas en todas las variables de estudio (sintomatología de AN, BN e insatisfacción corporal). No obstante, las diferencias no se encontraron en todas las fases de la intervención. Para el caso de sintomatología de AN las diferencias se encontraron únicamente de pretest a postest, pero no en seguimiento. Para el caso de sintomatología de BN, las diferencias se encontraron de pretest a postest y estas diferencias se mantuvieron en la fase de seguimiento. Para el caso de la variable de insatisfacción corporal, se identificaron diferencias del pretest al postest, pero estas diferencias no se mantuvieron en la fase de seguimiento

Tabla 7

Comparación de las puntuaciones de los instrumentos en las fases pretest, postest y seguimiento (n = 8)

Variable	Rangos promedio	Chi²	p
Sintomatología de AN		7.161	.028
Pretest	2.63 _a		
Postest	1.31 _b		
Seguimiento	2.06 _a		
Sintomatología de BN		11.032	.004
Pretest	2.94 _a		
Postest	1.44 _b		
Seguimiento	1.63 _b		
Insatisfacción con la Imagen Corporal		7.750	.021
Pretest	2.75 _a		
Postest	1.38 _b		
Seguimiento	1.88 _a		

Índice de cambio clínico objetivo (CCO)

La Tabla 8 muestra los cambios después de la intervención (de pretest a posttest) a partir del cambio clínicamente objetivo en la variable de sintomatología de AN, se resalta que las puntuaciones disminuyeron en todas los participantes excepto en la participante 8, donde la puntuación del posttest subió 6 puntos, no obstante, esta puntuación al ser mínima no refleja un cambio negativo para la participante.

Tabla 8

Cambio clínicamente objetivo entre el pretest y posttest en la variable sintomatología de AN

Participante	EAT		CCO	Interpretación
	Pretest	Posttest		
1	26	0	-1.00	Cambio
2	8	1	-0.88	Cambio
3	21	6	-0.71	Cambio
4	36	7	-0.81	Cambio
5	18	3	-0.83	Cambio
6	10	0	-1.00	Cambio
7	2	0	-1.00	Cambio
8	4	10	1.50	Sin Cambio

Nota: Se consideran Cambios Clínicamente Objetivos (CCO) las puntuaciones mayores a -0.20.

La Tabla 9 muestra cómo se comportó (de pretest a posttest) la variable de sintomatología de BN, se identifica que hubo cambios orientados hacia la disminución en todos los participantes excepto en la participante 7, pese a que la puntuación del posttest bajó 9 puntos, esta puntuación al ser mínima no refleja un Cambio Clínicamente Objetivo para el participante. En el caso del participante número 2 la puntuación se mantuvo igual por lo que el índice no registró cambios.

Tabla 9

Cambio clínicamente objetivo entre el pretest y posttest en la variable sintomatología de BN

Participante	BUL IT		CCO	Interpretación
	Pretest	Postest		
1	89	43	-0.52	Cambio
2	54	54	0.00	Sin cambio
3	144	67	-0.53	Cambio
4	89	61	-0.31	Cambio
5	83	50	-0.40	Cambio
6	93	68	-0.27	Cambio
7	66	57	-0.14	Sin cambio
8	103	67	-0.35	Cambio

Nota: * Se consideran Cambios Clínicamente Objetivos (CCO) las puntuaciones mayores a - 0.20.

La Tabla 10 muestra cómo se comportaron las puntuaciones de las participantes antes y después de la intervención en la variable de insatisfacción con la imagen corporal, se identifica que hubo cambios orientados hacia la disminución en todos los participantes

Tabla 10

Cambio clínicamente objetivo entre el pretest y posttest en la variable insatisfacción corporal

Participante	BSQ		CCO	Interpretación
	Pretest	Posttest		
1	162	61	-0.62	Cambio
2	99	46	-0.54	Cambio
3	186	93	-0.50	Cambio
4	151	73	-0.52	Cambio
5	179	59	-0.67	Cambio
6	117	83	-0.29	Cambio
7	107	78	-0.27	Cambio
8	101	71	-0.30	Cambio

Nota: * Se consideran Cambios Clínicamente Objetivos (CCO) las puntuaciones mayores a - 0.20.

Índice de Cambio Fiable (ICF)

La Tabla 11 muestra qué tan confiables fueron los cambios en las diferentes fases de la intervención (pretest, postest y seguimiento) en la variable de sintomatología de AN, se identifica que en el pre-post hubo cambios orientados hacia la disminución en todos los participantes excepto en la participante 4 y 8. En el caso de la comparación entre el pretest y seguimiento el cambio no fue fiable en las participantes 4 y 8, esto debido a que sus puntuaciones fueron inferiores a -1.96.

Tabla 11

Índice de cambio fiable de pretest a posttest y de pretest a seguimiento en la variable sintomatología de AN

Participante	Pretest	Posttest	Seguimiento	EAT			
				ICF (pre-post)	Interpretación	ICF (pre-seg)	Interpretación
1	26	0	0	-1.86	Fiable	-1.86	Fiable
2	8	1	3	-0.50	Fiable	-0.36	Fiable
3	21	6	17	-1.07	Fiable	-0.29	Fiable
4	36	7	10	-2.07	No Fiable	-1.86	Fiable
5	18	3	6	-1.07	Fiable	-0.86	Fiable
6	10	0	3	-0.71	Fiable	-0.50	Fiable
7	2	0	4	-0.14	Fiable	0.14	No Fiable
8	4	10	6	0.43	No fiable	0.14	No Fiable

Nota: * Se consideran Índices de Cambio Fiable (ICF) cuando las puntuaciones son iguales o menores a -1.96.

De la misma manera que la tabla anterior, la Tabla 12 muestra la fiabilidad de la variable de sintomatología de BN en las diferentes fases de la intervención. Se observa que de pretest a posttest hubo cambios orientados hacia la disminución en todos los participantes excepto en la participante 2 y 3, mientras que en la comparación entre el pretest y seguimiento en todas las participantes el cambio fue fiable.

Tabla 12

Índice de cambio fiable de pretest a posttest y de pretest a seguimiento en la variable sintomatología de BN

BUL IT							
Participante	Pretest	Posttest	Seguimiento	ICF (pre-post)	Interpretación	ICF (pre-seg)	Interpretación
1	89	43	66	-1.33	Fiable	-0.66	Fiable
2	54	54	53	0.00	No fiable	-0.03	Fiable
3	144	67	117	-2.23	No fiable	-0.78	Fiable
4	89	61	60	-0.81	Fiable	-0.84	Fiable
5	83	50	71	-0.95	Fiable	-0.35	Fiable
6	93	68	59	-0.72	Fiable	-0.98	Fiable
7	66	57	58	-0.26	Fiable	-0.23	Fiable
8	103	67	91	-1.04	Fiable	-0.35	Fiable

Nota: * Se consideran Índices de Cambio Fiable (ICF) cuando las puntuaciones son iguales o menores a -1.96.

Para la variable de insatisfacción con la imagen corporal, la Tabla 13 muestra que los cambios de pre a post no fueron fiables en las participantes 1, 3 y 5. Mientras que en la fase de pretest a seguimiento los cambios no fueron fiables en las participantes 4 y 5.

Tabla 13

Índice de cambio fiable de pretest a postest y de pretest a seguimiento en la variable sintomatología de insatisfacción corporal

Participante	Pretest	Postest	Seguimiento	BSQ			
				ICF (Pre-post)	Interpretación	ICF (Pre-seg)	Interpretación
1	162	61	123	-2.38	No fiable	-0.92	Fiable
2	99	46	51	-1.25	Fiable	-1.13	Fiable
3	186	93	166	-2.19	No fiable	-0.47	Fiable
4	151	73	65	-1.84	Fiable	-2.03	No fiable
5	179	59	95	-2.83	No fiable	-1.98	No fiable
6	117	83	77	-0.80	Fiable	-0.94	Fiable
7	107	78	79	-0.68	Fiable	-0.66	Fiable
8	101	71	98	-0.71	Fiable	-0.07	Fiable

Nota: * Se consideran Índices de Cambio Fiable (ICF) cuando las puntuaciones son iguales o menores a 1.96.

Índice de Cambio Clínicamente Relevante (CCR)

Para obtener la constante del Cambio Clínico Relevante (CCR) se restaron dos desviaciones estándar a la media de la población disfuncional. En la Tabla 14 se muestran las constantes obtenidas en cada instrumento para comparar si las puntuaciones obtenidas por las participantes en la fase de postest y seguimiento indican un cambio relevante o no.

Tabla 14

Constantes obtenidas en los diferentes instrumentos de evaluación para determinar si los cambios en las puntuaciones de las participantes fueron clínicamente relevantes

Instrumentos	\bar{X}_D	DE_D	CCR
EAT	29.73	2 (9.043)	11.644
BULIT	105.00	2 (17.347)	70.311
BSQ	148.88	2 (19.934)	109.012

*Nota: \bar{X}_D = media de la población disfuncional; DE = *desviación estándar*

La Tabla 15 muestra que los cambios en la variable de sintomatología de AN, fueron clínicamente relevantes en todas las participantes en la fase de pretest a postest, no obstante, los cambios no se mantuvieron relevantes en la fase de seguimiento en las participantes 3 y 4.

Tabla 15

Puntuaciones clínicamente relevantes en la fase pretest-postest y pretest-seguimiento en la variable de sintomatología de AN

Participante	EAT (CCR)							
	Pretest	Posttest	Valor CCR	Interpretación pre-postest	Pretest	Seguimiento	Valor CCR	Interpretación pretest- seguimiento
1	26	0	12	Cambio	26	0	12	Cambio
2	8	1	12	Cambio	8	3	12	Cambio
3	21	6	12	Cambio	21	17	12	No Cambio
4	36	7	12	Cambio	36	10	12	Cambio
5	18	3	12	Cambio	18	6	12	Cambio
6	10	0	12	Cambio	10	3	12	Cambio
7	2	0	12	Cambio	2	4	12	Cambio
8	4	10	12	Cambio	6	6	12	Cambio

Nota: * Se consideran Cambios Clínicamente Relevantes (CCR) si las puntuaciones son menores al valor CCR.

La Tabla 16 muestra que los cambios en la variable de sintomatología de AN, fueron clínicamente relevantes en todas las participantes en la fase de pretest a posttest, no obstante, los cambios no se mantuvieron relevantes en la fase de seguimiento en las participantes 3, 5 y 8.

Tabla 16

Puntuaciones clínicamente relevantes en la fase pretest-posttest y pretest-seguimiento en la variable de sintomatología de BN

Participante	BUL IT (CCR)							
	Pretest	Posttest	Valor CCR	Interpretación pre-posttest	Pretest	Seguimiento	Valor CCR	Interpretación pretest- Seguimiento
1	89	43	70	Cambio	89	66	70	Cambio
2	54	54	70	Cambio	54	53	70	Cambio
3	144	67	70	Cambio	144	117	70	No Cambio
4	89	61	70	Cambio	89	60	70	Cambio
5	83	50	70	Cambio	83	71	70	No Cambio
6	93	68	70	Cambio	93	59	70	Cambio
7	66	57	70	Cambio	66	58	70	Cambio
8	103	67	70	Cambio	103	91	70	No Cambio

Nota: * Se consideran Cambios Clínicamente Relevantes (CCR) si las puntuaciones son menores al valor CCR.

La Tabla 17 muestra que los cambios en la variable de insatisfacción corporal fueron clínicamente relevantes en todas las participantes en la fase de pretest a posttest, no obstante, los cambios no se mantuvieron relevantes en la fase de seguimiento en las participantes 1 y 3.

Tabla 17

Puntuaciones clínicamente relevantes en la fase pretest-posttest y pretest-seguimiento en la variable de insatisfacción corporal

Participante	BSQ (CCR)							
	pretest	posttest	Valor CCR	Interpretación pre-pos-test	pre-test	Seguimiento	Valor CCR	Interpretación pretest- seguimiento
1	162	61	109	Cambio	162	123	109	No Cambio
2	99	46	109	Cambio	99	51	109	Cambio
3	186	93	109	Cambio	186	166	109	No Cambio
4	151	73	109	Cambio	151	65	109	Cambio
5	179	59	109	Cambio	179	95	109	Cambio
6	117	83	109	Cambio	117	77	109	Cambio
7	107	78	109	Cambio	107	79	109	Cambio
8	101	71	109	Cambio	101	98	109	Cambio

Nota: * Se consideran Cambios Clínicamente Relevantes (CCR) si las puntuaciones son menores al valor CCR.

Índice de Cambio de Kupfer

La Tabla 18 muestra las categorías de cambio de pretest a posttest en las variables de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e insatisfacción corporal. Para la variable de AN seis de las ocho participantes se recuperaron, el caso de las participantes cuatro y ocho la categoría marcó como No Cambio debido a que sus puntuaciones en el ICF no fueron fiables. En la variable de BN seis de las ocho participantes se recuperaron, sólo en dos casos la categoría marcó como No Cambio, en el caso dos no hubo un cambio clínico objetivo además de no ser fiable y en el caso tres su cambio no fue fiable. En la variable de IC cinco de las ocho participantes se recuperaron, sólo las participantes uno, tres y cinco la categoría marcó como No Cambio debido a que sus puntuaciones no fueron fiables

Tabla 18

Puntuaciones en la fase pretest-postest en la variable de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e insatisfacción corporal

EAT						
Caso	Pretest	Postest	≥ 0.20	≤ 1.96	≤ 11.644	Categoría
			CCO	ICF	CCR	
1	26	0	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
2	8	1	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
3	21	6	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
4	36	7	Cambio	No Fiable	Cambio	No cambio
5	18	3	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
6	10	0	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
7	2	0	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
8	4	10	Sin Cambio	No fiable	Cambio	No cambio
BULIT						
Caso	Pretest	Postest	≥20	≤1.96	≥ 70.311	Categoría
			CCO	ICF	CCR	
1	89	43	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
2	54	54	Sin cambio	No fiable	Cambio	No cambio
3	144	67	Cambio	No fiable	Cambio	No cambio

4	89	61	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
5	83	50	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
6	93	68	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
7	66	57	Sin cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
8	103	67	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
BSQ						
20 ≥						
≤1.96						
≤ 109.012						
Caso	Pretest	Postest	CCO	ICF	CCR	Categoría
1	162	61	Cambio	No fiable	Cambio	No cambio
2	99	46	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
3	186	93	Cambio	No fiable	Cambio	No cambio
4	151	73	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
5	179	59	Cambio	No fiable	Cambio	No cambio
6	117	83	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
7	107	78	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado
8	101	71	Cambio	Fiable	Cambio	Recuperado

La Tabla 19 muestra las categorías de cambio de pretest a seguimiento en las variables de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e insatisfacción corporal. Para la variable de AN cuatro de las ocho participantes se recuperaron y una mejoró, el caso de las participantes siete y ocho la categoría marcó como No Cambio debido a que sus puntuaciones en el ICF no fueron fiables. En la variable de BN cinco de las ocho participantes se recuperaron, y tres mejoraron. En la variable de IC cinco de las ocho participantes se recuperaron y una mejoró, sólo las participantes tres y cuatro la categoría marcó como No Cambio debido a que sus puntuaciones no fueron fiables.

Tabla 19

Puntuaciones en la fase pretest-seguimiento en la variable de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e insatisfacción corporal

EAT						
Caso	Pretest	Seguimiento	20 ≥ CCO	1.96 ≤ ICF	≤ 11.644 CCR	Categoría
1	26	0	–	Fiable	Cambio	Recuperado
2	8	3	–	Fiable	Cambio	Recuperado
3	21	17	–	Fiable	No Cambio	Mejorado
4	36	10	–	Fiable	Cambio	Recuperado
5	18	6	–	Fiable	Cambio	Recuperado
6	10	3	–	Fiable	Cambio	Recuperado
7	2	4	–	No Fiable	Cambio	No cambio
8	4	6	–	No Fiable	Cambio	No cambio
BULIT						
Caso	Pretest	Seguimiento	20 ≥ CCO	1.96 ≤ ICF	70.311 CCR	Categoría
1	89	66	–	Fiable	Cambio	Recuperado
2	54	53	–	Fiable	Cambio	Recuperado
3	144	117	–	Fiable	No Cambio	Mejorado

4	89	60	–	Fiable	Cambio	Recuperado
5	83	71	–	Fiable	No Cambio	Mejorado
6	93	59	–	Fiable	Cambio	Recuperado
7	66	58	–	Fiable	Cambio	Recuperado
8	103	91	–	Fiable	No Cambio	Mejorado
			BSQ			
			20 ≥	1.96 ≤	109.012	
Caso	Pretest	Seguimiento	CCO	ICF	CCR	Categoría
1	162	123	–	Fiable	No Cambio	Recuperado
2	99	51	–	Fiable	Cambio	Recuperado
3	186	166	–	Fiable	No Cambio	Mejorado
4	151	65	–	No fiable	Cambio	No cambio
5	179	95	–	No fiable	Cambio	No cambio
6	117	77	–	Fiable	Cambio	Recuperado
7	107	79	–	Fiable	Cambio	Recuperado
8	101	98	–	Fiable	Cambio	Recuperado

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención dialéctica conductual en modalidad grupal y en línea en mujeres con alteraciones en el comportamiento alimentario a través de un estudio piloto.

De manera general este programa mostró que disminuyó la sintomatología de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa e Insatisfacción corporal de pretest a posttest, pero no se mantuvieron los cambios en el seguimiento. Estos resultados pudieron deberse a diversas explicaciones, una de ellas tiene que ver con el diseño de las sesiones, el cual incluye a) el contenido, b) la duración y c) la modalidad, mismas que se discuten a continuación.

En cuanto a contenido, el programa que se puso a prueba fue una adaptación del libro de autoayuda diseñado por Safer et al., (2017), en el cual se aborda de manera práctica a través de ejercicios autogestivos el manejo de la alimentación emocional. No obstante, estas actividades se complementaron con sesiones en las que se abordaron temáticas sobre mitos y verdades de las dietas restrictivas, habilidades de comunicación asertiva, reestructuración cognitiva y estereotipos de belleza. Esta modificación al programa, permitió incluir técnicas que la literatura señala como básicas en el tratamiento de los diferentes TCA (Ekstrand y Villanueva, 2011) y no sólo de los que presentan alimentación emocional. Las técnicas específicas de regulación emocional, atención plena y tolerancia al malestar, van dirigidas a disminuir las conductas alimentarias de riesgo, lo cual coincide con los trabajos propuestos por (Godfrey, et al., 2014; Kristeller y Wolever, 2011; Wallace, et al., 2014) quienes mencionan que los pacientes al tener una mejor conciencia de sus atracones y episodios de restricción, tienen un mayor autocontrol en la toma de decisiones al momento de enfrentarse a situaciones de riesgo. En este estudio se pudo observar de manera cualitativa que las estrategias fueron efectivas ya que las participantes comentaron de manera individual lo

siguiente “(...) *mi relación con la comida ha ido mejorando y casi siempre como tres veces al día y creo que eso se logró gracias al taller:(...)*”; “*Me siento más contenta y feliz conmigo y con mi cuerpo, con mayor manejo de mi forma de comer y sobre todo, práctico más CARIÑO en mí (...)*”.

Aunado a lo anterior, pero de forma cuantitativa, se observa una disminución significativa en las puntuaciones de sintomatología de AN ($p = .028$), BN ($p = .004$) e insatisfacción con la imagen corporal ($p = .021$) lo que pudiera sugerir que las temáticas trabajadas en la intervención tuvieron un efecto en la frecuencia y calidad de los alimentos que consumían, así como disminución de episodios de sobreingesta y aumentar el reconocimiento de sus emociones y sensaciones fisiológicas. No obstante, este efecto fue sostenido a través del tiempo únicamente para la variable de BN.

Una posible explicación a la no estabilidad en el tiempo de las puntuaciones de AN e IC, pudiera recaer en la segunda característica del diseño, que es la duración del programa, siendo este demasiado corto o sin tener sesiones entre el postest y el seguimiento. A manera de recordatorio, el programa realizado en este estudio tuvo una duración de 10 semanas y el tiempo de las sesiones fue de 2 horas semanales. Esta duración difiere con lo reportado por otros autores (Dastan et al., 2019; Hoffman, 2006; Navarro-Haro et al., 2020; Rahmani et al., 2018), quienes destinaron de 13 a 22 sesiones de 2 horas para trabajar con cada técnica psicológica, cabe resaltar que en los programas de menor duración (como el de 13 sesiones) se añadieron en la fase del seguimiento (6 meses después) 6 sesiones de 90 minutos cada una, para atender la sintomatología que aún se presentaba, además de brindar sesiones individuales a las pacientes que reportaban constantes recaídas durante el tratamiento, siendo un pilar importante para mantener los cambios hasta la fase de seguimiento. Por lo que se sugiere que los programas de intervención tengan un mínimo de 13 sesiones y su conclusión no sea abrupta, sino que de manera gradual se siga en contacto con las participantes.

Otro aspecto a resaltar, es que las variables de AN e IC, son de las más complejas de trabajar, esto debido al nivel de interiorización que se tiene con el ideal de delgadez. Trabajos como los de Perpiñá et al., (2012) y Melián y Queiro (2020), refieren que a pesar de que las pacientes con AN tienen conciencia de las consecuencias a nivel físico de su enfermedad, hay una normalización en la restricción de alimentos, es decir, hay una fuerte asociación entre comer y el acto de 'engordar', aunado a esto, presentan distorsión de la imagen corporal, es decir, se perciben más grandes de lo que son.

Otro factor que dificulta la motivación al cambio y la adherencia al tratamiento en pacientes con AN, es su tendencia al perfeccionismo, mismo que se ve reflejado en sus actividades escolares, hobbies, trabajo, resistencia a construir redes de apoyo, lo que favorece el aislamiento social y el mantenimiento de conductas alimentarias no saludables. Finalmente reporta que la cronicidad de la enfermedad es un factor que interviene en la velocidad de la recuperación, es decir, a mayor tiempo con la enfermedad, mayor número de sesiones en la intervención.

De manera similar, en cuanto a la IC la literatura refiere (Jiménez et al., 2017) que los constructos del ideal de delgadez se van formando desde edades muy tempranas (5 años) combinado con la alta exposición a comentarios negativos, las personas en edades adultas alcanzan un aumento en la distorsión de su imagen corporal optando por conductas desadaptativas para alcanzar los cánones de belleza esperados. Por ello la reestructuración del autoconcepto con su cuerpo se torna más complejo por la presión histórica ejercida (más aún en mujeres) en los diferentes entornos sociales como el familiar.

En este estudio de manera cuantitativa se pudo observar que los rangos promedio en la sintomatología de AN (pretest = 2.63; seguimiento = 2.06) e IC (pretest = 2.75; seguimiento = 1.88) disminuyeron, pero no de forma significativa, resaltando que en la fase

de seguimiento, las pacientes aún reportaban insatisfacción en abdomen, cintura, brazos, piernas, caderas, pecho y tez. Lo que refuerza la idea de que 10 sesiones de intervención resultan insuficientes para erradicar la insatisfacción con la IC. Por tanto, en futuras investigaciones donde se quiere llegar a más población con programas de intervención en línea se sugiere abordar desde las primeras sesiones la distorsión con la imagen corporal a través de juego de roles, entrenando y aplicando técnicas de reestructuración cognitiva sobre el autoconcepto corporal, y dando un seguimiento paulatino.

Respecto a la modalidad del diseño, se tomó la decisión de que fuera en línea debido al confinamiento por COVID-19. Esta modalidad resultó favorable para los participantes ya que pudieron acceder desde diferentes puntos geográficos y a partir de diferentes dispositivos electrónicos como tablets, teléfonos celulares y/o computadoras. Las formas de telecomunicación en este tiempo (de 2019 a 2022) crecieron significativamente, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las personas que se conectaron a internet desde su casa pasaron del 89.1% a 95.4%. Si bien la telepsicología ha incrementado la posibilidad de atención remota, una limitante, al menos en este estudio, fue la deserción en la tercera parte del programa, ya que se retomaron las clases presenciales, por lo que hubo un desajuste en la rutina de las participantes y al final del programa sólo continuaron 11 personas. Como área de oportunidad se sugiere que se cree una plataforma digital (p. ej. Moodle) donde se aloje material de consulta como videos, biblioterapia, ejercicios dinámicos, tablas de registro, foro de dudas que permitan darle continuidad a la atención en caso de no asistir a las sesiones sincrónicas.

Por otro lado, se realizó el análisis de cambio clínico objetivo (CCO), cambio clínicamente relevante (CCR), e índice de cambio fiable (ICF) por participante en las diferentes fases del estudio. Cabe recordar que un total de 8 participantes completaron las tres

fases del programa (pretest, postest y seguimiento). Si bien los índices de CCO, CCR e ICF, aportan información relevante de forma independiente, Kupfer (1991), propone que a partir del comportamiento de dichos índices en conjunto se puede derivar una interpretación generalizada, siendo esta: **Recuperado, Mejorado, No cambio, Deteriorado y Recaída**. Basado en las condiciones de cambio propuestas por Kupfer se identificó que la mayoría de las participantes ($n = 6$) mostraron **Mejoría** del pretest al postest y una **recuperación** del pretest al seguimiento, esto significa que la diferencia entre puntuaciones de pretest a seguimiento no fue tan grande como de pretest a postest.

De manera específica, en cuanto a la sintomatología de AN, dos participantes (caso 4 y 8) mostraron **No cambio** de pretest a postest, esto debido a que el caso cuatro tuvo una disminución tan drástica en su puntuación (de 36 a 7) que no fue fiable. Una posible explicación a este **No cambio**, es que la paciente reportó un índice de mejoría muy alto al momento de contestar el postest lo cual pudo deberse a la deseabilidad social y de acuerdo con Domínguez et al., (2012) al finalizar un programa de intervención, los pacientes pueden reportar una falsa sensación de mejoría, sin embargo, a largo plazo esta tiende a desvanecerse porque algunas conductas, pensamientos o emociones vuelven a surgir o son difíciles de sostener a largo plazo. Tal como se dio en el caso 7 que la paciente del pretest al postest reportó mejoría (de 2 a 0) y para el seguimiento su puntuación en el postest se elevó ligeramente (de 2 a 4), lo cual indicó un **No cambio**. No obstante, estas puntuaciones fueron mínimas durante las tres mediciones, reflejando un efecto de piso, es decir, donde las puntuaciones oscilan en el rango más bajo, lo que pudiera explicar el **No cambio**.

En cuanto a la sintomatología de bulimia nerviosa, en el caso dos la puntuación de pretest, postest y seguimiento se mantuvo estable (54-54-53) y en el caso tres disminuyó (de 144 a 67 para después en la fase de seguimiento subir a 117), en este último caso, el indicador

de Kupfer indicó que hubo cambio pero no fue fiable, lo cual, pudo deberse a que las pacientes reportaron tener diagnóstico de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad generalizada, mismos que tienen alta comorbilidad con AN y BN, haciendo más propensas las recaídas o teniendo una disminución sutil en conductas de purga ya que siguen prevaleciendo como respuesta inmediata ante la crisis (Mercado et al., 2022).

En cuanto a la sintomatología de insatisfacción con la imagen corporal, todas las participantes mostraron un cambio clínicamente relevante del pretest a posttest, no obstante, en tres de ellas el cambio no fue fiable (caso 1, 3 y 5), clasificándolas en la categoría **No cambio**. El mismo patrón ocurrió en la fase de pretest a seguimiento en el caso cuatro y cinco, resaltando que en este último caso, la paciente reportó de manera cualitativa tener inconformidad con su identidad de género “*nací mujer pero no me identifiqué como tal*” lo cual indica que la disforia de género puede estar relacionada con la IC, de acuerdo con Rabito y Rodríguez (2015), las personas con disforia de género tienen una disonancia entre su sexo biológico y su identidad de género, lo cual genera en las personas ansiedad por no ser físicamente como lo desean, llegando a tener insatisfacción con su cuerpo y una lucha constante por ser reconocidos por su identidad más que por sus caracteres sexuales primarios. Por tanto, en futuras investigaciones se sugiere evaluar la variable de disforia de género y cómo ésta puede estar relacionada con la IC o bien cómo la IC orientada a la delgadez podría discriminarse de la IC orientada hacia el cambio sexo genérico.

Finalmente, en cuanto a la adherencia al tratamiento hay que considerar el grado de disposición que tiene el paciente para el cambio, de acuerdo con el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1984), el proceso de cambio conductual consta de 5 etapas: **precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.**

Desde la **precontemplación** se explica a aquellas personas que aún no están preparadas para un cambio, es decir, no hay disposición para buscar ayuda lo cual puede demorar de uno a tres años.

En cuanto a la **contemplación** las personas consideran la ayuda debido a que reconocen que hay un problema. En este estudio desde que se publicó la convocatoria en redes sociales hubo personas interesadas en iniciar su proceso terapéutico, incluso 57 participantes se inscribieron al programa, solo que de esas participantes solo 47 lo iniciaron, lo cual, sugiere que 10 participantes pudieron no estar listas para el cambio, esto pudo deberse a factores de tiempo, confrontación emocional y falta de redes de apoyo, por mencionar algunas.

La fase de **preparación** se caracteriza por lograr iniciar con la fase de intervención, pero desistir o cuestionarse en un corto periodo de tiempo la utilidad de la intervención. En este estudio algunas participantes fueron desertando a partir de la tercera sesión y sólo 27 llegaron al término del programa.

La fase de **acción** se caracteriza por permanecer durante todas las sesiones de tratamiento y comprometerse con la aplicación de las técnicas aprendidas, esto puede medirse a través del número de asistencias, el cumplimiento de tareas, y la disposición a responder los instrumentos de evaluación durante el curso del programa. De las 27 participantes que iniciaron solo el 62.26 % llegaron al postest.

Finalmente, en la fase de **mantenimiento** las personas logran terminar el tratamiento y en un periodo de 3 a 6 meses aplican las técnicas aprendidas. En esta fase, de las 27 participantes sólo ocho contestaron el instrumento de seguimiento, lo cual pudo visibilizar dos situaciones; la primera es que sólo el 30% de las participantes iniciales llegaron a esta fase y la segunda es que para el caso de sintomatología de AN las participantes 4 y 5

mostraron un **No Cambio**, así como en la IC las participantes 7 y 8 también entraron en la categoría **No Cambio**. Una posible explicación a este no mantenimiento es que, durante esos seis meses, las participantes pudieron haberse expuesto a nuevos factores estresores como complicaciones laborales, exigencia académica y/ o problemáticas familiares.

Una propuesta para fortalecer la fase de mantenimiento es que se retomem sesiones específicas una vez al mes en las técnicas que estén dirigidas hacia las recaídas, haciendo énfasis en la tolerancia a la frustración ante nuevos cambios, así como readaptar su kit de primeros auxilios psicológicos ante nuevos eventos que las expongan a conductas desadaptativas como forma de autorregulación.

CONCLUSIONES

- En cuanto al efecto del programa de intervención en línea, hubo diferencias estadísticamente significativas únicamente del pretest al posttest en las mujeres con alteraciones en la conducta alimentaria, sin embargo, la insatisfacción con la imagen corporal, la sintomatología de AN y BN aumentó en la fase del seguimiento. En el caso del Índice de Cambio Clínico hubo diferencias significativas ya que la mayoría de participantes mostraron mejoría del pretest al posttest y una recuperación del posttest al seguimiento.
- Los estándares del ideal de belleza siguieron latentes en las participantes, en especial con partes del cuerpo como: el abdomen, piernas y caderas, sin embargo, se logró disminuir a un 0% la insatisfacción en cara y papada aun cuando las participantes estaban expuestas frente a una cámara, de manera conductual, a lo largo de las sesiones las pacientes ya mantenían encendida su cámara e interactuaban con las otras participantes del grupo.
- Finalmente, de manera cualitativa se logró observar que las estrategias brindadas durante el programa fueron de utilidad para las pacientes, ya que a través de comentarios verbales y en la encuesta de satisfacción del programa, las pacientes con BN reportaron que sus atracones disminuyeron y en el caso de las pacientes con AN la restricción alimentaria disminuyó. Finalmente, la IC disminuyó y hubo mayor aceptación de su cuerpo.

REFERENCIAS

- Altamarindo, M., Vizmanos, B., y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n5/v30n5a01.pdf>
- Alvarez-Rayón, G., Vázquez, R., Mancilla, J., y Gómez, G. (2004). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56. [.\(PDF\) Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias \(EAT-40\) en mujeres mexicanas. \(researchgate.net\)](#)
- Amaya, A., Alvarez, G., y Mancilla, J. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n1/v1n1a8.pdf>
- Barcia, M., Macías, P., Murillo, R., y Muñoz, V. (2019). Las emociones y su impacto en la alimentación. *Revista: Caribeña de Ciencias Sociales*, 7, 1-18. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/emociones-alimentacion.html/amp/>
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Revista de Salud Mental*, 35, 483-490. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1505/1503

Berengüí, R., Ángeles, M., y Soledad, M. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100001#B1

Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona (pp. 1-62). <https://sociales.uprrp.edu/ipsi/wp-content/uploads/sites/17/2020/12/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>

Bocanegra, D. (2022). *Correlación entre el nivel de ansiedad y la sobreingesta alimentaria en mujeres en edad fértil con obesidad durante la pandemia de COVID-19 adscritas a la UMF-1, IMSS, delegación Aguascalientes*. [Tesis de especialidad en medicina familiar, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio Institucional UAA. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2230/456558.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Blanco, B., Jurado, P., Blanco, L., Ornelas, M., y Solano, N. (2021). ¿Qué predice la realización de dietas? Dietas grasa corporal e insatisfacción corporal en un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista de Terapia Psicológica*, 39(1), 81-101. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v39n1/0718-4808-terpsicol-39-01-0081.pdf>

Bravo, (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos, 43-65. En A. Becerra y A. Leticia (coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-351). Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://www.qartuppi.com/2014/MEDICINA.pdf>

Cabas-Hoyos, K. (2020). Eficacia de la Telepsicología en intervenciones del área clínica y de la salud: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(3), 92-101.

<https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.13306>

Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.

<https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>

Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., de la Rosa, A., Baños, M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 22 (1), 45-54. [*Redalyc.Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana](#)

Caramillo, N., Cabada, E., Gómez, A., y Munguía E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 18

(1), 51-55. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>

- Corio, A., y Arbonés, F. (2009). Nutrición y Salud. *Revista SEMERGEN-Medicina de familia*, 35(9), 443-449. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359309728436>
- Contreras, M., Morán, J., Frez, S., Lagos, C., Marín, M., Pinto, M., y Suzarte, E. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(2), 97-102. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615000212?token=CFD5FAA9D89B9435092388ED95EBB1C0A5FDE6C213F8BCA675E97C0E01BFB3D22CE91B263DD613268E305F11311015F0&originRegion=us-east-1&originCreation=20230519122002>
- Cruzat, C., Haemmerli, C., y García, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 54-61. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100007
- Escandon, N., y Garrido, G. (2020). Trastorno por Atracción: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Revista de Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4), 108-115. <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77>

Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteir, C., Morán, N., García, M., y Sanz, J. (2018).

Tratamiento Psicológico por Videoconferencia de una Víctima de Terrorismo con Trastorno por Estrés Postraumático y Otros Trastornos Emocionales Comórbidos 30 Años después del Atentado. *Revista Clínica y Salud*, 29(1), 21-26. [Tratamiento Psicológico por Videoconferencia de una Víctima de Terrorismo con Trastorno por Estrés Postraumático y Otros Trastornos Emocionales Comórbidos 30 Años después del Atentado | Revista de psicología \(copmadrid.org\)](#)

Ekstrand, A., y Villanueva, E. (2011). Terapia Cognitivo Conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Revista Acción Psicológica* (8)1, 21-33. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>

Félix, M., Enríquez, D., Vilarino, P., Unzeta, B., Pérez, C., y Crespo, M. (2012). Importancia de la motivación en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco. (Eds), *Avances en Psicología Clínica: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica* (pp.93-96) <https://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/DOCUMENTOS/librocapitulosXcongreso.pdf>

Franco, K., Álvarez, G., y Ramírez, R. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 148-164. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n2/v2n2a9.pdf>

- Garner, D., Olmsted, M., Borh, Y., y Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6961471/>
- González, A., Martín, M., Montero, A., Gutiérrez, I., Herrera, S., y Fernández, A. (2012) Psicoeducación en trastornos de la conducta alimentaria: grupos para pacientes y familiares. En R. Quevedo-Blasco y V. J. Quevedo-Blasco. (Eds), Avances en Psicología Clínica: V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica (pp. 40-43).<https://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/DOCUMENTOS/librocapitulosXcongreso.pdf>
- Hernández, C., y Carpio, N. (2019) Introducción a los tipos de muestreo. *Revista ALERTA*, 2(1), 76-79. <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/7535/7746>
- Hernández., A. y León, R. (2012). Dieta restrictiva o ejercicio excesivo. ¿Qué eligen las adolescentes para reducir su talla? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 133-140. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n2/v3n2a6.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Bautista, M. (2014). *Metodología de la investigación*, (6ta ed.). McGraw-Hill. [Metodología de la investigación - Sexta Edición \(jalisco.gob.mx\)](http://www.jalisco.gob.mx)
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v37n2/1726-4642-rins-37-02-327.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023, 19 de junio). *Encuesta Nacional sobre disponibilidad y uso de las tecnologías de la información en los hogares.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf

Jiménez, P., Jiménez, A., y Bacardí, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 34 (2), 479-489. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v34n2/1699-5198-nh-34-02-00479.pdf>

Klein, A., Skinner, J., Hawley, K. (2012). Adapted Group-Based Dialectical Behaviour Therapy for Binge Eating in a Practicing Clinic: Clinical Outcomes and Attrition. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 148–153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367862/>

López, A., Martínez, A., Aguilera, V., y Valdés, E. (2021). Alimentación, integración y cambio de perspectiva. Retos del comportamiento alimentario. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1). 96-102. <http://www.jbf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/19/12>

Margherita, G., Gargiulo, A., Gaudio, R., y Esposito, G. (2021). Treating eating disorders in groups: A pilot study on the role of a structured intervention on perfectionism on group climate. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(2), 311-321. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/capr.12448>

Masson, P., Von, K., Wallace, L., y Safer, D. (2013). A Randomized Wait-List Controlled Pilot Study of Dialectical Behaviour Therapy Guided SelfHelp for Binge Eating Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 723-728.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24029304/>

Melián, G., y Queiro, A. (2020). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en anorexia nerviosa: una revisión sistemática. [Trabajo de fin de grado de Psicología]. Universidad de La Laguna, España.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20568/Factores%20asociados%20a%20la%20adherencia%20al%20tratamiento%20en%20la%20anorexia%20nerviosa%20una%20revisión%20sistemática%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Miranda, M. (2012). Comiendo compulsivamente: algunas teorías para explicar por qué ‘no puedes comer sólo una’. *Revista Digital Universitaria*, 13 (3), 3-12.

https://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/2002/art36_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Milena, S. (2010). Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. *Revista Luna Azul*, 31, 139-155. <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a10.pdf>

Moradi, M., y Akbar, A. (2017). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on clinical syndrome and body image in women with bulimia nervosa. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(5), 394-400. [jufile \(mums.ac.ir\)](http://jufile.mums.ac.ir)

- Nàpoles N., Blanco, H., y Jurado, P. (2021). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. *Revista de Psicología y Salud*, 32(1), 57-70. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2711>
- Navarro, M., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R., y Garcia, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 636-649. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-018-9906-9>
- Ochoa, T. (2013). Alimentación y diferenciación social: el caso de una comunidad en México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 2(1), 9-20. <https://journals.eagora.org/revSOCIAL/article/view/1227/785>
- Organización Panamericana de la Salud (5 de febrero de 2020). Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (2019-nCoV). <https://evidence.paho.org/handle/20.500.12663/419>
- Organización Mundial de la Salud (27 de abril de 2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>
- Ortiz, A., y Burdiles, P. (2010). *Consentimiento informado*. *Revista Clínica Las Condes*, 21(4), 644-652.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705824?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8b4310597866ac53

Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 15-29.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>

Pérez, A., y Fernández, H. (2002). Terapia cognitiva de grupo. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 8, 267-272. [*vertex50.pdf \(editorialpolemos.com.ar\)](#)

Perpiñá, C., Ferrero, Á., Carrió, C., y Roncero, M. (2012). Normalización de la ingesta en una paciente con anorexia nerviosa purgativa con el apoyo de un entorno virtual. Un estudio de caso. *Anuario de la Psicología Clínica y de la Salud* (8), 23-30.

[https://www.researchgate.net/profile/Conxa-](https://www.researchgate.net/profile/Conxa-Perpina/publication/236891464_Normalizacion_de_la_ingesta_en_una_paciente_con_anorexia_nerviosa_purgativa_con_el_apoyo_de_un_entorno_virtual_Un_estudio_de_caso/links/00b7d51b814cc14b86000000/Normalizacion-de-la-ingesta-en-una-paciente-con-anorexia-nerviosa-purgativa-con-el-apoyo-de-un-entorno-virtual-Un-estudio-de-caso.pdf)

[Perpina/publication/236891464 Normalizacion de la ingesta en una paciente con anorexia nerviosa purgativa con el apoyo de un entorno virtual Un estudio de caso/links/00b7d51b814cc14b86000000/Normalizacion-de-la-ingesta-en-una-paciente-con-anorexia-nerviosa-purgativa-con-el-apoyo-de-un-entorno-virtual-Un-estudio-de-caso.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Conxa-Perpina/publication/236891464_Normalizacion_de_la_ingesta_en_una_paciente_con_anorexia_nerviosa_purgativa_con_el_apoyo_de_un_entorno_virtual_Un_estudio_de_caso/links/00b7d51b814cc14b86000000/Normalizacion-de-la-ingesta-en-una-paciente-con-anorexia-nerviosa-purgativa-con-el-apoyo-de-un-entorno-virtual-Un-estudio-de-caso.pdf)

Pretorius, N., Arcelus, J., Beecham, J., Dawson, H., Doherty, F., Eisler, I., Gallagher, C., Gowers, S., Isaacs, G., Johnson-Sabine, E., Jones, A., Newell, C., Morris, J., Richards, J., Ringwood, S., Rowlands, L., Simic, M., Treasure, J., Waller, G., Williams, C., Yi, I., Yoshioka, M., y Schmidt, U. (2009). Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and

effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9) 729-736. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19515360/>

Rami, B., Mufeed, A., Ayman, D., Amjad, A., Aldeen, S. (2022). The prevalence of mental health outcomes among eating disorder patients during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 47, 141-147.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8810264/pdf/main.pdf>

Ramos, R., Alemán, J., Ferrer, C., Miguel, G., Prieto, V., y Rico, C. (2017). Guía para la práctica de la telepsicología. <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>

Ribot, V., Chang, N., y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19 (Supl. e 3307), S1-S11.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19s1/1729-519X-rhcm-19-s1-e3307.pdf>

Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A., y Paz, M. (2012). Terapias de tercera generación. En Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, 513-549. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A., y Paz, M. (2012). Terapia Cognitiva. En Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, 363-404. <https://capacpsico.com.mx/wp->

<content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

Safer, D., Adler, S., Masson, P. (2017). *The DBT solution for Emotional Eating: A proven Program to Break the Cycle of Bingeing and Out-of-Control Eating*, (pp. 1-278), New York, NY. <https://www.amazon.com/DBT%C2%AE-Solution-Emotional-Eating-Control/dp/1462520928>

Secretaria de Salud (2017, Enero 2). *Anorexia un trastorno en la conducta alimentaria*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20cada%20a%C3%B1o%20se,de%20edad%20la%20m%C3%A1s%20afectada.&text=La%20anorexia%20se%20presenta%20tanto%20en%20mujeres%20como%20en%20hombres>.

Scappatura, M., y Rutzstein, G. (25 al 27 de noviembre del 2020). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en los hábitos alimentarios y la Imagen Corporal*. [Jornada de Investigación] XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-007/269.pdf?view>

Soler, J., Elices, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 35-49. <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2793>

- Torres, A., Cisneros, J., y Guzmán, G. (2022). Comportamiento alimentario: Revisión conceptual. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9 (17), 38-44. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/view/8154>
- Van Spijker, B., Van Straten, A., y Kerkhof, A. (2014). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *Revista PLOS ONE*, 9(2), 1-8. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090118>
- Vázquez, A., Covarrubias, S., y Martínez, M. (2020). Trastornos psiquiátricos y de la conducta alimentaria durante la pandemia de COVID-19: El impacto de la mente en los hábitos saludables. *Revista digital RedCieN*, 4 (6), 45-53. [\(PDF\) TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: EL IMPACTO DE LA MENTE EN LOS HÁBITOS SALUDABLES \(researchgate.net\)](#)
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, L., Mancilla, M., Caballero, A., y Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Vázquez, R., López, X., Tellez, M., y Mancilla, J. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120. [*2007-1523-rmta-6-02-00108.pdf \(scielo.org.mx\)](http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/v6n2a00108.pdf)

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 11-14. <http://scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Villalobos, A., Unikel, C., Hernández, M., y Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Revista de Salud Pública en México*, 62(6), 734-744. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600734&script=sci_arttext

ANEXOS



Reglas

1. Llegue a tiempo. 10 min máximo de tolerancia.
2. Esperamos contar con su presencia cada semana. caopeatimentacion@gmail.com
3. Las sesiones son confidenciales. No repita **NADA** de lo que se trata en el grupo fuera de él.
4. Las sesiones se rigen bajo un ambiente de respeto y apoyo mutuo.
5. Haga la tarea.
6. Trate de ser lo más honesto(a) posible y expresarse tal y como Usted es y se siente.
7. No acapare la plática. 3 min max
8. Escuche atentamente a los otros miembros.
9. Haga preguntas. No hay preguntas "tontas".
10. Para pedir la palabra utilice la aplicación de Zoom "levantar la mano".

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS DE APOYO CAOPE: Alimentación e imagen corporal

24/10/24, 8:56

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS DE APOYO CAOPE: Alimentación e imagen corporal

El Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes y el Grupo de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala, le dan la más cordial bienvenida a los Grupos de Apoyo de Alimentación e Imagen Corporal. Sabemos que ha decidido unirse a estos grupos porque probablemente está atravesando por un momento difícil en su vida. Queremos que se sienta acompañado(a), que no está sólo(a) en sus problemas y que juntos podremos salir adelante.

Por lo tanto, los objetivos y beneficios de estos Grupos de Apoyo son:

- a) Proporcionar un espacio en el que pueda compartir sentimientos, intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo
- b) Adquirir habilidades de auto-observación y auto-monitoreo
- c) Aprender estrategias para regular las emociones, especialmente la ansiedad por comer
- d) Identificar y cambiar pensamientos relacionados con la imagen corporal que puedan afectar su autoestima

El programa está diseñado para que compartamos 10 sesiones, una semanal con duración de dos horas iniciando en la semana del 19 de abril de 2021 y finalizando la semana del 21 de junio. De acuerdo con los datos que Usted nos proporcionó le hemos asignado el grupo de los Martes de 18:00 a 20:00h

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Estoy de acuerdo con el horario que me fue asignado *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

2. Si Usted tiene algún inconveniente para unirse al grupo de este horario, podemos ofrecerle las siguientes alternativas, favor de marcar el horario que mejor le convenga:

Marca solo un óvalo.

- Jueves de 18:00 a 20:00h
- Viernes de 9:00 a 11:00h
- Sábado de 8:00 a 10:00h
- Sábado de 11:00 a 13:00h

3. En caso de no encontrar ningún horario alternativo que le convenga favor de marcar la siguiente casilla, se le asignará a una lista de espera y se le contactará cuando haya un horario como el que Usted propone.

Marca solo un óvalo.

- Ninguno de los horarios propuestos me acomoda por lo que solicito se me asigne a una lista de espera

4. Favor de anotar el horario que Usted solicita:

Requisitos para unirse a los Grupos de Apoyo

Para unirse a los grupos de apoyo, Usted necesita contar con una computadora o dispositivo electrónico con la aplicación de Zoom, un espacio privado en donde pueda hablar libremente de sus problemáticas, sin acompañantes, siendo Usted el único presente en la sesión y un internet estable que le permita interactuar con facilidad. Por motivos de seguridad y confianza terapéutica, necesitamos que mantenga su cámara encendida en todo momento.

Es muy importante que asista a todas las sesiones para no perder continuidad sobre las herramientas psicológicas que aprenderá en cada reunión. Queremos apelar a su comprensión ya que en caso de faltar a dos sesiones, será dado de baja del programa, ya que se está haciendo un gran esfuerzo por proveer este servicio de manera gratuita y la lista de espera es muy amplia.

Le informamos que con únicos fines de investigación las sesiones podrían ser grabadas, no obstante, su identidad (rostro y nombre) serán protegidos y en ningún momento se le expondrá públicamente. Por esta misma razón, queda prohibido grabar/tomar captura de pantalla de cualquier sesión.

Ser parte de estos grupos no representa ningún riesgo para su integridad física o emocional, no obstante, si alguna de las sesiones le genera malestar o incomodidad, puede abandonarla en cualquier momento cerrando la ventana del explorador y, si así lo desea, contactar a la responsables de la estrategia, la Dra. Mayaro Ortega Luyando (caopealimentacion@gmail.com), para recibir atención personalizada.

5. Después de haber leído los objetivos y beneficios de estos grupos de apoyo, acepto participar en ellos, estoy de acuerdo con el horario asignado (o en su defecto he especificado una alternativa), cuento con un dispositivo electrónico con Zoom, internet estable y espacio privado para conectarme; soy consciente que se me dará de baja si falto en dos ocasiones al programar y doy autorización de que las sesiones puedan ser grabadas con únicos fines de investigación

Marca solo un óvalo.

- Acepto ser parte de los Grupos de Apoyo
- No Acepto ser parte de los Grupos de Apoyo

6. Favor de escribir su nombre completo y número de cuenta/trabajador *

7. Favor de escribir su correo electrónico *

Una vez que haya aceptado el horario del grupo que le fue asignado, se le hará llegar un enlace Zoom donde se llevarán a cabo las sesiones. Queda prohibido compartir el enlace a otras persona que no estén inscritas en el programa y debe ingresar con su nombre completo para cotejar con la lista de invitados.

¡Gracias por contestar el consentimiento informado! ¡Hasta pronto!

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO 3. DIFUSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN E IMAGEN CORPORAL




Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales
 Unidad de Relaciones Institucionales
 Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes

 **¿Comes por ansiedad?**

 **¿La comida se ha vuelto un problema para ti?**

 **¿Te desagrada lo que ves al espejo?**



EN LA ESTRATEGIA DE
ALIMENTACIÓN E IMAGEN CORPORAL
 PODEMOS BRINDARTE HERRAMIENTAS PARA TRANSFORMAR
 TU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DE
 GRUPOS DE APOYO

¡ Hagamos las paces con la comida!



Cupo limitado
 solo para comunidad FES
 Iztacala

Como requisito inscribete en:
<https://n9.cl/47riyh>

Responsables de la Estrategia Alimentación e Imagen Corporal
 Dra. Mayaro Ortega Luyando
 Dra. Adriana Amaya Hernández

ANEXO 4. CARTA DESCRIPTIVA DE LAS SESIONES TERAPÉUTICAS

Número de sesión	Temática	Objetivos	Materiales y herramientas	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none"> Presentación y Terapia Cognitivo Conductual (TCC). 	<ul style="list-style-type: none"> Encuadre y explicación de objetivos del programa Los usuarios identificarán los elementos de la Terapia Cognitivo Conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de PowerPoint Zoom Reglamento Formato de registro de pensamientos, emociones y conductas 	<p>Se presentarán los coterapeutas con su grupo, se mencionarán las reglas de convivencia y se hará énfasis en que el objetivo del programa no está centrado en bajar de peso, posteriormente cada usuario se irá presentando con el resto del grupo (30 minutos). Posteriormente se explicarán los componentes de la Terapia Cognitivo Conductual (conductas, pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas) y de la Terapia Dialéctico Conductual. Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta <i>‘¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?’</i>. Como actividad para realizar en la semana, se dejará un registro de las conductas, emociones y pensamientos relacionados con alguna situación que ocurra durante la semana. Cabe resaltar que se enviará el registro por correo electrónico.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> Terapia Dialéctica Conductual y psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> Los usuarios identificarán por medio del modelo de la TDC la teoría bio-social. Los usuarios identificarán la diferencia entre grazing, 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de PowerPoint Zoom Esquema dialéctico 	<p>Se revisará la tarea de la sesión anterior y se dará retroalimentación (20 minutos). Los usuarios harán un ejercicio con base en esta pregunta <i>¿Qué te trae a este grupo?</i> y todos los usuarios deberán aportar ideas. Luego de ello se identificarán conductas, pensamientos y emociones</p>

		<p>alimentación emocional, ayuno y atracón.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios identificarán el ciclo del atracón y su función. 	<p>conductual</p>	<p>relacionados a una mala relación con la comida. Se explicará el modelo dialéctico conductual, cómo se originan los ambientes invalidantes-infectivos y la vulnerabilidad emocional.</p> <p>Por medio de ejemplos se mostrarán las diferencias entre los tipos de alimentación no saludables.</p> <p>De tarea, las participantes crearán su propio esquema TDC relacionado con la comida. Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta '<i>¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?</i>'.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivación para el cambio. ● Identificación de factores de riesgo. ● Establecimiento de objetivos personales. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios identificarán qué tan comprometidos están para el cambio y cuáles son los factores que mantienen las conductas desadaptativas. ● Los usuarios redactarán sus objetivos personales. ● Los usuarios conocerán la importancia de elaborar una carta compromiso con ellos mismos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación de PowerPoint ● Zoom ● Carta Compromiso 	<p>Se revisará la tarea de la sesión anterior y se dará retroalimentación (20 minutos). Posteriormente, se responderá a esta pregunta <i>¿Por qué quiero cambiar mi conducta alimentaria no saludable?</i> En lo que sigue, las usuarias ejemplificarán situaciones en donde hayan intentado dejar las conductas alimentarias no saludables sin éxito. Se hará un ejercicio de balance decisional en el que se ilustrará las ventajas y desventajas del cambio, así como de quedarse en la misma situación. Además, se les enseñará a los usuarios a redactar objetivos viables y concretos que contribuyan a su proceso terapéutico, luego de ello se compartirán algunos ejemplos.</p> <p>Se dejará de tarea que ellos hagan un balance decisional de su conducta alimentaria, así como elaborar su carta compromiso donde expongan sus objetivos personales a alcanzar en la intervención.</p> <p>Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta '<i>¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?</i>'.</p>

4	<ul style="list-style-type: none"> • Dietas restrictivas: ¿Por qué son un problema? 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios identificarán qué es una dieta restrictiva, si es recomendable hacerla y cuántas veces la han practicado. • Los usuarios enunciarán los mitos y verdades sobre las dietas restrictivas. • Los usuarios conocerán las consecuencias a nivel fisiológico, emocional y social de hacer dieta restrictiva. • Los usuarios identificarán los hábitos saludables al comer y relacionarse con la comida basados en el método No Dieta (Katz, 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de PowerPoint • Zoom 	<p>Se revisará la tarea de la sesión anterior, así como su carta compromiso (20 minutos). Por medio de estas preguntas: <i>¿Qué dietas conoces? ¿Cuáles has hecho? y ¿Cuáles te han funcionado?</i> se indagará sobre las dietas que conocen los usuarios y se ejemplificarán los mitos y verdades sobre dietas y el cuerpo.</p> <p>Se explicará el efecto a largo plazo que tuvieron los participantes que se registraron en el programa de entretenimiento “The biggest loser” al perder peso de forma acelerada mediante el estudio de Fothergill et al. (2010). Además, se explicará el método no dieta y sus alternativas para una mejor alimentación combinada con el movimiento.</p> <p>De tarea se dejará que los usuarios apliquen la siguiente fórmula durante la semana: <i>muévete+hambre+comida</i> e identifiquen si el hambre es real o emocional.</p> <p>Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta <i>‘¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?’</i>.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en atención plena (<i>Mindfulness</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios conocerán las consecuencias a nivel emocional de tener pensamientos de juicio y reclamo constante hacia ellos mismos. • Los usuarios aprenderán las diferencias entre la mente emocional, la mente sabia y la 		<p>Se revisará la tarea de la sesión anterior y se dará retroalimentación (15 minutos). Así mismo se ejemplificarán situaciones que han dejado de disfrutar por pensar en el pasado o en el futuro y no en el presente (aquí y ahora). Además, se hará un ejercicio con la balanza decisional donde narren alguna situación que hayan percibido como un ‘fracaso’ y describirán qué aprendieron de dicha experiencia.</p> <p>Se explicará la diferencia que hay entre la mente</p>

		<p>mente racional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios conocerán el concepto de aceptación radical y su relevancia para el manejo de las emociones. ● Los usuarios ejecutarán la técnica de atención plena (Mindfulness). 		<p>emocional, la mente sabia y mente racional, luego los usuarios plantearán una situación y/o experiencia en donde identifiquen alguna de ellas.</p> <p>Por otra parte, se modelará a los usuarios la técnica de atención plena (Mindfulness) por medio de un ejercicio que durará aproximadamente 15 minutos. Como tarea se quedará que ejecuten el ejercicio durante la semana. Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta '<i>¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?</i>'.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> ● Emociones. ● Entrenamiento en regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios identificarán los tipos de emociones y su utilidad. ● Los usuarios expondrán los mitos que existen alrededor de la expresión de las emociones. ● Los usuarios conocerán la respuesta fisiológica de las emociones. ● Los usuarios ejecutarán la técnica de respiración diafragmática para la regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación de PowerPoint ● Zoom 	<p>Se hará revisión de la tarea y en voz alta los participantes que así lo deseen leerán su carta compromiso y los objetivos propuestos para su posterior retroalimentación (20 minutos).</p> <p>Se explicarán las emociones básicas y secundarias, así como los mitos que hay acerca de estas. Asimismo, se explicará a los usuarios las funciones de cada emoción en el continuo de positivo a negativo. Pondrán algunos ejemplos de las ventajas de las emociones (tristeza, enojo, felicidad, asco, etc.) y luego se mostrará la reacción fisiológica (sistema simpático) que las emociones producen en el organismo ante una situación de estrés y el beneficio de encontrar una homeostasis (sistema parasimpático).</p> <p>Se mencionará que las emociones tienen una alta relación con la conducta alimentaria.</p> <p>Se modelará la técnica de respiración diafragmática y se dejará de tarea que los usuarios la practiquen por lo menos tres veces durante la semana.</p> <p>Finalmente se destinará un espacio de 10 minutos para que</p>

				los usuarios expresen dudas y se dé pie a responder la siguiente pregunta ' <i>¿Cómo te sentiste durante la sesión y qué aprendizajes te llevas?</i> '.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Se expondrá la definición de belleza de acuerdo con la Real Academia Española y se discutirá al respecto. • Los usuarios identificarán los ideales de belleza socialmente establecidos a través del tiempo y las culturas. • Se explorarán los ideales de belleza establecidos socialmente en la actualidad y en países de occidente. • Se ejemplificará con videos el efecto de los retoques digitales en la concepción de un ideal inalcanzable de belleza. • Se discutirá cómo los ideales de belleza han sido enseñados desde la infancia y se pondrán ejemplos mediante muñecas, figuras de acción y caricaturas animadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de PowerPoint • Zoom • Videos de YouTube Dove evolution: https://www.youtube.com/watch?v=Ei6JvK0W60I • https://www.youtube.com/watch?v=z2T-Rh838GA • https://www.youtube.com/watch?v=Ei6JvK0W60I 	<p>Se iniciará preguntando sobre la frecuencia y efectos de haber realizado la respiración diafragmática (10 minutos). Posteriormente, se psicoeducará sobre el significado de la belleza y sus ideales en las diferentes culturas (Latinoamérica, Asia y Europa). Se recabarán participaciones acerca de las modificaciones corporales (como constructo social) y para reflexión se hará la siguiente pregunta <i>¿Esos cuerpos y rostros son naturales?</i>, así mismo se reproducirán dos videos (de la campaña de Dove) que ilustran la modificación de la imagen corporal como parte de la industria para promocionar artículos de belleza, una vez que terminen los videos se hará la siguiente pregunta <i>¿Esto es belleza real o creada?</i> El propósito de esta pregunta es abrir la discusión sobre cómo el capitalismo influye en la construcción de los ideales/ estigmas de la imagen corporal.</p> <p>Finalmente se volverá a hacer la siguiente pregunta <i>¿Qué es para ti la belleza?</i> y como tarea se dejará que registren las veces que han visto alguna 'belleza creada' en los medios de comunicación y en otra lista que anoten las veces que han visto una 'belleza natural'. El objetivo de esta tarea es que recolecten evidencia cuantitativa sobre el número de veces que han sido expuestas a bellezas creadas durante una semana para posteriormente calcular el número de imágenes a las que han estado expuestas durante su vida.</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> • Fat talk 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios conocerán la 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de 	Se hará revisión de la tarea y se dará retroalimentación (20

		<p>importancia del lenguaje sobre las emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios identificarán el concepto de Fat talk. ● Los usuarios identificarán las formas sutiles de agresión hacia el cuerpo cuando hablan de él. ● Los usuarios ejecutarán las técnicas de asertividad para hacer frente a comentarios relacionados con el Fat Talk. 	<p>PowerPoint</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Zoom ● Registro del Fat Talk ● Registro del estilo de comunicación asertiva 	<p>minutos). Luego, se explicará el concepto del Fat Talk y los usuarios comentarán situaciones/experiencias en donde lo hayan escuchado, visto o practicado.</p> <p>Se explicará la técnica de asertividad (para que los usuarios hagan frente al Fat Talk relacionado con su cuerpo o alimentación) y mediante la técnica role playing se presentarán ejemplos de conversaciones con fat talk y cómo emplear un estilo de comunicación asertiva ante esos comentarios. Se cerrará este ejercicio con la pregunta <i>¿Qué tan difícil es el cambio?</i> Finalmente se dejará una tarea en donde se registren las veces que han practicado o escuchado el Fat Talk y otro registro donde apliquen la técnica de asertividad ante comentarios negativos sobre su cuerpo o la alimentación y cómo hicieron frente a estos empleando la fórmula de la asertividad.</p>
9	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios enunciarán la diferencia entre un “resbalón” y una recaída. ● Los usuarios identificarán la importancia de los “resbalones” en el proceso de cambio. ● Los usuarios ejecutarán habilidades de distracción para una emergencia emocional. ● Los usuarios crearán un botiquín de primeros auxilios psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación de PowerPoint ● Zoom 	<p>Se hará revisión de la tarea y se dará retroalimentación (20 minutos). Posteriormente se explicará la diferencia entre un “resbalón” y una recaída relacionada con la alimentación. Se explicarán qué habilidades de distracción pueden emplear durante “un resbalón”, además se hará un recordatorio de todo lo que se ha aprendido durante las sesiones y a manera de “kit de primeros auxilios psicológicos” se solicitará que realicen un acrónimo (con una palabra corta que sea fácil de recordar en una situación de crisis) y que evoque varias de las estrategias aprendidas en el programa. Por ejemplo:</p> <p>A tención plena M otivación para el cambio O rientar mis emociones R espiración diafragmática</p>

				Se dejará como tarea que los usuarios escriban una carta de agradecimiento a ellos mismos que verse sobre los logros que alcanzaron durante este programa.
10	<ul style="list-style-type: none"> ● Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los usuarios identificarán y verbalizarán las áreas de oportunidad para seguir trabajando en su conducta alimentaria e imagen corporal. ● Los usuarios comentarán su experiencia en el programa “haciendo las paces con la comida” haciendo énfasis en lo aprendido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación de PowerPoint ● Zoom ● ‘Rueda de la vida’ 	<p>Se hará revisión de la última tarea y se dará retroalimentación (30 minutos). Posteriormente se presentará una escala ‘Rueda de la vida’ del 1 al 10 (donde 1 es nada de avance y 10 mucho avance) donde los usuarios calificarán las áreas de oportunidad en las que deben seguir trabajando y se comentará con el resto del grupo que los cambios durante el proceso terapéutico se pueden generalizar a otras áreas de su vida. Además, se presentará nuevamente la metáfora de ‘la casa en llamas’ ahora con jardín.</p> <p>Se preguntará de manera aleatoria a los usuarios las herramientas que adquirieron y sus áreas de oportunidad para seguir con su proceso de cambio.</p> <p>Finalmente, se les recordará a los usuarios que contesten la batería de cuestionarios (en un máximo de una semana), además de la encuesta de satisfacción del programa.</p>