

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
(PRIMERA FASE)**

Angélica Patricia Moreno Ospina, María Ángela Niño Niño, Diana Constanza
Sabogal Salazar, Silvia Helena Salazar Restrepo

Asesor

Jannett Torres

Universidad de la Sabana

2003

Tabla de contenido

Tabla de apéndices 2.

Abstract 3.

Objetivo General 64.

Objetivo Especifico 64.

Variables 65.

Método 67.

Referencias 70

Intrucciones de Aplicación del Programa de Prevención primaria de los T.C.A 73.

Tabla de Apéndices

Apéndice A: Evaluación de los Trastornos en la Alimentación (EDI) 75.

Apéndice B: Circular Informativa y Contrato de Participación en el Programa de Prevención de los trastornos de la Conducta Alimentaria. 87.

Apéndice C: Acercamiento al Tema (Introducción) 90.

Apéndice D: Conocerme a mí mismo 99.

Apéndice E: Muriendo por Bailar 106.

Apéndice F: Autoestima 111.

Apéndice G: Calidad de Vida 133.

Apéndice H: Mi entorno y yo 140.

Apéndice I: Con quién cuento? 147.

Apéndice J: Evaluación del Proceso 154.

Apéndice K: Cierre del Programa 160.

Apéndice L: Cuadro de Programación de los Talleres 162.

Abstract

El objetivo de esta investigación es diseñar un programa de prevención primaria en los trastornos de la conducta alimentaria dirigido a la población universitaria, de primer semestre: la primera parte de una investigación que alrededor del tema desarrolla la Clínica Universitaria Teletón. La segunda fase será la implementación del programa que se muestra a continuación, donde se proporcionan elementos para prevenir esta problemática. La última fase corresponde a la evaluación del impacto que tiene el programa en los participantes. Para este fin se realizó una revisión teórica de Psicología, Psicología de la Salud, enfoque cognitivo conductual, prevención y los trastornos de la conducta alimentaria, así como una revisión empírica, en la que se recogen diferentes investigaciones a nivel nacional e internacional.

Diseño de un Programa de Prevención Primaria en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Uno de los problemas que en la actualidad tiene más fuerza dentro del diario vivir de algunos jóvenes y la cotidianidad de la sociedad es el de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales con el paso de los años y los cambios culturales que han dado cabida a nuevas formas de vida, se han venido fortaleciendo y difundiendo en la sociedad, trayendo consigo graves consecuencias tanto a nivel individual como grupal en el proceso de desarrollo que experimentan las personas.

Siendo concientes de la problemática y de los altos niveles de incidencia que se presentan actualmente se muestra que del 2% al 18% de la población Colombiana, se encuentra afectada por dichos desórdenes, de la cual el 90% son mujeres adolescentes. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que ponen en riesgo la vida y afectan notablemente a una población estimada del 10% de los jóvenes. Los adolescentes tienden a desarrollar dichos trastornos en mayor proporción que los problemas de alcoholismo o drogadicción. Recientes estudios llevados a cabo en otros países, tales como España y Estados Unidos revelan que el 37% de los jóvenes han estado a dieta y un 7% mostró síntomas de anorexia (Apostolides, M. 1999). Otra problemática importante dentro de este campo de trabajo se relaciona con serias complicaciones orgánicas, como infertilidad, osteoporosis, fallas renales y cardíacas. En este sentido la obsesión por la delgadez está dejando de ser una cuestión estética individual para convertirse en un auténtico problema de salud pública que afecta cada vez a más personas.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. Estos trastornos generan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Son problemas graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y en preferencia en la etapa preadolescente o preadulta; interfieren así en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio.

La bulimia nerviosa generalmente comienza a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan hacer dietas restrictivas, fracasan y reaccionan con atascarse; en respuesta a éste atascamiento, los pacientes se purgan, tomando laxantes, pastillas para dietas o medicamentos para reducir los líquidos, enemas o inducen el vómito que es el método más común; estas personas tienden a tener un peso de nivel alto normal, que fluctúa dependiendo del atascamiento y la purgación. La anorexia nerviosa es un estado de inanición y emaciación que puede ser realizado siguiendo una dieta severa o la purgación, la persona que sufre éste trastorno presenta un peso inferior al que sería de esperar, por su edad, peso y altura, así la mortalidad que provoca dicha enfermedad presenta índices altos; una tercera categoría corresponde al atascamiento o el comer compulsivo y excesivo, sin purgación.

Dentro de los trastornos anteriormente descritos, la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Ocurre generalmente en la

adolescencia, como se mencionó anteriormente, aunque todos los grupos de edad se ven afectados.

Dado el problema anteriormente descrito, en la Clínica Universitaria Teletón se pretende desarrollar un programa de atención integral, con el fin de prevenir los trastornos de conducta alimentaria, disminuyendo así la incidencia de dicho trastorno. La presente investigación hace parte de la línea de trabajo del área de Psicología Clínica y de la Salud, el cual consta de tres etapas para su desarrollo; la primera hace referencia al diseño de un programa de prevención primaria; la segunda corresponde a la implementación a partir de la cual será aplicada a la población estudiantil de la Universidad de la Sabana, la tercera y última corresponde a la evaluación en la que se tendrá en cuenta la pertinencia y la eficacia.

El ser humano es una unidad con tres componentes básicos que son: el biológico, el psicológico y el social; a partir de los cuales vive y se desarrolla en el mundo. No obstante llevar a cabo este proceso de una manera armónica e integral no es una tarea fácil, ya que la persona se ve expuesta a diversos factores externos e internos que le afectan, ya sea positiva o negativamente, facilitando o entorpeciendo el transcurrir de este.

El ver al hombre de manera unificadora, hace pensar que la explicación a los problemas que se le presenta en el transcurso de su desarrollo pueden orientarse desde las diferentes dimensiones que componen a la persona. Dentro de los problemas que más aquejan al ser humano en estos momentos se encuentran tres categorías fundamentales que son: la física, la mental y la emocional; las cuales a su vez se encuentran continuamente relacionadas entre si y con lo social, viéndose influenciadas unas por las otras en una especie de ciclo.

Por lo anterior es importante resaltar que la terapia Cognitivo Conductual, al igual que otros enfoques ha tenido éxito dentro de la Psicología, siendo de gran ayuda para la intervención en las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta el ser humano. Desde éste punto de vista surge el trabajo interdisciplinario en búsqueda de la equidad de salud. Es necesario tener en cuenta también el concepto de enfermedad, el cual hace referencia a alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal.

Se promueve entonces la conservación y el mejoramiento del estado físico, mental, emocional y social, así como sus transformaciones, respuestas, crecimiento y desarrollo del mismo; en este sentido, el concepto de prevención que constituye un campo de investigación que desde una conceptualización integral del ser humano, trata de utilizar los recursos disponibles tanto teóricos como prácticos a fin de prevenir la enfermedad, promocionando e incrementando el bienestar y la calidad de vida tanto a corto como a largo plazo, anticipando y planificando acciones que garanticen una prevención primaria óptima.

Para éste fin, se han establecido diversos programas de prevención y promoción de la salud, conformando distintas redes nacionales e internacionales que conllevan a apoyar significativamente, la disminución de la mortalidad, brindando estrategias existentes de diferente índole; y proporcionando condiciones óptimas de estilos de vida, que permitan considerar una cultura de salud que lleve al bienestar del individuo y de la población, reduciendo las perturbaciones y los desórdenes tanto mentales como físicos que afectan notablemente el desarrollo óptimo del hombre.

La presente investigación se encuentra enmarcada dentro de la Psicología, que es la ciencia que se encarga del estudio del comportamiento humano, desde una

perspectiva biopsicosocial del hombre, que comprende las tres áreas fundamentales a partir de las cuales se desarrolla un esquema funcional del comportamiento a partir del cual se busca promover el bienestar de la persona.

La Psicología es una de las ciencias interesadas en el estudio de la conducta humana; teniendo dos objetivos fundamentales que son, en primer lugar predecir la conducta y en segundo lugar controlarla o regularla, con el fin de vivir en una sociedad ordenada. Los primeros intentos para entender la conducta humana fueron realizados por los filósofos, quienes desde los antiguos Griegos proponían teorías a partir de las cuales relacionaban las formas del cuerpo con la personalidad; por ejemplo, la persona obesa se le veía como a alguien feliz, mientras que la persona delgada se le veía menos sociable y más infeliz. Del mismo modo se prestó bastante atención a la relación mente cuerpo, a partir de la cual más adelante se produjo grandes avances en lo que tiene que ver con medicina psicosomática. Sin embargo fue hasta finales del siglo XIX que se dio inicio a la Psicología experimental, en la cual a partir de experimentos se buscaba investigar la mente; desde entonces a través de los años la Psicología a trabajado por abarcar un sin número de trastornos con el fin de aliviar en gran medida los diversos padecimientos del ser humano. Para este fin se han estudiado los diferentes trastornos y enfermedades desde diversas posturas tanto teórica como práctica. Los trastornos alimentarios han alcanzado un gran protagonismo en los últimos años, por este motivo existen varios intentos para explicar la anorexia, la bulimia, los atracones y en general para explicar el trastorno de la conducta alimentaria. Algunas de estas teorías son fisiológicas, genéticas o físicas, otras son teorías sociales, psicoanalíticas y otras se basan en el análisis

conductual, considerando que el comportamiento puede ser modificado a través del reaprendizaje de hábitos y conductas adecuadas. (Wittaker, J.S; 1990).

En años recientes, se han ideado varias técnicas terapéuticas derivadas de los paradigmas del aprendizaje. Se les denomina terapia cognitivo conductual y modificación de conducta ya que en un principio se afirmó que estaban apoyadas en leyes de aprendizaje probadas experimentalmente y formuladas por conductistas. Los terapeutas dirigidos bajo dicho enfoque tratan de aplicar principios cognoscitivos y de aprendizaje a la modificación directa de la conducta, pensamientos y emociones manifiestas.

La perspectiva cognoscitiva ha adquirido recientemente un lugar preponderante en la terapia conductual. En general estos terapeutas en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria intentan modificar los procesos de pensamiento de sus pacientes, a fin de influir en sus emociones y conductas. Arón Beck un terapeuta y psiquiatra cognoscitivo de renombre se ocupa de la manera como sus pacientes deforman sus experiencias. El fin es entonces lograr que los pacientes cambien sus opiniones sobre ellos mismos y la forma en que interpretan los sucesos de la vida. En 1976, hubo un amplio reconocimiento con respecto a la novedad del tratamiento y al enfoque cognitivo conductual. Después del trabajo desarrollado por Arón T. Beck, hubo una serie de estudios de investigación realizados a fin de los años setenta y principios de los ochenta que examinaron la eficacia de la terapia cognitiva conductual. Estos estudios apoyaban claramente el potencial de esta terapia para mejorar satisfactoriamente los síntomas y los problemas de los pacientes y para estimular otros esfuerzos teóricos y de investigación.

Aunque la terapia cognoscitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, éste no es el único problema al que se ha aplicado dicha terapia. En la primera formulación de dicha postura Arón Beck trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse con problemas como la ansiedad, la depresión, la ira, los problemas interpersonales y los trastornos de la conducta alimentaria. (Bourchard, Granger, Ladouceur; 1991). El desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización. Otras aplicaciones más recientes, y en algunos aspectos menos desarrollados, de la terapia cognitiva incluyen los intentos de tratar con problemas tales como la soledad, las disfunciones matrimoniales, los trastornos de la personalidad y los síntomas psicóticos. Esta terapia, entonces ha ido más allá de ser únicamente un tratamiento para la depresión y ha extendido sus horizontes teóricos y terapéuticos en diversas direcciones.

La terapia cognitivo conductual es la primera línea de tratamiento para la mayoría de pacientes con trastorno de conducta alimentaria. Y es particularmente efectiva para la bulimia, especialmente cuando se combina con antidepresivos. Esta terapia se basa en el principio de que un patrón alterado de pensamiento sobre el propio cuerpo puede ser reconocido objetivamente y modificado, eliminando la respuesta alterada en contra de los alimentos.

Aproximadamente el proceso de terapia cognitivo conductual en el trabajo con dichos trastornos es de cuatro a seis meses, tiempo durante el cual el paciente se acostumbra a tres comidas incluyendo alimentos previamente evitados.

Durante este periodo el paciente en primer lugar aprende a monitorizarlas tomas de purgas o atracones, así el paciente comienza a reconocer y a identificar sus propias reacciones insaludables y sus pensamientos negativos acerca del comer

cuando están sucediendo; de esta manera el mismo paciente se permite descubrir a sí mismo con objetividad, sin autocrítica ni juicio sus actitudes equivocadas sobre su imagen corporal y la inaccesibilidad de un perfeccionismo que justifica la oposición de la comida y de la salud.

En cuanto al tratamiento farmacológico de los pacientes tanto para bulímicos como para anoréxicos, es importante hacer hincapié en que este se relaciona estrechamente con la postura cognitivo conductual; para la bulimia nerviosa y a causa principalmente de la elevada incidencia de la depresión frecuentemente se utiliza la medicación antidepresiva; sin embargo a través de diversas investigaciones se ha determinado que si el antidepresivo se administra sin asociar una terapia cognitivo conductual la tasa de éxito solamente es del 18%. Por el contrario ninguna de las terapias farmacológicas ha probado ser eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que usualmente acompaña y perpetúa el trastorno.

Se ha reconocido desde hace tiempo una interdependencia entre cognición, afecto, fisiología y conducta; en este sentido, los modelos cognitivos reconocen explícitamente esta interdependencia. Una manera de examinar la naturaleza multidimensional de la disfunción, es considerar a las formulaciones cognitivas con respecto a tres aspectos: las causas de la disfunción, los productos y el tratamiento de la misma.

El modelo cognitivo de la patología pone gran énfasis en el potencial de los individuos para percibir negativamente los acontecimientos que les rodean y, a través de estas percepciones negativas, crear en ellos mismos perturbación emocional. Desde esta postura se pueden realizar aproximaciones a una serie de problemas; sin embargo, existe todo un conjunto de cuestiones sin resolver sobre las causas de estos

que constituyen también temas pendientes para la terapia cognitiva. Uno de los problemas potenciales sobre la validación de los modelos planteados respecto a las causas de la patología, se debe a que el campo puede no tener todavía medidas de los factores teóricos de vulnerabilidad cognitiva. Aunque parece que la mayoría de las medidas de evaluación cognitiva se corresponden con el problema para el que fueron diseñadas, ha resultado más difícil establecer evidencia de la validez predictiva previamente a estos problemas.

En cuanto a los productos de la disfunción, se reconoce que este no es puramente cognitivo; los manuales de tratamiento de esta terapia afirman que existe la necesidad de una amplia evaluación de las personas que padecen trastornos, no solo para determinar dificultades del paciente sino también para guiar el plan del tratamiento. Todos los estudios sobre la terapia cognitiva conductual evalúan los resultados a lo largo de una serie de dimensiones, que incluyen el cambio cognitivo, conductual y afectivo. Aunque el modelo supone que la fuente de la perturbación se refiere a procesos cognitivos negativos, reconoce también el hecho de que las señales y los síntomas de la perturbación no son únicamente de esta índole. (Dobson K, Franche R. 1988).

Es así como cabe resaltar que el éxito del tratamiento se basa en una evaluación multidimensional, afirmando que el mecanismo principal por medio del cual se desarrolla la enfermedad es a través del sistema de valoración cognitiva y reconoce también el hecho de que la disfunción es un concepto multidimensional. Quizás uno de los mayores logros de la terapia cognitivo conductual sea el desarrollo de un gran número de técnicas terapéuticas orientadas específicamente a la modificación de los pensamientos disfuncionales automáticos y de las distorsiones

cognitivas. Otro logro importante de este enfoque de tratamiento es el hecho de que se han establecido también procedimientos sistemáticos para evaluar los esquemas, suposiciones y actitudes a largo plazo.

El hecho de que la terapia cognitiva conductual se centre en la cognición, no debería llevar a la conclusión de que estas terapias se preocupan únicamente del cambio cognitivo. Al igual que el modelo mencionado anteriormente supone que hay relaciones recíprocas entre el afecto, la conducta y la cognición, la terapia también intenta producir un cambio en estas tres áreas.

Basándose en la tradición empírica de la terapia de conducta, los terapeutas cognitivos conductuales han sacado provecho al documentar el resultado de su práctica terapéutica. En general, la revisión de los estudios de investigación muestran que aunque algunas de las investigaciones son problemáticas, desde una perspectiva metodológica general de resultados, es positiva para los diversos trastornos que afectan el bienestar del ser humano entre ellos el trastorno de la conducta alimentaria.

Según Nicky Hayes (1999 p.195) la explicación conductual de los trastornos alimentarios se basa en afirmar que la persona ha desarrollado una serie de hábitos de conducta surgidos por un refuerzo positivo frente a estar a dieta. Cuando el régimen de adelgazamiento produce un resultado que otros admiran, y con el que la propia persona se siente satisfecha, se siguen dietas más restrictivas. En consecuencia hacer dieta se convierte en un hábito adictivo. Para los pacientes con anorexia, bulimia y atracones, la atención que reciben por su problema también puede ser reforzante. Algunas adolescentes parecen utilizar la bulimia como forma de controlar a sus familiares, asegurándose de que siguen siendo el centro de atención, aún cuando

se supone que ya son mayores y más independientes. Además, esto puede implicar que la conducta de hacer dieta / vomitar recibe un reforzamiento poderoso.

“Existen varias formas de tratamiento para la anorexia, la bulimia y los atracones mediante terapia de conducta” (Davison Gerald, 2000 p. 76). En los casos más extremos, en que la paciente debe ser hospitalizada por riesgo de muerte, la terapia también puede ser extrema, con la implantación de privilegios básicos que deben “ganarse” con una conducta adecuada. Otras formas de modificación de conducta incluyen el uso de moldeamiento adecuado para enseñar mejores formas de interactuar con otras personas, o pautas de aprendizaje programado que ayudarán a la paciente a aprender a comer más y a tener una actitud más relajada para retener lo que come, (hábitos alimenticios).

Por lo anterior se puede resaltar que el objetivo final de la terapia es promover la salud del comportamiento buscando conductas adecuadas y positivas. De esta manera los profesionales de este enfoque hacen notable énfasis en las contingencias de reforzamiento que causan la conducta y los estados corporales que explica las diversas enfermedades que padece el hombre. (Skinner 1991).

Según el enfoque cognitivo conductual, los factores psicológicos también contribuyen al riesgo de desórdenes nutricionales, los cuales son ostensiblemente difíciles de tratar (Morris, 1997); la terapia de modificación cognoscitiva conductual ha sido una de las más reconocidas en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y ha tenido éxito para aumentar el consumo de alimento y para tratar el estrés físico en casos de anorexia. Así mismo esta terapia ha sido de ayuda para personas con bulimia, en especial cuando se les acompaña con técnicas para evitar el vómito y en los atracones con el fin de evitar el consumo exagerado de alimentos.

El análisis cognitivo conductual y la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria es una tarea compleja, dada la disparidad y cantidad de datos documentados sobre el tema que, incluso, pueden llegar a dificultar la comprensión de los mismos. Hasta hace poco tiempo el problema se venía trabajando de una manera bastante superficial por denominar de alguna manera la evaluación y el análisis que se realizaba. Se llevaba a cabo una profundización en el análisis de las distintas variables de la patología, de su inicio, curso y /o mantenimiento de la misma de manera simplista. Según José Luis Gómez Graña (1994) “desde la óptica biomédica la evaluación ha estado centrada en la exploración física del paciente con trastorno alimentario”, a fin de poder determinar o descartar el posible origen orgánico de la enfermedad, la presencia de otros trastornos y la valoración de los riesgos para la salud del paciente.

Desde el punto de vista de la Psicología, y específicamente desde el enfoque cognitivo conductual, la evaluación se ha caracterizado por un análisis exhaustivo de los hábitos alimentarios, patrones de actividad física y estado emocional de la persona.

Ambos tipos de análisis han sido insuficientes dado que la multicausalidad del trastorno hace necesario un trabajo interdisciplinar que integre el conocimiento proveniente tanto del área biomédica como del área psicológica, ambiental, conductual y social.

Las complejas interacciones de los distintos factores implicados en el trastorno deben ser descubiertos en el proceso de evaluación de forma que se introduzca para cada paciente, aquellos componentes de tratamiento que faciliten la resolución del problema. (José Luis Graña, 1994).

El estudio y análisis de los hábitos alimentarios; tanto aquellos relacionados con la dieta alimentaria como los referidos al estilo de alimentación de éste, constituirán una parte importante del proceso de evaluación antes de poder diseñar un programa de intervención. El método más empleado para evaluar esta área es la entrevista, la cual permitirá recoger una parte fundamental de la información. Desde el punto de vista cognitivo conductual, esta debe ser estructurada, teniendo que haber sido preparada para obtener información sobre los antecedentes internos de carácter fisiológico y/o cognitivo y los antecedentes ambientales externos que preceden a la ingesta, al vómito, entre otros, y finalmente los consecuentes tanto internos (fisiológicos y cognitivos) como externos.

Según José Luis Graña (1994) la entrevista conductual, los autorregistros (de alimentación), los autoinformes (para evaluar los hábitos alimentarios, la restricción y el seguimiento de dietas), cuestionarios y procedimientos de observación directa, son herramientas que permiten recoger información respecto a la situación del paciente, del trastorno y de su problemática.

Teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo conductual enfatiza en promover el desarrollo de conductas adecuadas, que le permitan a la persona desarrollarse de una manera funcional dentro del contexto en el que se desenvuelve es necesario contar con el apoyo de diversas áreas de conocimiento entre las cuales se encuentra la Psicología, la Medicina las cuales son dos áreas que se fusionan para poder trabajar en aspectos como la asistencia sanitaria con el fin de complementar planes de prevención, tratamiento y rehabilitación que afectan actualmente a la sociedad, lo que hace que la visión de la salud se replantee para trabajar más en conjunto con otras áreas referentes al ser humano y su bienestar.

Según Santacreu, Márquez y Rubio al hablar de prevención se referencia también los conceptos de salud y enfermedad; se hace necesario entonces resaltar los conceptos que alrededor del tema a desarrollado la Organización Mundial de la Salud, según la cual, se dice que una persona está enferma cuando alguna de sus partes órganos o subsistemas no funciona, pudiendo llegar a afectar a todo el sistema en su funcionamiento vital. También se considera que una persona está enferma cuando manifiesta cierta inadecuación o déficit de adaptación el cual no puede ser manejado por ella sola sino que requiere de alguna ayuda. Existe el ecosistema enfermo; el cual se refiere a un medio enfermo que produce personas igualmente enfermas que demandan una mayor asistencia sanitaria o social y que en ocasiones provoca conflictos y violencia.

Teniendo en cuenta la complejidad que trae consigo una patología, cualquiera que sea, se hace necesario desarrollar un trabajo interdisciplinario en el que a partir de los aportes de diferentes perspectivas se pueda dar solución a las problemáticas que se le presentan al ser humano, vistas desde la multicausalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) ha definido el término salud como “un estado de bienestar completo físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que ésta es más que la ausencia de enfermedad. (Bakal. 1996, p 15).

Principalmente las definiciones de salud se pueden dividir en dos categorías. Por un lado se encuentran las definiciones que consideran a la salud como el estado ideal de un organismo donde la enfermedad o el daño físico constituye desviaciones de la normalidad. Otras definiciones evitan entonces la dificultad de juzgar un estado

particular como saludable o insano considerando que el término salud representa una tendencia universalmente valorada como positiva.

En este sentido las conductas de salud se deben dirigir a mantener y promocionar la salud en ausencia de signos de enfermedad, contrarrestando así riesgos potenciales y peligros del ambiente. Se incluye dentro de las conductas de salud aquellos comportamientos que promueven el estado de salud en general, la práctica del ejercicio y/o el seguimiento de una dieta adecuada, centrándose básicamente en la prevención para el trastorno de la conducta alimentaria. (Roa Álvaro a. 1995. Pág. 519).

La OMS al igual que otras organizaciones trabajan en la búsqueda de la promoción en cuanto al mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos a nivel biológico, comportamental y ambiental principalmente.

La meta principal es la salud para toda la población haciendo uso de las diversas estrategias tales como la atención primaria en salud (APS) y la promoción de la salud (PS), fomentando así la salud y mejorando la calidad de vida de los individuos.

Con esta nueva visión sobre la salud, se abren nuevas áreas de trabajo que ayudan a tener una prevención enfocada hacia las enfermedades que surgen y afectan a diario a la sociedad; demostrando así, el equilibrio entre lo emocional y lo físico, dando como resultado la salud de la persona. Partiendo de esta premisa, se puede decir que la Psicología de la salud comprende el desarrollo y aplicación de la teoría y la competencia psicológica enfocada a las acciones del sistema de salud; lo cual lleva al Psicólogo a realizar actividades investigativas que incorporen tres dimensiones con el fin de establecer diferencias en cuanto a las patologías de orden psicológico,

comportamental y físico; siendo estas dimensiones: el nivel de actividad que va desde la investigación básica hasta la evaluación de las aplicaciones, el objetivo de la intervención y el tipo de la intervención.

La intervención es básica para los psicólogos puesto que proporciona las herramientas necesarias para abrir nuevas áreas de investigación buscando desarrollarlas, profundizarlas y explorarlas generando estrategias preventivas que eviten patologizar puesto que la base principal es biopsicosocial y pretende trabajar con un equipo multidisciplinar.

Para tener una mejor comprensión acerca del término Psicología de la salud se considera necesario conocer las raíces históricas de dicho planteamiento, el cual fue utilizado por primera vez por Stone, Cohe y Adler (1979), causando polémica ya que se estaba creando una nueva área de exploración para la Psicología, a partir del cual surgieron diferentes definiciones sobre esta; la primera y a la cual se hará referencia fue la de Matarazzo (1980), citado por Alfonso Roa Álvaro (1995) quién la define como. “El conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la promoción de la enfermedad y el tratamiento y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.”

Esta definición fue complementada por la APA en su reunión anual de 1980; donde se resalta la importancia del análisis y la mejora del sistema de salud así como la formación en política sanitaria.

Relacionado a lo anterior según Alfonso Roa Álvaro la educación para la salud es la preparación permanente del individuo para conocer su organismo desde el

punto de vista físico, mental y social; así como el ambiente de vida desde el aspecto ecológico y social con el objetivo, de saber vivir en salud (protección, prevención, curación) y de participar con la comunidad en la protección de la salud colectiva. En este sentido se encuentra una correlación entre la Psicología de la salud y la educación para la misma, ya que el objetivo primordial es aportar desde un cuerpo teórico y metodológico mejoras tangibles a la población portadora de disfunciones tanto físicas como conductuales y psicológicas. Es preciso mencionar en cuanto a la metodología de la educación en salud que a través del tiempo se ha trabajado principalmente en la divulgación informativa por medio de campañas relacionadas a la prevención de las diversas patologías a las cuales se ve expuesta la población con el fin de poner en práctica la promoción de hábitos y conductas óptimas buscando la salud en todo el sentido de la palabra para el ser humano.

Es necesario el trabajo interdisciplinario con el fin de desarrollar campañas de educación para la salud que aporten integralmente cambios actitudinales, conductuales y cognoscitivo de la población.

La meta general debe ser entonces trascender la información de prevención en salud, intentando aplicar técnicas e instrumentos para los diversos trastornos en este caso, el trastorno de la conducta alimentaria buscando una óptima modificación del comportamiento y una promoción de conductas saludables.

Relacionado a lo anterior “la salud conductual no se centra únicamente en que el individuo o la población en general conozca diversidad de contenidos de salud, sino que también los ejecuten proporcionando estrategias que faciliten el conocimiento de las conductas favorecedoras de la salud” (Roa, 1995, p.512).

Es de interés fundamental que se incorporen medidas y programas de prevención primaria, incluyendo aquí la evaluación de aspectos cognitivos, actitudes y creencias acerca de la salud y los factores ambientales facilitadores o inhibidores de esas conductas inadecuadas.

La Psicología de la salud se preocupa por el bienestar de la población, teniendo en cuenta los comportamientos que tienen las personas, con el fin de promover las conductas saludables y de prevenir aquellas que se encuentren en riesgo de contraer alguna enfermedad.

El término prevención es de origen latino y hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Relaciona dos conceptos previos; de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever - que hace referencia al acto de saber con anticipación lo que ha de pasar -, avisar, advertir - que está relacionado con el hecho de dar a conocer a otros lo que va a suceder -y precaver- que se refiere al la acción de tomar medidas para evitar o remediar algo. Se considera importante tener en cuenta que existen diferentes tipos de prevención que se desarrollan según el momento del curso en el que se encuentra la enfermedad en el momento de comenzar a tratarla. De esta manera, se entiende por prevención primaria toda actividad que busca informar acerca de la situación particular antes de que ésta se desarrolle, evitando así un posible daño. La segunda clase de prevención es precisamente la secundaria, la cual, hace referencia a aquellas actuaciones que se realizan con el fin de impedir la enfermedad o el daño que pueda sufrir una población determinada que ha sido previamente identificada como población en riesgo, donde la enfermedad, bien puede ser incipiente o bien, puede no tener un diagnóstico lo

suficientemente claro. La prevención terciaria, es entendida como aquellas actuaciones que se llevan a cabo cuando la enfermedad ya está diagnosticada, pero aún es incipiente, es decir que se están comenzando a presentar los primeros síntomas y lo que se busca es prevenir estados más avanzados de la enfermedad. Por último se encuentra la prevención cuaternaria, la cual hace referencia a la intervención que se realiza cuando la persona ya padece o ha padecido anteriormente la enfermedad y ha sido tratada con un resultado de curación o por lo menos con un efecto paliativo de los aspectos más nocivos y se cree que las posibilidades de recaída son muy altas. Teniendo en cuenta los planteamientos anteriormente expuestos se puede decir que la prevención cuaternaria corresponde a la prevención de recaídas que se hace en la clínica.

Después de realizar un breve recorrido por los tipos de prevención más comunes, se hace necesario hacer una salvedad y es que la simple difusión de información no es suficiente para que ésta tenga el efecto deseado, es necesario que las personas, a partir de la información proporcionada, desarrollen las estrategias adecuadas que permitan contrarrestar los factores de riesgo a los que se pueden encontrar expuestos eventualmente, además los receptores del programa de prevención deben juzgar como evidente y fácil lo que deben hacer, de lo contrario, no es posible que se logre tener impacto sobre la población en la que se están focalizando todas las acciones preventivas.

Una vez se ha establecido la población con la cual se va a trabajar, se debe plantear entonces el tipo de prevención que se va a desarrollar, determinando los factores de riesgo a los que se ve expuesto el grupo; teniendo en cuenta sus características personales y las de su entorno, así como los comportamientos

habituales que presentan, con el fin de establecer cuales son los comportamientos saludables o deseables que deberán ser reforzados (hábitos alimenticios) y cuales son los que deberán ser modificados (vómitos, uso de laxantes, diuréticos y enemas), por ser considerados poco saludables o nocivos para la persona que necesita encontrar la manera de acomodarse en su mundo y no logra hacerlo de un modo adecuado. En lugar de cambiar su forma de relacionarse con ella misma y con su entorno (su familia, sus amigos, su comunidad y su cultura), la persona se vuelca en la comida que le permite olvidar, le proporciona una ilusión de control y la protege de la vulnerabilidad. En lugar de escuchar las señales de su cuerpo, crea reglas. Se obsesiona con cifras y rutinas en vez de confiar en la intuición y hacer lo que siente que es bueno para ella.

Los trastornos de la alimentación tienen su origen en la persona, en la manera en que experimenta esos factores según su biología, sus experiencias anteriores, el ambiente en que se mueve y los consejos que recibe de los demás.

Cada persona nace con una tendencia que la lleva a gravitar hacia ciertos estados emocionales, como melancolía, depresión, optimismo, obsesión, timidez, curiosidad, entre otros. Unas personas aceptan y exploran estos estados emocionales, otros aprenden a manejarlo de una manera saludable y finalmente otros intentan suprimirlos a través de una manera obstructiva de enfrentarse a la situación.

Muchos de los progenitores hablan de su cuerpo, sus rutinas alimenticias, sus restricciones, y todo esto delante de sus hijos, consiguiendo así que ellos aprendan de sus padres y sigan sus mismas pautas, desarrollando muy posiblemente un trastorno de la conducta alimentaria.

El comienzo de los trastornos de alimentación se produce en oleadas. La primera ocurre a los trece años, la segunda a los dieciocho, año en que la mayoría de los jóvenes ingresan a la universidad o dejan de estudiar y la tercera en la etapa de la premenopausia.

Estos trastornos se están volviendo cada vez más frecuentes en el mundo entero, afectando especialmente a la población juvenil. Se estima que el 35 % de las mujeres llevan a cabo ingesta voraz de comida, el 8 % intenta controlar su peso por medio de vómito autoinducido y cerca del 6 % abusa de los laxantes (Comportamiento anormal Cáp. 17, Pág. 501).

Teniendo en cuenta que la población con mayor vulnerabilidad a los TCA es la adolescencia, a continuación se hará una breve descripción de su desarrollo. Esta etapa comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios (aparición de vello pubiano y axilar, crecimiento de las mamas en las niñas y de los testículos en los niños) que indica que ya se ha puesto en funcionamiento el proceso de la pubertad; es decir, que ya hay secreción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona) que son las que motivan la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Estas hormonas sexuales son también las causantes de un crecimiento acelerado de los huesos largos, dando lugar al llamado “estirón puberal”. Estos huesos también tienen que crecer en densidad ósea o masa ósea por lo que el aporte de calcio es fundamental en esta época dado que, además, la capacidad de retención del mismo es mayor.

A partir de la pubertad y debido precisamente al efecto normal de las hormonas femeninas, las chicas tienen una mayor tendencia que los chicos al cúmulo

de grasa, principalmente a nivel de las caderas. En esta edad se producen también cambios psicológicos importantes, ya que el adolescente trata de buscar su propia identidad, adoptando la actitud típica de oposición y rebeldía frente a la familia.

La alteración alimentaria más frecuente es la del patrón alimentario, con importantes irregularidades en cuanto al horario y cantidad de las comidas (por ejemplo, no desayunan y luego picotean constantemente durante todo el día). Asimismo, es una época de riesgo porque es cuando se inician los hábitos de consumo de alcohol y del tabaco; muy a menudo por una tendencia a la imitación dentro del grupo de amigos. Además, y en parte debido a la presión ejercida por la publicidad y el modelo de éxito unido a la delgadez extrema (a pesar de la gran presión de la publicidad que incita a beber y a comer constantemente), se pueden observar las alteraciones de la conducta alimentaria propias de la anorexia nerviosa y de la bulimia. (Riobó Serván Pilar, 1999).

La preocupación constante por la esbeltez, el peso y las dimensiones corporales puede volverse tan extrema que llegue a desarrollarse uno de los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, bulimia o atracones. Por este motivo el autoconcepto o la opinión que uno tiene de sí mismo, es un factor importante de la personalidad, que sirve de pauta interpretativa y guía de las experiencias vitales. Existen diversos aspectos de la persona que se hallan relacionados con el autoconcepto, como núcleo alrededor del que giran cualidades y experiencias.

La familia juega un papel decisivo en la elaboración de la imagen corporal por medio de la información que el hijo recibe respecto a ese aspecto.

Cada persona posee una imagen de su físico, que en parte, puede contrastar por sí mismo o bien a través de comparaciones con los demás. Estos pueden ser mitos

elaborados por motivaciones estéticas y comerciales que, por medio de la publicidad, se convierten en el arquetipo de belleza. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas.

En el autoconcepto se reflejan variables personales, sociales, ambientales, intelectuales y afectivas. Algunas investigaciones señalan que los sujetos con alto autoconcepto se diferencian de aquellos con bajo autoconcepto en: su ajuste psicológico, autoestima, estabilidad emocional, seguridad, salud mental, pensamiento más flexible y con menos prejuicios y aceptación de sí. (Gimeno Sacristán José,1976).

Es importante tener en cuenta que un bajo autoconcepto es un factor de riesgo que facilita la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que en general forman parte de enfermedades con gran repercusión y eco social. Sin embargo esto va acompañado de una cierta confusión en la adecuación de los modelos asistenciales y en el papel que los profesionales de Atención Primaria deben tener en esa intervención. Ello adquiere especial importancia dado que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema público y la prevención secundaria o detección precoz, que es una de las más potentes predictoras de buena evolución. Sin embargo si a la situación de alarma social se le añade la falta de experiencia, preparación y adecuación a enfermedades que presentan un componente social importante el profesional de la salud se encuentra con reacciones de todo tipo en los profesionales encargados de atenderles. Siguiendo el esquema que propone Greta Noordenbos, se resumen los problemas de interacción entre los médicos generales y los pacientes que sufren un TCA en: Aplazamiento por parte del paciente en la

presentación de las quejas, aplazamiento por parte de los profesionales de la salud en realizar el diagnóstico al inicio de la enfermedad, la deficiente comunicación entre estos y el paciente, las negativas actitudes de los médicos generales hacia los pacientes con TCA, la influencia de las diferencias de género del paciente y profesional y las intervenciones inadecuadas por el médico general y otros especialistas.

Aunque la mayoría de los adolescentes disfruta de una buena salud, muchas de sus conductas les ponen en situación de riesgo. Ello supone un cambio fundamental en la provisión de los servicios de salud, orientándose cada vez más a la prevención primaria y secundaria.

El conocimiento de los riesgos y el adecuado tratamiento en la atención primaria, además de ofrecer unos servicios de alta calidad, permitirían reducir el riesgo potencial de continuar con algún trastorno en la edad adulta.

Dado que la incidencia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) está aumentando y la evolución a la cronicidad y residencia es común, el médico general debe familiarizarse con ellos.

Los TCA aparecen como el fin de un continuum que comienza con el deseo de perder peso por la dieta. Sin embargo no se puede reducir a un simple y sencillo mecanismo causal para el desarrollo de cualquier TCA; sus factores causales son multivariantes y multideterminados. Se habla de multifactorialidad, con una combinación de factores de riesgo generales y específicos y con un poder acumulativo. Con una exposición al riesgo en diversos ambientes y contextos: familia, escuela, compañeros, sociedad, etc, que además nace básicamente interfiriendo en la etapa del desarrollo puberal.

Por lo anterior se pueden deducir tasas tales como: 40% de los pacientes con TCA se recuperan; 30% pueden mejorar pero no se recuperan totalmente y 30% permanecerían crónicamente enfermos. Los trastornos de la alimentación son una enfermedad de larga evolución con una media entre 4 y 7,5 años, aunque nos encontramos con enfermos con una evolución de más de 20 años.

La prevención e intervención precoz son de vital importancia, aunque algunos autores nos recuerdan que no existe suficiente evidencia aún para afirmarlo.

Dichas intervenciones deberían dirigirse a: los médicos generales que pueden jugar un papel muy importante para identificar a los pacientes con TCA antes de que serias complicaciones se desarrollen y, a la vez incidir en la línea de la prevención primaria y secundaria en el ámbito educativo, espacio en el que encontramos a los adolescentes, población de mayor riesgo para el desarrollo de éstas patologías lo que requiere que se desarrollen estrategias efectivas de prevención.

El adolescente que presenta un TCA de estas características inicialmente no solo no es consciente de su problema sino que incluso está satisfecho con su conductas adelgazantes. No hay conciencia de enfermedad y como mucho hay una cierta vivencia de malestar psicológico. También puede ocurrir en otras ocasiones que los sentimientos de vergüenza impidan este reconocimiento.

En algunos estudios se llega a manifestar que la media entre el inicio de un TCA y la primera visita al médico llega a los 4 años. Pero además cuando van a la consulta frecuentemente ésta visita está forzada por terceras personas. En una muestra de 108 pacientes con AN y BN sólo el 45% habían tomado la iniciativa para visitar al médico de cabecera, 23% aconsejaron ir y 32% fueron enviadas por otros que insistieron en la necesidad de la visita.

Los pacientes se muestran reacias por miedo a que las engorden, a ser ingresadas o sencillamente a ser etiquetadas como enfermas mentales.

En el primer estadio de su TCA estos pacientes pueden preguntar a su médico para ayudarlos en sus conductas de adelgazamiento. Su principal queja es el estreñimiento por lo que ellos preguntan por dietas especiales y laxantes incluso diuréticos.

La sustitución de problemas psicológicos por quejas físicas son muy comunes en los trastornos mentales y también en los trastornos alimentarios. Así en un estudio en el que se detecta que el 38% presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico pero solo el 2% presenta inicialmente el problema como psicológico.

Un estudio de Cambridge por Whitehouse y cols (1992) descubre una prevalencia de AN de 0,2% (1 caso), total de BN de 1,5% (8 casos) y parcial BN 5,4% (29 casos). La mitad de las pacientes con BN no han sido identificadas por el médico general y dos de estas pacientes han sido derivadas a especialistas por complicaciones derivadas a su trastorno alimentario.

Hoek, Tabla 1, concluye que menos de la mitad de los pacientes con AN son diagnosticados correctamente por el médico general frente a solamente el 10% de los pacientes con BN.

En un estudio llevado a cabo en Escocia y que estudia el periodo entre 1965 y 1991 observa que los equipos de atención primaria no derivan a los servicios especializados más precozmente los casos de anorexia pero si descubren un aumento de la derivación de las formas menos graves.

La falta de profundización en el tema hace que la actitud de los profesionales del área de la salud encargados de la Atención Primaria ante los TCA sea un

problema que afecte a la salud mental de las personas que se enfrenta a este problema. Por lo cual se debe ahondar mas allá de la queja y haciendo preguntas sobre el ajuste social y emocional, nutrición, hábitos sexuales, tabaco y otras sustancias a las que se ve enfrentada la persona.

Un problema importante es la actitud negativa de los profesionales de la salud con los pacientes con trastorno de la alimentación. La resistencia de los pacientes a comer en ocasiones no es comprendida por los médicos, generando desconfianza e incluso hostilidad. Si además niegan su enfermedad y se resisten a ser tratados las dificultades son mayores.

Los problemas de comunicación entre pacientes y médicos puede también estar causado por las diferencias de sexo entre las partes implicadas. Mientras que la mayoría de las pacientes con TCA son mujeres hay más médicos varones. Estas diferencias pueden inhibir a las pacientes a expresar sus dificultades, mientras que los médicos pueden tener dificultades en la comprensión de las pacientes. Para la mujeres es difícil revelar sus conductas alimentarias porque asumen que los médicos masculinos no comprenden que las mujeres estén tan preocupadas por su aumento de peso. Los pacientes varones pueden también ser reacios a hablar con sus médicos de su trastorno alimentario ya que algunos de ellos sienten que es “una enfermedad de chicas”. Además esta idea prevalece en la mentalidad de los médicos. Este es uno de los aspectos que hacen los TCA en los hombres esté muy infraestimado. (Imaz Roncero Carlos, 1999).

A menudo existe confusión entre las conductas alimentarias y un trastorno alimentario, por ejemplo, hay individuos que comen en exceso pero en sí esto no es suficiente para dar un diagnóstico de bulimia. Sólo se puede dar el diagnóstico de un

trastorno de alimentación cuando se cumple la mayoría de los criterios para diagnosticarlo.

La anorexia nerviosa fue descrita por primera vez como un síndrome psiquiátrico por Gull y Lasegue en 1868, con el nombre de “Apepsia histérica”, y más tarde, rectificado “anorexia nerviosa”. Sin embargo, existían otros informes de pacientes con síntomas que se parecían a la anorexia y al a bulimia nerviosa antes de 1973, como lo hizo Morton en 1964; llamándolo “agotamiento nervioso” y James en 1943 descubrió a pacientes con apetitos voraces.

Siendo esta una patología de gran curiosidad para la ciencia, muchos científicos, desde años atrás, han deseado estudiarla a profundidad principalmente buscando la raíz desencadenante de esta.

A continuación se hará una breve reseña histórica de los principales investigadores que hablaron de esta patología.

El psicoanálisis estudia la anorexia nerviosa a partir de las estructuras psicológicas básicas, ligadas a regresiones afectivas y dominadas por el problema de la sexualidad infantil.

Según Bruch, el factor más relevante del trastorno es la imagen corporal; lo llamó “el trastorno de la percepción de las necesidades del cuerpo”, así como un sentimiento de impotencia (disimulado por el negativismo y la desconfianza de los contactos).

Henyer, Midroux, Mens, Carrier, Cremieux, Decourt, entre otros; consideran la “anorexia como un trastorno instintivo afectivo, bien sea del tipo de una “perversión” o bien del tipo de una “regresión” hacia una edad anterior del desarrollo instintivo-Afectivo.

Según J. Boutonnier, “la angustia de una ambivalencia dramática entre la necesidad de ser adulto, asumiendo su autonomía, y la imposibilidad de romper los lazos de dependencia afectiva que la ata a la madre”.

Del nivel instintivo-afectivo donde se sitúa el hombre, en el curso de su desarrollo normal, “socializa” sus conductas alimentarias, el apetito se sitúa en un nivel de conducta más elaborado e integrado dentro de un contexto afectivo y sociocultural que poco a poco le condiciona.

Los conflictos afectivos origen de conflictos alimentarios se sitúan en distinto niveles: los conflictos pueden ser actuales y consistentes, ligados a las frustraciones condicionadas por los acontecimientos o las perturbaciones familiares. Estos pueden ser arcaicos e inconsciente, su fuente se sitúa en los estadios más primitivos del desarrollo instintivo – afectivo. Es en esta encrucijada del encuentro entre motivaciones consciente e inconsciente donde tiene origen la anorexia nerviosa.

Luego entró la preocupación por la terapia, volviéndose un tema desafiante hasta el extremo de que aún no se puede hablar de unas pautas definitivas y sistematizadas, como tampoco aceptadas por la mayoría de los expertos. Tal es así el carácter desafiante de esta enfermedad a la hora de cómo llevar a cabo su tratamiento, que nos encontramos con pautas tan discordantes como inverosímiles.

En los últimos años los investigadores clínicos se han centrado en el temor a la obesidad y a las perturbaciones de la imagen corporal como un componente importante de los trastornos de la conducta alimentaria.

Soulairac, siguiendo a Pavlov plantea que otra línea de investigación que se ha preocupado por estudiar dicha problemática se relaciona con la intervención de los

acontecimientos exteriores que, por intermedio de las constructoras neocorticales, inciden sobre los mecanismos diencéfalo - hipofisarios.

En este sentido la anorexia es entendida como un trastorno extraño y misterioso. Una persona con dicho trastorno tiene un temor intenso de volverse gorda y de manera literal “se mata de hambre. Aun cuando tiene una apariencia esquelética, estos pacientes niegan la gravedad de su condición física y creen que no están delgados. La incapacidad para evaluar de forma objetiva la condición física de sí mismo es característica de este trastorno. Otros de los síntomas característicos de ésta son; el miedo intenso a ganar peso incluso estando por debajo del peso normal, negación del peligro del bajo peso corporal, exagerada y constante autoevaluación, negación a sentir hambre, disminución continua del peso, frío constante y amenorrea (ausencia del ciclo menstrual) por lo menos de tres ciclos consecutivos, entre otros.

Por otro lado en diversas investigaciones dos tipos de teorías explicativas para los trastornos de la conducta alimentaria; por una parte la teoría fisiológica, que se centraría en un posible déficit en el hipotálamo; y por otro están las teorías psicológicas. Entre éstas últimas vale la pena resaltar dos; la primera considera la bulimia y la anorexia principalmente como una respuesta evocadora de ansiedad, causada a su vez por el miedo a ser obeso. (Rosen y Leitenberg, 1984). En esta teoría la persona bulímica por ejemplo utiliza diversas estrategias para no ganar peso (vomito y purgas), lo cual disminuye notablemente su ansiedad y por ende su miedo a engordar. El anoréxico por el contrario tiene bastantes dificultades para etiquetar sus estados emocionales, la alteración en la conducta alimentaria en el anoréxico, se produce cuando este no puede controlar sus reacciones emocionales.

La segunda de las teorías psicológicas que vale la pena mencionar es la hipótesis de Schachter y Rodin (1974) sobre la dependencia externa. Esta teoría supone que tanto los bulímicos como los anoréxicos, no regulan su conducta de comer a partir de indicios internos de hambre o saciedad, sino a partir de claves externas.

En cuanto a la clasificación médica del trastorno se encuentra que hay dos tipos de anorexia descritas por el DSM IV.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. (Por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (Por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Algunos hechos que pueden resultar como desencadenantes de una anorexia nerviosa son; aparición de la pubertad (cambios físicos del cuerpo), comentarios negativos respecto al cuerpo, insatisfacción general y situación de estrés.

Ciertos factores de predisposición que se han encontrado hasta el momento son; el carácter individual, las características de personalidad las familiares y las biológicas.

En cuanto al mantenimiento de dicha patología se encuentran aspectos como: la mala nutrición, imagen corporal negativa, aislamiento y presión social, entre otros.

Para realizar un mejor diagnóstico a continuación se presenta la clasificación diferencial del DSM IV:

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. En la mujeres pospuberales, ausencia de amenorrea.

Otro de los trastornos alimentarios fundamentales a los que se encuentra expuesta la población es la bulimia, la cual se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta voraz (el consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un periodo discreto de tiempo), al menos dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses. El paciente siente una pérdida de control sobre la ingestión de alimentos y usa medios inapropiados para controlar el peso tales como vomitar, tomar laxantes y diuréticos y hacer ejercicio en exceso. Los episodios de ingestión de comida pueden ser detenidos cuando aparece dolor abdominal o por vómito autoinducido.

Una preocupación excesiva persistente por la imagen corporal y el peso también caracteriza a este trastorno; como otros de los síntomas se encuentra la presencia de atracones recurrentes, uso del baño inmediatamente después de las comidas irregularidades menstruales, fluctuaciones frecuentes de peso, imposibilidad para dejar de comer voluntariamente, sentimiento de culpa o vergüenza acerca de su forma de comer, provocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayunos recurrentes, ejercicio en exceso, evaluación constante de su peso y silueta corporal.

En cuanto a la clasificación médica del trastorno se encuentra que hay dos tipos bulimia descritas por el DSM IV.

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Algunos hechos que pueden resultar como desencadenantes de una bulimia son; aparición de la pubertad (cambios físicos del cuerpo) insatisfacción general, situación de estrés.

Ciertos de los factores de predisposición que se han encontrado hasta el momento son los siguientes; no poder hacer dietas, carácter individual, características de personalidad, características familiares y características biológicas.

En cuanto al mantenimiento de dicha patología se encuentran aspectos como; una mala nutrición, imagen corporal negativa, aislamiento y presión social, fluctuaciones frecuentes de peso y pérdida del autocontrol.

Para realizar un mejor diagnóstico a continuación se presenta la clasificación diferencial del DSM IV:

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (Por ejemplo, sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio en exceso.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

4. La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Para finalizar esta descripción de los trastornos de la conducta alimentaria más comunes se explicará a continuación los atracones. El cual hace referencia a cuando una persona come más de lo que considera que debe, se atraca de alimentos y siente que no puede parar de hacerlo. Sin embargo, no tiende a compensar estos atracones con conductas drásticas tales como vomitar, usar diuréticos, laxantes o hacer exceso de ejercicio, como en el caso de las personas con bulimia o anorexia.

Por lo general estos individuos se atracan de comida, suben de peso y consultan repetidamente a los especialistas por exceso de kilos o por obesidad; además se caracterizan porque sienten que pierden el control y no pueden dejar de comer (como los bulímicos) pero como se mencionó anteriormente no intentan hacer dietas restrictivas, sino más bien tienden a sobrealimentarse.

Dentro de los síntomas más significativos se encuentran; el comer más rápido que la mayoría de las personas y realizarlo hasta sentirse saciada en exceso, ingerir grandes cantidades de alimentos, sin estar sintiendo hambre, comer a solas o a

escondidas debido al malestar que produce el verse comiendo tanto, preocuparse porque otros se den cuenta de lo que hace; normalmente, después de sobrealimentarse, se siente culpable, deprimida y disgustada consigo misma y con el mundo.

Este trastorno aparece en personas con características muy similares a las que presentan bulimia. Sin embargo, éstas, aunque sienten que no tienen el control sobre la alimentación, si poseen e identifican otras áreas de control; como por ejemplo, son buenas deportistas, reconocen e identifican sus logros, y los valoran, cosa que los bulímicos no hacen.

Aunque es un trastorno no tan severo como los otros, también requiere de atención, pues tienen dificultades con la comida, el cuerpo y las relaciones interpersonales. Éste trastorno puede ser la entrada a una anorexia o a una bulimia, pero, usualmente se mantienen en atracones.

Suele aparecer en la adolescencia y puede persistir en la edad adulta, debido a que sus consecuencias no son tan graves.

Es importante reconocer que se presenta un círculo vicioso similar al de la bulimia, en donde se da un aumento de peso, seguido de malestar y sentimiento de culpa, que provoca la realización de una posible dieta, y esta facilita a su vez un nuevo atracón y así sucesivamente.

Teniendo en cuenta las graves implicaciones que estos trastornos traen consigo, es importante generar alternativas de solución frente a dicha problemática puesto que el control de la alimentación es algo que actualmente presenta una fuerte influencia en la sociedad.

Es indudable que este problema hace caer en trampas de tipo psicológico, en las cuales aparecen pensamientos e ideas absurdas que en lugar de ayudar, distorsionan la realidad; por ejemplo, “si me pongo a dieta adelgazo, si dejo de fumar engordo”. Es por ello que se debe educar a la población infantil, que es la más vulnerable a padecerla, puesto que es aquí en donde se está empezando a formar su personalidad y es muy fácil que sigan conductas y roles a los cuales se quieren parecer (modelos, actrices), pero que en realidad no conocen el mundo al cual se condicionan.

Tanto la bulimia como la anorexia y atracones alteran el equilibrio corporal y hacen enfermar al cuerpo. El psicólogo frente a esta problemática cumple un papel fundamental, puesto que dentro de su función como profesional está la de realizar tanto prevención como intervención, así como también enseñar y fortalecer comportamientos adecuados para mejorar la calidad de vida del ser humano.

Sin embargo, es de vital importancia tomar conciencia del problema que se vive tanto en las personas que padecen la patología como en quienes la rodean tales como a sus familiares, amigos y allegados, para así poder formar una red de apoyo fuerte y estable en la sociedad.

Esta enfermedad debe ser combatida por medio de programas de prevención, debido a que las investigaciones muestran que el incremento de personas que la padecen es alarmante.

Se considera que saber comer es un tema de educación y estilo personal. Hay que acompañarlo de un tipo de ejercitación física y otros hábitos positivos de salud.

Hay que comer para vivir y no vivir para no comer. Pues como se mencionó anteriormente, el primer planteamiento que hay que hacerse, es reconocer, la

problemática que se presenta realizando un proceso de metacognición el cual implica darse cuenta de lo que se piensa respecto a las conductas y someterlas a análisis, de tal manera que éstas se vean con más objetividad, y proyección hacia un cambio comportamental que promueva el desarrollo óptimo del ser humano.

Los trastornos de la conducta alimentaria tiene un importante interés sociosanitario, por su peculiaridad, gravedad, interés social, complejidad, evolución y manejo. Es por esto que a través del tiempo se han desarrollado diversos estudios frente a la mortalidad y la prevención de esta enfermedad.

La anorexia, la bulimia y los atracones son enfermedades cuyo número de casos se ha triplicado en nuestro país en los últimos diez años y, según los datos, está creciendo a un ritmo de un 20% y un 30% anual.

Las estimaciones y la prevalencia de estas enfermedades en los Estados Unidos fluctúan de 2% al 18%. La gran mayoría de pacientes cerca del 90% son mujeres. Aunque solo el 10% de los adultos son hombres y 25% son niños sus números están incrementando. La estimación de la Bulimia entre mujeres jóvenes varia del 4% al 10% sin embargo este porcentaje es subestimado por que muchas de estas personas son capaces de ocultar sus purgaciones y no se vuelven perceptiblemente enflaquecidas. Por consiguiente la frecuencia del diagnostico se da después de los dieciocho años de edad; este trastorno ha incrementado más rápido que la anorexia a través de los últimos cinco años.

Una encuesta reciente realizada a los estudiantes de quinto y sexto grado reporto que el 73% de las niñas y el 43% de los niños querían esta más delgados y el 19% del grupo expreso actitudes desordenadas hacia el comer. Entre los años cincuenta y los setenta la incidencia de la anorexia se incrementó en casi 300%.

Cerca del 94% de estas personas son blancas, sin embargo en las personas no blancas se presentó la misma caracterización de los síntomas.

Es importante tener en cuenta que estas tasas de incidencia no solamente se dan en los Estados Unidos sino también en otros países desarrollados.

Un estudio en Carolina del Sur informó que dos terceras partes de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque solo el 20% en realidad estaban en sobre peso, otros estudiantes informan que un 79% de las mujeres jóvenes en universidades se han atascado y que más de la mitad de las mujeres en estados Unidos están a dieta. Así mismo en otra investigación respecto a cómo las niñas comían antes y después de la pubertad se mostró que las más jóvenes comían grandes proporciones de comida apropiadas para su peso corporal, estaban satisfechas con sus cuerpos y la depresión estaba asociada con un consumo de comida menor. Después de la pubertad las niñas comían casi tres cuartas partes de la comida recomendada, tenían una autoimagen más pobre y la depresión incrementaba con consumos de comida mayores. Estas niñas no presentaban trastornos del comer, pero el estudio indica como esta edad vulnerable puede hacer a los adolescentes más susceptibles frente a los factores que causan los trastornos del comer.

Para muchos expertos es evidente que los factores emocionales negativos en la familia o en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer.

Algunas investigaciones (Apostolides, M. 1999) han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las de los bulímicos son críticas y desinteresadas. Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos; los estudios han indicado que los

padres y los hermanos que también son excesivamente criticones pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de la anorexia en las niñas. Otro estudio sugiere que las personas que tiene una imagen distorsionada de sus cuerpos es probable que hayan carecido de afecto físico y que las mujeres que han sufrido de abuso sexual tienen mayor predisposición para padecer un trastorno del comer que las personas con depresión. Las personas con bulimia tienen mayor probabilidad de contar con una historia familiar de abuso de sustancias que personas anoréxicas o sin trastorno.

Otras de las investigaciones como las de España (BACE, boletín de información N°1, Abril de 1999) se centran en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino u hormonal, de personas con trastorno de la conducta alimentaria.

Otros han informado que del 30% al 50% de las personas con anorexia, han sufrido las perturbaciones menstruales antes que la malnutrición severa haya ocurrido. Esto se considera como evidencia de que un problema hipotálamo pituitario precede al trastorno.

Parece que hay un riesgo hereditario tanto para la bulimia como para la anorexia; la anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, aunque los expertos no precisan exactamente el factor hereditario. Muchos anoréxicos tiene un metabolismo más rápido que las personas normales, quizás dificultando más el subir de peso. Está propensión genética hacia la delgadez acompañada de factores culturales y psicológicos predisponen a las personas a desarrollar la anorexia; otros rasgos hereditarios que pueden contribuir al desarrollo de esta puede ser el trastorno de personalidad, una vulnerabilidad a un trastorno

emocional, como la depresión o el trastorno obsesivo compulsivo, o una propensión para la obesidad que pueda promover una dieta compensatoria.

En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, se muestra que 33% de ellas abusaban del alcohol y un 28% abusaban de las drogas, con un 18% tomando dosis excesivas, siendo la cocaína y las anfetaminas, las drogas abusadas con mayor frecuencia por aquellas mujeres que padecen éste trastorno.

Muchos estudios de grupos de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que varían del 4% al 20%. Debe notarse que el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos del 60% de lo normal. Algunos estudios incluyen la muerte por suicidio, que se ha logrado calcular dentro de más de la mitad de las defunciones por anorexia. El riesgo para la muerte prematura es dos veces más alto en bulímicos anoréxicos así como en los tipos que restringen sus dietas. Las personas en mayor riesgo también incluyen a las que han estado enfermas por más de seis años, quienes estaban obesas antes de que se volvieran anoréxicas, tenían trastornos de personalidad y matrimonios disfuncionales. Los hombres están a un riesgo particular para los problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque son diagnosticados más tarde que las mujeres ya que el problema es menos probable de ser reconocido en ellos.

También se han desarrollado alrededor del tema investigaciones realizadas en Madrid España (Centre ALBA, 1999) donde se llevó a cabo una entrevista a 2602 jóvenes entre 15 y 25 años de edad; de 52 centros educativos públicos y privados. Este estudio se llevó a cabo en dos fases; una de carácter cualitativo, en la que se analiza la posición de los jóvenes respecto a la salud y otra cuantitativa, en la que se estudian sus hábitos de salud: alimentación, ejercicio físico, entre otros.

Respecto a la parte cualitativa del estudio, se llega a una serie de conclusiones respecto a las enfermedades más significativas para los jóvenes, encontrando que son las relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria y el consumo de sustancias nocivas para la salud. El estudio también indica que los jóvenes sólo entienden la ruptura de la salud como un acontecimiento imprevisto, sujeto al azar, lo que los lleva a asumir grandes riesgos para su salud. Por lo que a la parte cuantitativa se refiere, de las 2602 entrevistas realizadas, se extraen los siguientes datos: en el ejercicio físico, el 77% de los madrileños, realiza alguna actividad física la mayoría de los días; en el 51% de los casos esa actividad es vigorosa e intensa, registrando diferencias notables entre los hombres y las mujeres, demostrando que los primeros hacen en un 70.4% ejercicio mientras que las mujeres lo hacen en un 34.5%. En cuanto a los hábitos alimenticios, las conclusiones no son suficientemente satisfactorias; así un 42.9% de estos jóvenes consume menos leche y derivados lácteos de los recomendados para estas edades, al igual que frutas (25.8% que no llega a consumir una ración diaria), verduras y hortalizas.

Por el contrario el consumo de carnes y otros derivados (embutidos y salchichas) es muy elevado, siendo la media de 3.38 raciones diarias. También es muy frecuente el consumo de galletas, bollería,(29.2% consume dos o mas veces al día estos alimentos), arroz, pasta y legumbres (una media de dos raciones de cada uno de estos alimentos a la semana), pan (dos raciones diarias), huevos (cinco o seis por semana), pescado (entre tres y cuatro raciones semanales).

El estudio resalta la preocupación de los jóvenes por estar incluidos dentro de los cánones estéticos. Así, un 16.9% de los consultados reconoce haber realizado en

los últimos 12 meses una dieta para adelgazar. Reafirmando que el porcentaje es mucho mayor entre las mujeres (26.8%) que los hombres (5.9%).

Según los datos el 11.9% de las mujeres se consideran gordas y el 33.3% estiman que tienen un peso superior al que les correspondería. Para ellas la salud es igual a belleza y belleza es igual a salud. En la edad de la adolescencia como anteriormente se mencionó es muy frecuentes los excesos alimenticios.

Esto explica el alto porcentaje de las jóvenes que en estas edades se someten periódicamente a dietas de adelgazamiento, compaginándolas con exceso en la comida.

En la universidad de los Andes (Bogotá-Colombia) se encontraron dos tesis sobre los trastornos de la conducta alimentaria las cuales son: patrones y relaciones familiares asociados a hábitos alimentarios desadaptativos en mujeres adolescentes (1997) en donde el objetivo era de conocer y determinar las características del sistema familiar y de la claridad de los límites establecidos así como el tipo de disciplina que impera.

La muestra fue de 100 mujeres adolescente entre los 15 y 18 años de edad, de un nivel socio-económico medio alto de un colegio femenino que cursan décimo y once.

En este estudio se aplicaron las siguientes pruebas: EDI, Symptom checking (EDI-SC), el eating disorder inventory (EDI-2), el test de la familia y la escala de parentalidad de Steinberg. (1997)

La segunda tesis se llama análisis de las actitudes y comportamientos alimentarios e imagen corporal según sexo y estrato socio-económico en escolares de tercero, cuarto y quinto de primaria en Bogotá (2001). Esta investigación se realizó

con el fin de examinar actitudes y comportamientos alimentarios así como imagen corporal e influencias de la familia en la percepción de la mencionada anterior mente. La población fue de 325 niños y niñas entre los 10 y 13 años de edad de estrato socio-económico bajo, medio y alto.

Las pruebas que se aplicaron fueron el CHEAT (Children eating attitude test) prueba de imagen corporal en niños, prueba sobre influencias de la familia en la percepción de la imagen corporal; además se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) y el estado nutricional de cada uno de los niños.

El éxito de la terapia para los trastornos de la ingesta depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad del paciente y el deseo de cambio; la duración de su trastorno; la edad a que comenzó la enfermedad; su historial familiar; su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la concurrencia de otros trastornos como la depresión.

Estas enfermedades implican problemas contra los que los pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas. Pero un buen programa de tratamiento ayudará a reforzar la autoestima y enseñará a los pacientes como enfrentarse a sus problemas sin incurrir a conductas autodestructivas. Para los pacientes que lo necesitan, el programa también ayuda a restaurar la salud y la fuerza físicas. En general los tres objetivos principales de la terapia son:

1. Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representan una amenaza para la vida.
2. Enseñar al paciente a comer normalmente, reestructurando pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.
3. Investigar dichos pensamientos, con la esperanza de cambiarlos.

Respecto al proceso de evaluación, antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y de su voluntad para cambiarlos.

Se han desarrollado varios cuestionarios especializados para evaluar a los pacientes, los cuales ayudan a identificar las actitudes de las personas hacia el peso y la figura, y clarifican las características psicológicas como los rasgos de personalidad, grado de desempeño social y problemas similares.

La entrevista de evaluación ayuda al médico a obtener una idea más clara del estilo de vida de la paciente, su peso actual, historial de dieta y fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso, la familia, los intereses y las ocupaciones exteriores.

Quizá el aspecto más importante de la psicoterapia para los trastornos de la ingesta es el desarrollo de una relación cálida entre los pacientes y su terapeuta. A las personas afectadas por estos trastornos frecuentemente les resulta difícil confiar en los otros, en especial cuando se les pregunta por hábitos de la ingesta que ellas mismas consideran raros o repulsivos; temen que todos los demás también se sienten asqueados. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta.

Los métodos de terapia tradicionales animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, el paciente adquiriera una nueva percepción de sus acciones y las cambia.

La modificación de la conducta es una forma de terapia quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra solo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre la base de un principio muy simple: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigos o ignorar la conducta no deseada. Por ejemplo, a una anoréxica que alcanza una meta de peso predeterminada se le puede permitir ver una película o dejar de ir a clase un día. Si no logra alcanzar la meta, puede prohibírsele que vea la televisión. Un sistema similar de premios y castigos da resultado con una paciente bulímica. De esta manera, la terapia cognitivo conductual (TCC) combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. TCC implica los siguientes pasos:

Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamiento.

Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.

Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.

Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas

Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Según un estudio reciente, esta terapia era más beneficiosa que los medicamentos o la terapia individual. Puesto que muchas personas bulímicas creen

que son las únicas que se dedican a esas horribles practicas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas.

Se sabe menos acerca de la terapia de grupo para la anorexia nerviosa. Algunos terapeutas se lamentan de que en grupo las anoréxicas compiten por ver quien consigue mantener el peso mas bajo o pasar mas tiempo sin comer. Además, la terapia prolongada que necesitan muchas anoréxicas provoca que muchos grupos sean inapropiados, puesto que no es usual que un grupo de terapia dure tanto tiempo.

Muchos terapeutas recomiendan la terapia de familia como parte del tratamiento contra la anorexia nerviosa, porque las anoréxicas con frecuencia son mas jóvenes que las bulímicas y todavía viven con sus familias. La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta.

En cuanto a la terapia nutricional, el objetivo de esta es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo, se debe estar libre de temor a que todo lo que coma engorde. Lo cual implica un muro de negación: la insistencia en que le gusta el aspecto que tiene, le gusta como es, no le pasa nada, sus hábitos alimentarios son buenos. Aquí no hay trucos psicológicos, pero el paciente debe enfrentarse a una firme prueba de que esta demasiado delgado, el hecho de que siente frío todo el tiempo, que le hace daño sentarse en una silla dura o que simplemente esta un 30% por debajo del peso ideal para su edad y estatura.

Para los pacientes bulímicos, el desafío consiste en aprender que comer pequeñas cantidades de sus comidas favoritas no conduce necesariamente a una sesión de atracón y purga. Hacia el fin de la terapia, se recomienda que el menú semanal del paciente incorpore pequeñas cantidades antes prohibidas, de manera que

compruebe que consumir éstas no lleva automáticamente a un atracón. Si el deseo de atracón se vuelve irresistible, algunos médicos recomiendan tres estrategias: distracción, retraso o repetición.

Respecto a la farmacoterapia se puede decir que ninguna de éstas ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña por lo general y perpetúa el trastorno. Los efectos de la inanición intensifican los efectos secundarios y reducen la eficiencia de los medicamentos antidepresivos. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso. La fluoxetina (prozac), sertraline (zolofot), paroxetina (paxil), venlafaxine (effexor) y la fluvoxamina (luvox) son medicamentos antidepresivos conocidos como inhibidores de reabsorción de la serotonina selectivos (SSRI, por siglas en inglés); ahora se recomiendan como tratamiento de primera línea contra el trastorno obsesivo-compulsivo y pueden ayudar a las personas con anorexia. Por lo general se necesitan dosis altas para el trastorno obsesivo-compulsivo; para los pacientes que responden bien a la terapia inicial, la terapia de mantenimiento de dosis baja puede ser suficiente, aunque la mayoría de los pacientes no tienen en un principio una respuesta plenamente adecuada.

Pueden causar ansiedad y son lentos en ser efectivos. Se recomiendan dosis más bajas para las personas con bulimia. Algunos médicos recomiendan cyproheptadine (periactin), un antihistamínico, que puede estimular el apetito. No hay evidencia hasta la fecha, de que alguna farmacoterapia tenga beneficio específico contra la anorexia nervosa, y en la mayoría de los casos, los trastornos de la depresión y pensamiento mejoran con el aumento de peso.

Además del tratamiento inmediato de cualquier problema médico grave, la meta de la terapia para la persona anoréxica es aumentar de peso. Esta meta es fijada estrictamente por el médico o profesional de la salud, por lo general, de una a dos libras en la semana. Esta meta es absoluta sin importar cuán convincentemente el paciente (o inclusive los miembros de la familia) pueda argumentar para lograr una meta de peso inferior. Los pacientes que están severamente mal-nutridos deberán empezar con un recuento de sólo 1,500 calorías al día para reducir las posibilidades de dolor de estómago e inflamación, retención de líquidos e insuficiencia cardiaca. Con el tiempo, al paciente se le dan comidas que contienen hasta 3,500 calorías o más al día. Los suplementos alimenticios no se recomiendan por lo general, ya que el paciente deberá reanudar cuanto antes los patrones de comer normales. Aunque comer es el problema, no se deben mantener charlas sobre el trastorno durante las comidas, pues estos son momentos para la interacción social relajada. La alimentación intravenosa o por tubos rara vez se necesita o recomienda a menos que la enfermedad del paciente sea potencialmente mortal. Nunca deberán emplearse tales medidas invasoras de alimentación como una forma de castigo durante la terapia conductual. La investigación indica que en algunos casos la dieta severa puede causar que el metabolismo se adapte a la mal-nutrición y resista los efectos de sobre alimentación, de tal manera que algún paciente puede tener dificultad de aumentar de peso aun cuando esté siendo alimentado adecuadamente.

Para las personas con anorexia, el ejercicio excesivo es a menudo un componente del trastorno original. Los estudios han reportado que los pacientes anoréxicos en general tienen un metabolismo más alto que los individuos normales, y se necesitaban más calorías para aumentar de peso. Durante el programa de

recuperación, pueden utilizarse regímenes de ejercicio muy controlados como recompensa por desarrollar buenos hábitos dietéticos y como una manera de reducir la dificultad estomacal e intestinal que acompaña la recuperación. El ejercicio no debe realizarse si todavía existen problemas médicos severos y si el paciente no ha tenido un aumento de peso significativo.

Los grupos de autoayuda y apoyo proporcionan orientación, apoyo emocional, sugerencias de mayor ayuda y una salida social para las personas que estén muy aisladas. El grupo recuerda al paciente que no es el único, que otras personas se han visto envueltas en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Un buen grupo puede ayudar a un paciente a enfrentar y superar una crisis, además de arreglarse con las situaciones de la vida cotidiana sin recurrir a su antigua conducta. En los grupos dirigidos por terapeutas, el papel de éstos cambiará a medida que los miembros del grupo se vuelvan más fuertes y más hábiles para asumir responsabilidades.

Programas Nacionales e Internacionales

Nombre	Institución	País	Nivel de prevención	Población Individual o familiar	Intervención o evaluación de impacto.	Tiempo de ejecución.	Grupo multidisciplinar.
Guía para ayudar a promover una alimentación saludable.	Programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la sociedad española de medicina familiar y	España	Primaria	Individual Hay algunas experiencias en donde se trabaja con grupos	Hay un seguimiento de los pacientes pero si ellos no son concientes de esto, puede ser difícil la recuperación.		Médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermería.

	comunitaria						
Trastornos de la alimentación y desordenes relacionados	Equilibrio	Bogotá, Colombia	Primaria, secundaria y terciaria	De 17 a 35 años.	Agosto del 2000		Medico-Psiquiatra, psicológica, nutricional.
	HORUS	Bogotá Colombia	Secundaria y Terciaria	Trabajo individual, en consulta externa u hospital día. Talleres a padres	No se tiene un registro sistemático de los resultados obtenidos a partir de las intervenciones.	HORUS nace como institución de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, hace un año.	Cuentan con profesionales de diferentes áreas de la salud, aunque no trabajan de manera interdisciplinaria
Hospital de día	Centro	Barcelona	Secundario y	Trabajo	No se		Abordaje

del centro ALBA	ALBA	España	Terciario	individual Terapias de grupo, asesoría y terapia familiar	evidencia registro sistemático del impacto de los tratamientos.		interdisciplinario, formado por psiquiatras, médicos y psicólogos que ven al paciente desde un enfoque integrador.
Prevención a los trastornos de conducta alimentaria.	Consejo Nacional de la Juventud (CNJA)	Aragón.	Prevención Primaria	Mujeres Jóvenes.	Investigación teórica en la que se recoge una aproximación al concepto de Trastorno de la Conducta Alimentaria,	Comenzó en 1998.	Para cumplir con estos objetivos contó con la colaboración de entidades esencialmente la asociación ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de

					<p>sus causas, consecuencias, prevención primaria, análisis histórico entre otros.</p>		<p>Enfermos de TCA y el Grupo Zarima Prevenición de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.</p>
Libre para ser yo.	EDAP	Estados Unidos, Seattle.	Primaria, secundaria terciaria	Adolescentes y jóvenes adultos	<p>Desarrollaron en un centro de prevención que ayuda a reforzar conceptos de salud, tales</p>	Comenzó en 1997.	<p>Esta compuesto por diversos profesionales de la salud, especialmente nutricionistas</p>

					<p>como concepto de sí mismo, actitudes acerca de la comida e imagen corporal; así como también lidiar con la familia y el ambiente social.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

Horus, es una institución colombiana en la que se tratan los trastornos de la conducta alimentaria en un nivel de prevención secundario y terciario, donde se tiene dos modalidades básicas de atención; la primera es la consulta externa, en la cual las pacientes asisten dos o tres veces a la semana, atendiendo a consultas con Psicología o psiquiatría. La segunda es el Hospital Día, en el cual las pacientes permanecen en la institución de diez de la mañana a cinco de la tarde, reciben atención psicológica, y realizan actividades manuales orientadas por Terapia Ocupacional, así mismo reciben las comidas básicas del día, momentos en los cuales cuentan con un acompañamiento permanente. adicionalmente se ofrecen talleres para padres, en los que se proporciona información sobre los trastornos, y se les desculpabiliza, proporcionando así herramientas para el manejo adecuado de la situación.

A pesar de contar con varios profesionales y de que todo el equipo conoce los casos que se están manejando no se ve un trabajo interdisciplinar ni interconectado entre ellos.

Horus está trabajando actualmente en un proyecto de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria, donde la población foco es la universitaria, dado que se ha encontrado que esta tiene un alto riesgo de padecer dicha patología. Otra faceta para someter a consideración, es el hecho de que no se encuentra evidencia de una investigación o evaluación de impacto, que permita conocer de una manera sistemática los resultados que producen los tratamientos.

Equilibrio ofrece un programa de atención integral, multidisciplinario e individualizado al paciente y su familia, que consta de las siguientes actividades: evaluación diagnóstica- médica, psicológica y nutricional, psicoterapia individual cognoscitivo- comportamental, psicoterapia psicodinámica, farmacoterapia, psicoterapia

grupal, psicoeducación para padres, rehabilitación nutricional, inter consultas médicas especializadas según requerimientos, seguimiento y por ultimo actividades de promoción y prevención para grupos de alto riesgo.

Dentro de los programas a nivel internacional, se encuentra el Hospital de Día del centro ALBA, en España, el cual trabaja desde un abordaje bio-psico-social, integrando de manera interdisciplinar ciencias como la Psicología, la psiquiatría y la medicina, considerando al paciente desde un enfoque integrador. Por esta razón a partir del tratamiento individual en el que se proporciona asistencia desde las nueve de la mañana, hasta las seis treinta de la tarde, de lunes a viernes, se va disminuyendo el horario progresivamente de acuerdo con la evolución que va teniendo el paciente. también se realizan terapias de grupo, en las cuales se fortalece la primera parte de la intervención a través de la confrontación y la presión de grupo, además se hace una asesoría y apoyo familiar, teniendo en cuenta dicho grupo como un factor básico de recuperación para los pacientes. Así mismo, en caso de que sea requerido un trabajo terapéutico de las familias, también se ofrece toda la experiencia de los profesionales para cubrir esta necesidad, realizando sesiones grupales de padres y de parejas, las cuales tienen como finalidad generar un apoyo mutuo, compartiendo dificultades y buscando conjuntamente soluciones frente a las mismas.

Por último se encuentra un servicio llamado "acompañamientos terapéuticos", que consisten en una asistencia que se le presta la paciente en caso de que surjan dificultades, cuando éste se encuentre fuera de la institución, ayudándole a afrontar y superar los problemas que se puedan presentar en su entorno.

Como otro de los programas internacionales que se han llevado acabo se encuentra el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón, debido a la cifra alarmante de

jóvenes con TCA , comenzó en 1998 a trabajar en un nivel de prevención primaria sobre dichos trastornos.

Principalmente se rige por los siguientes objetivos:

Informar a la población en general sobre la enfermedad y su papel como agentes de prevención.

Denunciar la utilización de imágenes que identifican el éxito, el prestigio y el reconocimiento social con la delgadez.

Formar a quien trabaja en la educación de niños sobre el papel que tienen en la promoción de la salud de sus educadores.

Distribuir informaciones a jóvenes sobre prevención de los TCA, especialmente en aquellos municipios donde no existen recursos en materia de prevención.

Editar material pedagógico que sirva de guía a los principales agentes de socialización, especialmente a las entidades que trabajan en el campo de la educación no formal, para tratar de prevenir esta enfermedad.

Con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos anteriormente mencionados contó con la colaboración de la asociación ARBADA y el grupo Zarima Prevención. Principalmente realizan actividades de formación de mediadores para la prevención de la Bulimia y la Anorexia Nerviosa.

Realiza talleres gratuita de prevención en entidades juveniles, centros de enseñanza, campos de trabajo, festivales, campamentos juveniles entre otros.

Por ultimo este programa desarrolla campañas informativas, folletos, divulgativos, postales y material didáctico para la concienciar a la población juvenil y adolescente de las características y consecuencias de los TCA.

Por otro lado se creó un programa en Estados Unidos Seattle, llamado Libre para ser Yo, el cual está conformado por educadores y expertos en nutrición, médicos y psicólogos que trabajan en la aceptación del propio cuerpo y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Este se encuentra basado en la teoría cognitiva social; está centrado en factores sociales, personales y ambientales, así como en las interacciones entre ellos. Este programa ha incluido actividades sobre: el desarrollo corporal, el efecto de los medios de comunicación sobre esta, y pasos que pueden combatir las imágenes negativas de sí mismo.

Otro de los programas que en la actualidad se está desarrollando en España es “una guía para ayudar a promover una alimentación saludable”, el cual promueve la prevención primaria de diferentes enfermedades que se presentan en adultos partiendo de una nutrición adecuada. La evaluación de los pacientes comienza con una valoración nutricional, seguida por el análisis de factores psicosociales relacionados con la alimentación, basándose en un auto registro de la conducta alimentaria.

Todo este proceso de evaluación e intervención se realiza desde una perspectiva interdisciplinaria en la cual intervienen profesionales de la salud tales como, médicos, Psicólogos, enfermeros y nutricionistas. No se evidencian registros sistemáticos sobre la evaluación del impacto que tienen dichas intervenciones, aunque se plantea la realización de un seguimiento del proceso a través de diferentes exámenes médicos y la revisión constante de los auto registros.

Luego de haber realizado una revisión sobre los diferentes programas que se están desarrollando y los que ya tienen una trayectoria frente a los trastornos de la conducta alimentaria, es importante hacer hincapié en que estos no cuentan con una línea de seguimiento del paciente claramente determinada ya que no se presenta un

registro sistemático para evaluar los resultados obtenidos con el la persona a través de la intervención.

Por otro lado, es importante resaltar la carencia de programas de prevención primaria para el trastorno de la conducta alimentaria; llama la atención que aún cuando en los últimos años ha incrementado la incidencia de ésta enfermedad, especialmente dentro de la población adolescente, no se le ha dado la importancia que amerita a la problemática atacándola desde la raíz por medio de una prevención primaria, sino que la labor de los profesionales está más encaminada hacia el tratamiento del trastorno cuando este ya se ha comenzado a presentar; sin embargo, existen algunos programas tanto nacionales (Horus y Equilibrio) como internacionales (Bace y ALBA), que tienen la meta a largo plazo de promover un estilo de vida saludable que sirva como factor de protección frente a las presiones sociales a las que están expuestos los jóvenes realizando una prevención primaria más integral.

Teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades encontradas en las diferentes programas analizados anteriormente; surge la necesidad de diseñar un programa en trastornos de la conducta alimentaria que cubra algunos de los aspectos en los que se encontraron falencias. Se considera pertinente desarrollar dicho programa en un nivel de prevención primaria dado que este con la detección precoz, son la puerta de entrada a la población permitiendo anticipar una buena evolución de la problemática; a partir de un trabajo interdisciplinario en donde se tengan en cuenta las diferentes áreas involucradas.

Este programa de prevención se encuentra enfocado hacia la promoción de la salud por medio de actividades de formación de carácter práctico que permitan desarrollar habilidades nutricionales con el fin de dotar a los adolescentes de herramientas en el manejo de los alimentos, autoconocimiento, autocontrol y

reestructuración cognitiva así como también la psico-educación familiar en la que se pretende orientar y ayudar a las familias a identificar con claridad el problema, sus causas, el curso y como se desarrolla, cuales son sus síntomas y tratamientos empleados para que de esta manera puedan intervenir en la detección de los trastornos y la promoción de la salud. Todo esto le permitirá al adolescente tener un buen manejo de las presiones a las que se puede ver enfrentado en el medio social que se desenvuelve.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se plantea el siguiente objetivo general: diseñar un programa de prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria dirigido a la población universitaria de primer semestre; siendo este diseño la primera parte de una línea de investigación que alrededor del tema desarrolla la Clínica Universitaria Teletón.

De igual manera se plantean cuatro objetivos específicos los cuales direccionan el proceso del presente trabajo. Dichos objetivos se presentan a continuación:

Actualizar y revisar a profundidad el tema de los trastornos de la conducta alimentaria.

Abordar el tema desde una perspectiva cognitivo conductual.

Diseñar la primera etapa del proyecto fundamentado desde la Psicología de la salud.

Revisar los programas preventivos que sobre el tema se han planteado tanto a nivel nacional como internacional.

Las variables que se han tomado en cuenta en este trabajo se ajustan a la problemática que se ha venido trabajando en este programa las cuales están a continuación:

Prevención: Hace referencia a la preparación o a la acción anticipada y tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Principalmente se refiere a la acción de tomar medidas para evitar o remediar algo. (“Comportamiento anormal” Cáp. 17)

Está relacionada con términos como prever, el cual hace referencia al acto de saber con anticipación lo que ha de pasar; así como también; avisar, advertir, el cual se relaciona con el hecho de dar a conocer a otros lo que va a suceder (Bakal. 1996)

Para esta revisión se tomó en cuenta la primera definición de prevención.

Anorexia: Se considera la anorexia como un trastorno instintivo afectivo, bien sea del tipo de una “perversión” o bien del tipo de una “regresión”, hacia una edad anterior instintivo-afectivo. (Henyet, Midroux, Mens, Carrier, Cremieux, Decourt)

En cuanto a la clasificación médica del trastorno se encuentra que hay dos tipos de anorexia descritas por el DSM IV. La cual se eligió para ésta revisión.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. (Por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (Por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Para realizar un mejor diagnóstico a continuación se presenta la clasificación diferencial del DSM IV

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. En la mujeres pospuberales, ausencia de amenorrea.

Bulimia: Se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta voraz (el consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un periodo discreto de tiempo), al menos dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses. El paciente siente una pérdida de control sobre la ingestión de alimentos y usa medios inapropiados para controlar el peso tales como vomitar, tomar laxantes y diuréticos y hacer ejercicio en exceso.

Una preocupación excesiva persistente por la imagen corporal y el peso también caracteriza a este trastorno; como otros de los síntomas se encuentra la presencia de atracones recurrentes, uso del baño inmediatamente después de las comidas irregulares menstruales, fluctuaciones frecuentes de peso, imposibilidad para dejar de comer voluntariamente, sentimiento de culpa o vergüenza acerca de su forma de comer, provocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayunos recurrentes, ejercicio en exceso, evaluación constante de su peso y silueta corporal.

En cuanto a la clasificación médica del trastorno se encuentra que hay dos tipos bulimia descritas por el DSM IV. La cual se eligió para ésta revisión.

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Método

El presente proyecto está enmarcado dentro de una línea de investigación interdisciplinaria que trabaja con Psiquiatra, Médico, Nutricionista, Gastroenterólogo, Psicólogo, Neuropsicólogo y Trabajadora Social; que principalmente aborda los trastornos de la conducta alimentaria desde tres fases. La primera fase corresponde al diseño del programa de prevención primaria la cual es vista desde la Psicología de la salud, partiendo de una revisión bibliográfica acerca del tema, la cual se realiza desde un enfoque Cognitivo Conductual, en donde además de los trastornos de conducta alimentaria se tendrán en cuenta aspectos tales como la morbilidad, la Psicología de la salud y la realidad nacional e internacional de los mismos; con el fin de lograr un decremento en los ya altos índices de los trastornos mencionados que se presenta actualmente, en especial dentro de una población adolescente.

La segunda fase se tienen en cuenta aspectos tales como la pertinencia del programa, su eficiencia, la validación de instrumentos y la selección de información.

En cuanto a la tercera fase del proceso se llevará a cabo la implementación donde se evalúa el impacto, los alcances reales y la eficacia del proyecto a través del modelo de investigación evaluativa (CIPP).

Participantes

El Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, está dirigido a estudiantes universitarios de primer semestre que no presentes trastornos de la conducta alimentaria

Materiales

El presente programa cuenta con los siguientes materiales de trabajo: contrato de participación en el programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, acetatos, video “Muriendo por bailar” en el que se muestra la realidad de una mujer con trastornos de la conducta alimentaria, prueba EDI, Cuestionario de Autoconcepto, Sentimientos de Inseguridad, Cuestionario “Hay algo de esto en tu vida?”, un folleto de recomendaciones, Folleto “Pasos para vivir Sanamente”, Folleto “Estrategias Importantes para crear Salud”, Cartulina, Marcadores, Recortes de Revista, Pegante, Cinta, Formatos Publicitarios, Documento Informativo acerca de instituciones a las que se puede acudir en caso de presentar el trastorno de la conducta alimentaria y formatos de evaluación del Programa de Prevención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Formato de evaluación del desempeño de los facilitadores.

Procedimiento

Para diseñar el Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se realizó una revisión teórica en la que se tienen en cuenta conceptos tales como Psicología, Psicología de la Salud, Prevención y todo lo referente a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de igual manera, se realizó una revisión de algunos programas e investigaciones que se han desarrollado tanto a nivel nacional como internacional. Este programa consta de 11 sesiones, cada uno de

aproximadamente 1 hora y 15 minutos, que se desarrollarán una vez a la semana, durante 2 meses.

Referencias

Apostolides, M. (1999). *Vencer la anorexia y la bulimia*. Barcelona España Edit. Urano.

Bakal Donal, A. (1996). *Psicología y Salud*. Bilbao, España, Edit Desclée De Brower Biblioteca de Psicología.

Bouchard, M. Granger, L. Ladouceur, R. (1981). *Principios y aplicaciones de la terapia de la conducta*. Madrid España, Edit Debate, S.A.

Clapés, J. Martín, A. Cano, JF. (1994). *La alimentación y sus alteraciones Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica clínica*. Barcelona España, Edit. Mosby / Doyma Libros, 3ª Edición.

Davison C. Gerald (2000). *Psicología del comportamiento anormal*. México. Edit. Limusa Wiley, S.A 2ª Edición.

Engler, B. 1997. *Introducción a las Teorías de la Personalidad* Edit. Mc Graw Hill México

Gafáro, A. (2001). *Anorexia y Bulimia*. Bogotá, Colombia. Edit. Norma.

Gempeler, R (1998). *¿Atrapada por la comida?..* Bogotá Colombia Edit. AUnoA editores.

Gimero, S. (1976). *Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar*. . Madrid. España Edit. Instituto Nacional de ciencias de la Educación

Gómez Graña L (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid, España Edit. Debate, S.A.

González, F. (1999) *Anorexia, Ayuda para Superarla*. EDIMAT Libros S.A.

Gross, R. (1998). *Psicología, la ciencia de la mente y al conducta*. México D.F. Edit. Manual moderno 2º Edición.

Hayes, N. (1999). *Psicología*. España Edit. Harcourt S.A 2ª Edición

López, F. (2000). *Anorexia nerviosa entre la vida y la muerte*. Edit. Ventura Ferrer Delso. Paraninfo.

Lorraine C (1998). *Me siento gorda*. Madrid España. Edit. Bolsillo EDAF.

Medina, G. Castro, E. y cols 1997 *Proyecto Atlántida Estudio sobre el Adolescente Escolar en Colombia* Bogotá Colombia Edit. Tercer Mundo Editores.

Morris, C. (1997). *Psicología*. México Edit. Prentice – Hall hispanoamericana, S.A.

Ríos, L. Buela Casal, G. (1997). *Psicología Preventiva*. España. Edit. Pirámide.

Riobió, P. (1999) *Comer de todo pero bien*. Madrid. Edit. Libertarias.

Roa, A. (1995). *Evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid España. Edit. CEPE.

Sue, D. Derald, S.(1999). *Comportamiento anormal*. México Edit. Mc Graw Hill. S.A

Taylor, R. (1999). *Medicina de la familia. Principios y práctica*. Madrid España Edit. Editores asociados 5ª Edición

Tresguerres, J. (1992). *Fisiología Humana*. México Edit. Mc Graw – Hill Interamericana.

Whittaker J y Wittaker S (1990). *Introducción a la Psicología*. México Edit. Mc Graw Hill. S.A

García M., Rodríguez P., Peña M (2002.) www.abacolombia.org.co/clinica/.

Afectividad en personas discapacitadas.

www.comadrid.es/eaej/accionesformativas/formperm/programas/trastornos.htm.

Encuesta sobre los hábitos de los adolescentes madrileños. Grafico www.elmundo.es/1998/01/25/Madrid/25N0081.htm.

Trastornos del comer: anorexia y bulimia nerviosa.
www.lucas.simplenet.com/trabajos/anorexia/anoexia.html

Información completa sobre la nutrición.www.obesidad.net
SantocruJ.,MarquezM.O.,RubioV.(2002).www.psicologialatina.com/prevencionsa/htm .

Fundación para trastornos de la conducta alimentaria
www.psiconet.com/fumtadip.

Asociación contra la Anorexia y al Bulimia
www.vigoweb.net/bulimia.anorexia.de.pontevedra.

Libre para ser yo. <http://www.edap.org>.

Instrucciones de Aplicación del Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Con el fin de facilitar la aplicación del programa, se señala la estructura de éste. El programa consta de 11 sesiones, cada una de sesenta minutos aproximadamente. Cada sesión inicia con una hoja descriptiva del manejo que se debe tener, resaltadas las sugerencias particulares para cada actividad; posteriormente, usted podrá encontrar el desarrollo del taller y por último, los apéndices que contienen, el material necesario.

Para la ejecución satisfactoria del programa, se debe tener en cuenta la revisión teórica previa que lo sustenta, la cual toma en consideración conceptos como:

Psicología General

Psicología de La Salud

Enfoque Cognitivo Conductual

Tipos de Prevención

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Programas Nacionales e Internacionales que se han desarrollado alrededor del tema.

Una vez revisados dichos conceptos, se procede a aplicar a todos los estudiantes universitarios de primer semestre de la Facultad de Psicología la prueba filtro EDI (Eating Disorder Inventory). Considerando que su forma de aplicación es individual, cuenta con un tiempo de duración de cuarenta y cinco minutos, consta de sesenta y cuatro temas, a los que se otorga una puntuación de uno a seis. Esta escala comprende ocho subescalas, las cuales exploran áreas específicas, entre las que se encuentran: impulso al adelgazamiento, bulimia, insatisfacción por el propio cuerpo, inadaptación,

perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conocimiento enteroceptivo y miedo a la madurez.

Luego de haber identificado a los estudiantes que no tienen el trastorno, se selecciona un número representativo de estos, dividiéndolo en dos subgrupos; uno experimental y otro de control. El primero de ellos, participa en la totalidad de las sesiones del programa, mientras que el segundo únicamente participará de la sesión de carácter informativo.

Después de tener definida la población con la que se va a trabajar, se informa a los participantes el horario, el número de sesiones y el sitio donde se llevará a cabo el programa. Posteriormente se establece un contrato, donde los estudiantes se comprometen a asistir y participar a la totalidad del mismo.

Sugerencias:

Si en los resultados de la prueba filtro (EDI) se identifican personas con algún trastorno de la conducta alimentaria, debe ser remitido a un especialista en el tema.

Se debe brindar la información específica y clara respecto a la forma de diligenciar la prueba.

Se debe resaltar la importancia de responder con sinceridad y honestidad las preguntas de la prueba filtro, con el fin de que los resultados tengan confiabilidad.

Apéndice A

Evaluación de los Trastornos en la Alimentación

Eating Disorders Inventory (EDI).

Sesión N°: 1

Objetivo General

Identificar aquellas personas que no presentan trastornos de la conducta alimentaria con el fin de implementar en dicho grupo de estudiantes el Programa de Prevención Primaria.

Objetivos Específicos

Medir algunos rasgos psicológicos de la población, que ayuden a hacer la selección de la muestra.

Adquirir información acerca de las características de la población, con el fin de lograr una buena aplicación del programa.

Sugerencias

La aplicación del instrumento se debe hacer de manera individual, honesta y cada persona debe contar con los materiales necesarios para tener una óptima aplicación de la prueba, con el fin de no sesgar la información.

Metodología y Procedimiento

Actividad N° 1 Explicación y Aplicación de la Prueba

Duración: 1 hora y 30 minutos

Recursos: Formato Evaluación de los Trastornos en la Alimentación, Lápices

Objetivo General

Brindar a los participantes una explicación clara referente a la forma de diligenciar la prueba.

Objetivos Específicos

Resolver inquietudes frente al procedimiento de aplicación de la prueba

Resaltar la importancia de la honestidad en las respuestas que se dan frente a las diferentes preguntas.

Generar un espacio apropiado para diligenciar el cuestionario.

Descripción de la Actividad

EDI es una escala de auto evaluación creada en 1983 con objeto de definir y medir algunos rasgos psicológicos o grupos de síntomas para la comprensión y el tratamiento de los trastornos alimentarios. Consta de 64 temas, a los que se otorga una puntuación de 1 a 6. esta escala comprende 8 subescalas, algunas de las cuales exploran áreas específicas y otros aspectos psicopatológicos generales de las alteraciones en los hábitos de alimentación:

Impulso al adelgazamiento: Las cuestiones 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 evalúan la excesiva preocupación por la dieta y por el propio peso (rango *: 0 – 21 puntos).

Bulimia: Las cuestiones 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 evalúan la tendencia al comportamiento bulímico y permiten diferenciar entre el sujeto bulímico y el subtipo anoréxico (rango *: 0-27 puntos).

Insatisfacción por el propio cuerpo: Las cuestiones 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59 y 62 evalúan la insatisfacción por el Aspecto del propio cuerpo. Aunque este comportamiento es frecuente, su exageración se considera un elemento importante en los trastornos de la alimentación (rango *0-27).

Inadaptación: Las cuestiones 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56, exploran el sentimiento de inadaptación, inseguridad y falta de control sobre la propia vida. Una puntuación alta refleja una disminución de la autoestima (rango *: 0-30).

Perfeccionismo: Las 13, 29, 36 , 43, 52, 63 miden la idea según la cual sólo son modelos apropiados los que alcanzan altas cotas de perfección (rango *: 0-18).

Desconfianza interpersonal: Las cuestiones 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57, exploran el sentimiento de alineación y temor a estrechar relaciones interpersonales (rango *:0-17).

Conocimiento esteroceptivo: Las cuestiones 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64 miden la confusión y la incertidumbre para reconocer y actuar de forma adecuada ante las situaciones emotivas (rango *: 0-23).

Miedo a la madurez: Las cuestiones 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58, evalúan la tendencia a refugiarse en la seguridad de la infancia (rango *: 0-24).

Sin embargo, no es posible obtener puntuaciones específicas en las subescalas EDI, ya que varían en función de la población estudiada y de los objetivos del estudio (cribado de población o evaluación del trascurso de la enfermedad). En conclusión, EDI proporciona información útil para la comprensión del paciente, para el tratamiento y la evaluación de la evolución de la evolución de la condición. Además, EDI permite identificar en el ámbito no clínico, los individuos con problemas alimentarios “ocultos” y expuestos a riesgo.

Cuestionario EDI

S CS AM AV R N P

1. Como dulces y carbohidratos sin sentirme nervioso
 2. Pienso que mi estómago es demasiado grande
 3. Me gustaría volver a la seguridad de mi infancia
 4. Cuando Estoy preocupado como
 5. Me harto de comida
 6. Me gustaría ser más joven
 7. Me preocupo de la alimentación
 8. Me asusto cuando mis emociones son demasiado intensas
 9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos
 10. Me considero incapaz como persona
 11. Me siento muy culpable después de una gran comida
 12. Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado
 13. En mi familia se aprecian adecuadamente solo las prestaciones excepcionales
 14. La época más hermosa de mi vida fue la infancia
 15. Consigo hablar abiertamente de mis sentimientos
 16. Tengo terror a engordar
 17. Me río de los demás
 18. Me siento solo en el mundo
-

S CS AM AV R N P

19. Me siento satisfecho con mi físico

20. Puedo afirmar que generalmente puedo controlar mis problemas

21. No tengo claro que emociones me dominan

22. Preferiría ser un adulto que un joven

23. Logro comunicarme fácilmente con los demás

24. Me gustaría ser otra persona

25. Exagero o doy demasiada importancia al peso

26. Puedo identificar con claridad el tipo de emociones que experimento

27. Me siento inadaptado/a

28. He acabado de resoplar cada vez que me doy cuenta que no puedo contenerme

29. De pequeño/a he intentado por todos los medios de evitar disgustos con mis padres/profesores

30. Tengo amigos íntimos

31. Me gusta la forma de mi trasero

32. Estoy obsesionado/a por el deseo de ser más delgado

33. No me doy cuenta de lo que me esta pasando por dentro

34. Tengo dificultades para explicar mis emociones a los demás

35. Ser adulto conlleva obligaciones muy importantes

S CS AM AV R N P

36. Odio no ser el/la mejor en todo

37. Me siento seguro/a de mi mismo/a

38. Estoy preocupado/a por comer demasiado

39. Estoy feliz por no ser ya un/a niño/a

40. No me doy cuenta exacta de si tengo hambre o no

41. Tengo una pobre opinión sobre mi mismo/a

42. Creo que puedo alcanzar el nivel que me corresponde

43. Mis padres se asombraban de mis excelentes resultados

44. Temo perder el control de mis sentimientos

45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas

46. Como con consideración ante otros y me atraco cuando
se han ido

47. Me siento inflado/a tras una comida normal

48. Pienso que la gente es más feliz durante la infancia

49. Sí aumento un kilo de peso temo que seguiré
engordando

50. Pienso que soy una persona digna

51. Cuando estoy preocupado/a no alcanzo a saber si estoy
triste, asustado o irritado.

52. Creo que las cosas se deben hacer perfectamente

53. He pensado en vomitar para perder peso

S CS AM AV R N P

54. Siento la necesidad de mantener a la gente a distancia

(me siento incomodo/a con la gente)

55. Creo Que mis muslos tienen el tamaño justo

56. Me siento vacío pro dentro (emocionalmente)

57. Puedo hablar de mis pensamientos y sentimientos

personales

58. La mejor época de la vida es cuando se alcanza la edad

adulta

59. Creo que mi trasero es demasiado grande

60. Tengo sensaciones que no consigo definir bien

61. Como y bebo a escondidas

62. Creo que las proporciones de mis caderas son las justas

63. Tengo metas muy elevadas.

64. Cuando estoy preocupado/a, temo empezar a comer

Siempre	S
Casi Siempre	CS
A menudo	AM
A veces	AV
Raramente	R
Nunca	N
Puntuación.	P

Puntuación

1	2	3	4	5	6	7	8	PUNTUACIÓN
DT								
B								
BD								
I								
P								
IQ								
IA								
MF								
								PUNTUACIÓN
								TOTAL

CLAVE	
DT	Afán por adelgazar
B	Bulimia
BD	Insatisfacción por el propio cuerpo
I	Inadaptación
P	Perfeccionismo
ID	Desconfianza interpersonal
IA	Conocimiento de las propias reacciones
MF	Miedo a la madurez

1	DT	1	2	3	4	5	6
2	BD	6	5	4	3	2	1
3	MF	6	5	4	3	2	1
4	B	6	5	4	3	2	1
5	B	6	5	4	3	2	1
6	MF	6	5	4	3	2	1
7	DT	6	5	4	3	2	1
8	IA	6	5	4	3	2	1
9	BD	6	5	4	3	2	1
10	I	6	5	4	3	2	1
11	DT	6	5	4	3	2	1

12	BD	1	2	3	4	5	6
13	P	6	5	4	3	2	1
14	MF	6	5	4	3	2	1
15	ID	1	2	3	4	5	6
16	DT	6	5	4	3	2	1
17	ID	1	2	3	4	5	6
18	I	6	5	4	3	2	1
19	BD	1	2	3	4	5	6
20	I	1	2	3	4	5	6
21	IA	6	5	4	3	2	1
22	MF	1	2	3	4	5	6
23	ID	1	2	3	4	5	6
24	I	6	5	4	3	2	1
25	DT	6	5	4	3	2	1
26	IA	1	2	3	4	5	6
27	I	6	5	4	3	2	1
28	B	6	5	4	3	2	1
29	P	6	5	4	3	2	1
30	ID	1	2	3	4	5	6
31	BD	1	2	3	4	5	6
32	DT	6	5	4	3	2	1
33	IA	6	5	4	3	2	1

34	ID	6	5	4	3	2	1
35	MF	6	5	4	3	2	1
36	P	6	5	4	3	2	1
37	I	1	2	3	4	5	6
38	B	1	2	3	4	5	6
39	MF	6	5	4	3	2	1
40	IA	1	2	3	4	5	6
41	I	1	2	3	4	5	6
42	I	6	5	4	3	2	1
43	P	1	2	3	4	5	6
44	IA	1	2	3	4	5	6
45	BD	1	2	3	4	5	6
46	B	1	2	3	4	5	6
47	IA	1	2	3	4	5	6
48	MF	1	2	3	4	5	6
49	DT	1	2	3	4	5	6
50	I	6	5	4	3	2	1
51	IA	1	2	3	4	5	6
52	P	1	2	3	4	5	6
53	B	1	2	3	4	5	6
54	ID	1	2	3	4	5	6
55	BD	6	5	4	3	2	1

56	I	1	2	3	4	5	6
57	ID	6	5	4	3	2	1
58	MF	6	5	4	3	2	1
59	BD	1	2	3	4	5	6
60	IA	1	2	3	4	5	6
61	B	1	2	3	4	5	6
62	BD	6	5	4	3	2	1
63	P	1	2	3	4	5	6
64	IA	1	2	3	4	5	6

Apéndice B

Circular Informativa y Contrato de Participación en el Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Sesión N° 2

Objetivo General

Brindar información acerca del programa y presentar el contrato de participación.

Objetivos Específicos

Resolver inquietudes con respecto a las generalidades del programa.

Fomentar un sentido de compromiso y de responsabilidad frente al programa.

Sugerencias

Las facilitadoras deben generar un buen rapport, con el fin de evitar la deserción al programa.

Metodología y Procedimiento

Actividad N° 1 Presentación y Compromiso

Duración: 1 hora

Recursos: Circular Informativa del Programa y Contrato de Participación al mismo.

Descripción de la Actividad

Entregar la circular informativa, donde se tengan en cuenta aspectos tales como: fecha de inicio, lugar de encuentro y la duración del mismo, así mismo, presentar a los estudiantes el contrato de participación en el programa, con el fin de adquirir un compromiso mutuo frente al mismo.

Circular Informativa del Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de
la Conducta Alimentaria

Población:

Estudiantes universitarios de primer semestre de la Facultad de Psicología que no presentan ningún trastorno de la conducta alimentaria.

Fecha de Inicio del Programa:

Lugar de encuentro:

Clínica Universitaria Teletón.

Duración del Programa:

Once sesiones, cada una de sesenta minutos.

Facilitadores:

Contrato de Participación en el Programa de Prevención Primaria de los
Trastornos de la Conducta Alimentaria

Yo _____ identificado con
C.C _____ de _____, estudiante universitario con código
_____ ; me comprometo asistir y participar a la totalidad del programa, las
cuales se desarrollan en el horario y lugar establecidos.

Firma del Psicólogo

Firma del Estudiante

Apéndice C

Acercamiento al Tema (Introducción)

Sesión N°: 3

Objetivo General

Buscar un reconocimiento de los esquemas mentales que permita a los estudiantes ahondar más sobre sí mismos, generando interrogantes sobre su vida.

Objetivos Específicos

Proporcionar Información general acerca del trastorno de la conducta alimentaria y sus consecuencias, con el fin de iniciar un proceso de prevención primaria de dichos trastornos.

Brindar información respecto a la importancia de la prevención primaria y la manera como se debe llevar a cabo, con el fin de reducir factores de riesgo, inmunizando al individuo en riesgo.

Buscar que la población reestructure tanto sus esquemas cognitivos y sus patrones conductuales a fin de llevar a cabo una alimentación saludable y reconocer las señales de alarma para poder actuar a tiempo.

Sugerencias

En la introducción al tema, genere motivación en los participantes, propiciando un momento donde se logre expresar las inquietudes que se tienen alrededor del programa y del tema

Durante la exposición informativa, utilice un lenguaje claro, una postura asertiva frente al grupo y un tono de voz adecuado, para generar mayor concentración en la temática.

Promueva en los integrantes del grupo a una participación activa dentro de las actividades, por medio del debate de las diferentes concepciones y posturas que se pueden presentar alrededor del tema.

Metodología y Procedimiento:

Actividad N° 1 Introducción

Duración: 30 minutos

Recursos: Retroproyector de Acetatos

Objetivo General

Proporcionar información específica acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de iniciar el proceso de prevención primaria.

Objetivos Específicos

Definir cada uno de los trastornos.

Señalar los factores desencadenantes, de predisposición, y mantenimiento de dicha problemática.

Resaltar la importancia de realizar una prevención primaria de los mismos. Buscando con ello reducir los factores de riesgo, eliminando las causas y facilitando factores de protección al individuo en peligro.

Descripción de la Actividad

Primero se presentaran los objetivos de la sesión. Luego se les reparte un resumen del documento informativo de los trastornos de la conducta alimentaria; el cual se aprecia al final de la descripción de ésta sesión. Posteriormente se da una breve charla acerca del tema, usando el retroproyector como recurso visual. Durante éste los estudiantes anotan preguntas o comentarios que les surjan.

Actividad N° 2 Puesta en común.

Duración: 15 minutos

Recursos: Participación de los estudiantes

Objetivo General

Ofrecer a los estudiantes, la posibilidad de aclarar y conversar sobre la problemática y la importancia de realizar prevención en el medio en que se encuentran.

Objetivos Específicos

Propiciar un espacio para expresar las percepciones que se tenían antes de la información brindada.

Aclarar dudas sobre el tema, con el fin de buscar alternativas de solución.

Debatir posturas o conceptos frente a la problemática trabajada.

Descripción de la Actividad:

Se realiza una mesa redonda donde cada uno de los participantes comenta lo que pensaba sobre el tema antes de recibir la información, lo que sintió durante la exposición del mismo, en qué cambió su visión frente a éste y cómo cree que puede prevenirse.

Actividad N° 3 Cierre

Duración: 15 minutos

Recursos: Cuestionario “Criterios de Evaluación”, lápices y borradores

Objetivo General:

Propiciar un momento para analizar sobre la problemática y postura frente a la temática trabajada.

Descripción de la Actividad:

Se evalúa el impacto de la sesión por medio del cuestionario de evaluación en el cual se presentan cinco preguntas que deben ser respondidas de manera individual, a fin de observar si los conceptos explicados son claros para los participantes.

Anorexia

Una persona con el trastorno, tiene un temor intenso de volverse gorda y de manera literal “se mata de hambre”. Aún cuando tiene una apariencia esquelética, estos pacientes niegan la gravedad de su condición física y creen que no están delgados. La incapacidad para evaluar de forma objetiva la condición física de sí mismo, es característica de este trastorno.

Síntomas

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Negación del peligro del bajo peso corporal.

Exagerada y constante autoevaluación.

Niega que todo el tiempo tiene hambre.

Disminución continua de peso.

Siente frío constantemente.

Amenorrea (ausencia del ciclo menstrual), por lo menos de tres ciclos consecutivos.

Tipos

Hay dos tipos de anorexia descritos por el DSM IV

Restringido: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, enemas o diuréticos)

Compulsivo purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Factores Desencadenantes

Algunos hechos que pueden resultar como desencadenantes de una anorexia nerviosa son:

Aparición de la pubertad: Cambios físicos del cuerpo

Un comentario negativo respecto al cuerpo

Insatisfacción general

Situación de estrés

Factores de Predisposición

Carácter individual

Características de personalidad

Características familiares

Características biológicas

Factores de Mantenimiento

Mala nutrición

Imagen corporal negativa

Aislamiento social

Presión social

Diagnostico Diferencial DSM IV

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso a la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

En las mujeres pospuberales, ausencia de amenorrea.

Bulimia

Es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz (el consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un período discreto del tiempo), al menos dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante una semana por lo menos durante tres meses. El paciente siente una pérdida de control sobre la ingestión de alimentos y usa medios inapropiados para controlar el peso, tales como vomitar, tomar laxantes y diuréticos y hacer ejercicio en exceso. Los episodios de ingestión de comida pueden ser detenidos cuando aparecen dolor abdominal o por vómito autoinducido.

Una preocupación excesiva persistente por la imagen corporal y el peso también caracteriza a este trastorno.

Síntomas

Presencia de atracones recurrentes

Uso del baño inmediatamente después de las comidas

Irregularidades menstruales

Fluctuaciones frecuentes del peso

Imposibilidad para dejar de comer voluntariamente

Sentimiento de culpa o vergüenza acerca de su forma de comer

Provocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos

Hacer ayunos recurrentemente

Hacer ejercicio en exceso

Evalúan constantemente su peso y siluetas corporales

Tipos

Hay dos tipos de bulimia descritas en el DSM IV

Purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

No purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Factores Desencadenantes

Algunos de los hechos que pueden resultar como desencadenantes de una bulimia son:

Aparición de la pubertad: Cambios físicos del cuerpo

Insatisfacción general

Situación de estrés

Factores de Predisposición

No poder hacer dietas

Carácter individual

Características de la personalidad

Características familiares

Características biológicas

Factores de Mantenimiento

Mala nutrición

Imagen corporal negativa

Aislamiento social

Fluctuaciones frecuentes de peso

Perdida del autocontrol

Diagnóstico Diferencial DSM IV

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno ejercicio en exceso.

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Apéndice D

Conocerme a mí mismo

Sesión N°: 4

Objetivo General

Proporcionar elementos de autoconocimiento a los estudiantes, que permitan identificar factores de riesgo y predisposición a la problemática.

Objetivos Específicos

Facilitar el reconocimiento respecto a los posibles desencadenantes.

Realizar actividades de autoconocimiento. Reflexionar sobre la propia vida y su trascurso hasta el día de hoy.

Reconocer las dificultades presentadas hasta ahora con el propio cuerpo y con conductas señales de alarma.

Sugerencias

Para diligenciar el cuestionario “Hay algo de esto en tu vida?”, tenga presente que éste consta de diecinueve ítems, los cuales tienen como objetivo evaluar la existencia de posibles señales de alarma y factores de riesgo, frente al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. La prueba debe ser resuelta, marcando con una X en la casilla correspondiente, de acuerdo a la presencia o ausencia de las conductas descritas en cada ítem.

Haga énfasis en la importancia de la honestidad al responder el cuestionario; con el fin de analizar las respuestas, buscando decrementar las posibles conductas de riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Resaltar la importancia de plantearse alternativas de solución que sean viables, de acuerdo con las características de su contexto particular.

Metodología y Procedimiento

Actividad N° 1 Hay Algo De Esto En Tu Vida?

Duración: 10 minutos

Recursos: Cuestionario “Hay algo de esto en tu vida?”, lápiz.

Objetivo General

Analizar las posibles situaciones de riesgo en las que los estudiantes se pueden ver envueltos y buscar alternativas de solución.

Objetivos Específicos

Lograr que los estudiantes vean la importancia que tiene adquirir conocimiento sobre las señales de alarma con respecto a conductas y pensamientos realizados habitualmente.

Promover alternativas de solución.

Descripción de la actividad

Primero se presentaran los objetivos de la sesión. Luego se reparte el cuestionario “Hay algo de esto en tu vida”, en la cual cada uno de los participantes debe responder honestamente.

Actividad N°2 Análisis

Duración: 15 minutos

Recursos: Resultados de la prueba, hojas blancas y lápices.

Objetivo General

Analizar los resultados encontrados en el cuestionario resuelto en la actividad anterior, con el fin de decrementar las conductas riesgo.

Objetivos Específicos

Realizar la autoevaluación de los resultados encontrados.

Proponer alternativas de solución, buscando tener una vida más sana.

Lograr que los estudiantes obtengan elementos de auto conocimiento y auto evaluación.

Descripción de la Actividad

Luego de haber aplicado la prueba “Hay algo de esto en tu vida?” se analizan los resultados encontrados, teniendo en cuenta el número de respuestas afirmativas, los ítems en los que éstas se producen y la cognición que la sustenta.

Actividad N°3 Reflexión

Duración: 10 minutos

Recursos: Hoja y lápiz

Objetivo General

A partir de los resultados encontrados en el cuestionario anterior, buscar alternativas de solución.

Objetivos Específicos

Realizar las conclusiones pertinentes de la actividad.

Proponer un plan de acción encaminado a prevenir el desarrollo del trastorno .

Establecer metas a corto, mediano y largo plazo entorno a la promoción de una mejor calidad de vida.

Descripción de la Actividad

Cada estudiante debe poner por escrito las conclusiones encontradas a partir de la prueba realizada, además debe plantear una alternativa de solución al ítem puntuado como positivo y metas para con las dificultades encontradas.

Hay Algo de esto en tu Vida?

Afirmaciones	Sí	No
Te pesas más de una vez al día.		
Cantidad de Calorías: lo primero que te interesa saber de un alimento.		
Tu principal tema de conversación es sobre dietas y gimnasia.		
Preguntas a menudo: “¿Estoy gordo?”		
Nunca te ves delgado		
Ayunas Periódicamente		
Te sientes culpable por haber comido y quieres revertirlo provocándote el vómito.		
Te automedicas con diuréticos y laxantes. Has probado varias clases de pastillas para adelgazar.		
Comes compulsivamente a escondidas.		
Evitas reuniones donde te veas obligado a comer y tiendes a aislarte.		
Se retrasa demasiado tu menstruación.		
No quieres mostrarte en traje de baño y prefieres la ropa holgada.		
Sientes mareos y a veces mucho frío.		
Tu principal miedo es a engordar.		
Prefieres estar extremadamente delgado a estar sano.		

Afirmaciones	Sí	No
<hr/>		
Lo que más te gusta que te digan cuando te ven:		
“estás más flaco”		
A veces tienes palpitaciones (tu corazón late irregularmente).		
Te exiges mucho en el gimnasio		
Dicen que estás insoportable y agresivo.		

Apéndice E

Muriendo para Bailar

Sesión N°: 5

Objetivo General

Ilustrar por medio de un caso la información dada hasta el momento, con el fin de identificar los factores explicados anteriormente.

Objetivos Específicos

Facilitar en los participantes el reconocimiento de la situación problema.

Evaluar las conductas, pensamientos y emociones que se encuentran relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria a lo largo de la vida.

Realizar una evaluación sobre la situación problema planteada en la película.

Sugerencias

Realice una breve introducción de la película, teniendo en cuenta la ficha de resumen que encuentra al final de la descripción de la sesión, así como también los criterios que se deben tener en cuenta para el análisis de la problemática.

En el momento de realizar las reflexiones en torno a la temática trabajada en la película, tenga en cuenta si los conceptos y criterios evaluados son claros para los participantes.

Metodología y Procedimiento

Actividad N°1. Película

Duración: 1 hora y 50 minutos

Recursos: Película, VHS.

Objetivo General

Presentar un caso de anorexia por medio de una película.

Objetivos Específicos

Observar las conductas problema.

Identificar los factores desencadenantes y de mantenimiento del trastorno de la protagonista.

Descripción de la Actividad:

Inicialmente se dará una breve introducción a la película y se les pide que tengan en cuenta los factores de riesgo y los de mantenimiento los cuales deben tener en cuenta para el análisis de la película.

Actividad N°2 Reflexión

Duración: 15 minutos

Recursos. Hoja y lápiz.

Objetivo General

Realizar una evaluación sobre la situación problema presentada en la película, buscando que los estudiantes tengan un manejo adecuado del tema, y puedan ellos mismos ser promotores de prevención.

Objetivos Específicos

Proporcionar a los estudiantes elementos para la detección de conductas riesgo de la situación problemática.

Retomar las señales de alarma, de predisposición, los posibles desencadenantes y factores de mantenimiento.

Realizar la retroalimentación de las conclusiones encontradas

Descripción de la Actividad

Los estudiantes realizan un escrito de forma individual donde se analiza la situación problema presentada en la película. Adicionalmente deben plantear una alternativa o plan de acción de cualquiera de los personajes principales.

Ficha introductoria de la Película “Muriendo para Bailar”

La película que será emitida durante la presente sesión, cuenta la historia de una bailarina adolescente, que desde su infancia, tiene la disciplina del ballet; finalizado el colegio, decide dedicarse a ésta actividad de manera profesional.

Al verse enfrentada a retos profesionales, se ve presionada a reducir su peso, iniciando de esta manera su obsesión por la figura y el peso corporal, dando así el primer paso en el desarrollo de su trastorno de la conducta alimentaria – anorexia tipo II - .

En la película se evidencian las señales de alarma y los factores de mantenimiento más significativos en el desarrollo de la joven bailarina, así como el inicio de su rehabilitación.

Criterios De Evaluación

Se evaluará por medio de las siguientes preguntas:

1. Cuáles son los factores de riesgo que se hacen evidentes en la película?
2. Cuáles son los factores de mantenimiento de la problemática?
- 3.Cuál fue la solución dada al problema?
4. Qué solución plantearía?
5. Conclusiones
6. Dudas

Apéndice F

Autoestima

Sesión N°: 6

Objetivo General

Mejorar la autoestima en la población con el fin de lograr una coherencia entre la autoimagen, el autoconcepto, el autocuidado, la autoeficacia y la vinculación.

Objetivos Específicos

Analizar la influencia de la autoestima en los diversos aspectos que integran al ser humano.

Informar a los estudiantes respecto a las distorsiones cognitivas que decrementan la autoestima y que llegan a ser factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Proporcionar elementos para mejorar la autoestima y aumentar la calidad de vida.

Sugerencias

Promueva por medio de la información brindada a través de la exposición en retroproyector de acetatos, la importancia de aumentar la autovaloración y la autoestima como factor de protección frente al trastorno de la conducta alimentaria.

Brinde una información clara y detallada acerca de la manera de diligenciar y calificar la prueba de autoestima, con el fin de obtener resultados óptimos que permitan realizar planes de acción coherentes con la realidad del participante.

Haga énfasis en la honestidad, al momento de responder y calificar la prueba.

Asegúrese de que el proceso de reestructuración cognitiva haya sido asimilado por los participantes.

Evalúe si los objetivos de la sesión se han llevado a cabo, haciendo uso de los criterios de evaluación.

Metodología y Procedimiento

Actividad.Nº1. ¿Qué es la autoestima?.

Duración: 15 minutos.

Recursos: Retroproyector de Acetatos

Objetivo General

Brindar información respecto a la importancia de la autoestima para la supervivencia psicológica y como factor de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos

Lograr que la población comprenda los beneficios de adquirir una autoestima alta.

Promover por medio de la información brindada, la importancia de aumentar la autovaloración para enfrentar de una manera más óptima las dificultades y las problemáticas que se presentan durante la vida.

Descripción de la Actividad

En esta actividad se brinda información específica respecto a la definición de la autoestima, las características de las personas con baja y alta autoestima y la relevancia de esta para el bienestar personal. En general se comenta sobre la influencia que la alta autoestima ejerce sobre el ser humano como factor de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria y el daño que se produce a sí mismo en las estructuras psicológicas al rechazarse y juzgarse constantemente debido a las distorsiones cognoscitivas.

Actividad N°2.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Test de autoestima.

Objetivo General

Permitir a la población por medio del formato de evaluación, indagar como está la autoestima en cada uno de los participantes con el fin de buscar alternativas de solución adecuadas.

Objetivos Específicos

Brindar a los estudiantes elementos de autodiagnóstico (aplicación de la prueba) y de evaluación (donde se obtendrán los resultados de la misma).

Analizar la postura de cada integrante frente a los resultados obtenidos, con el fin de decidir que aspectos se desean mejorar y cuáles se deben reforzar.

Descripción de la Actividad:

Se entrega a cada participante un formato de evaluación sobre la autoestima denominado “cuestionario de autoconcepto, sentimientos de inseguridad” posteriormente se dan las instrucciones detalladamente respecto a la manera adecuada de contestar el test y se da el tiempo necesario para responderlo a conciencia. Después de la aplicación de la prueba se indica el método de autoevaluación y la manera de calificar cada pregunta. Al finalizar la actividad se recogen los resultados que cada estudiante obtuvo verificando la puntuación y se da un tiempo aproximado de 5 minutos para reflexionar respecto a los resultados obtenidos con el fin de realizar planes de acción, haciendo un cierre positivo y una retroalimentación al ejercicio.

Actividad N°3. Recomendaciones.

Duración: 10 minutos.

Recursos: folleto de recomendaciones.

Objetivo General

Motivar a la población en la búsqueda de una adecuada autoestima, proporcionando estrategias para incrementar la autovaloración.

Objetivos Específicos

Brindar elementos básicos para mejorar la autoestima.

Informar a la población respecto a las consecuencias de tener una adecuada autoestima.

Motivar a los estudiantes a comenzar a desarrollar tanto una actitud positiva frente a la vida como una salud mental y física.

Descripción de la Actividad

Se entrega a cada estudiante un folleto denominado “mi autoestima”, donde se presentan estrategias para aumentar el nivel de autoestima en la población. Se realiza una revisión del folleto y se trabaja respecto a la importancia de realizar una reestructuración cognitiva y de comenzar a poner en práctica los conocimientos adquiridos durante esta tercera actividad.

Qué es la Autoestima?

Puede definirse la autoestima como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unida al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que se tiene de sí mismo no es algo heredado, sino aprendido del entorno, mediante la valoración que hace del comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que impulsa a actuar, a seguir adelante y motiva para seguir los objetivos.

Las personas con alta autoestima se caracteriza por lo siguiente:

Afianza su personalidad .

Favorece su creatividad.

Son mas independientes.

Tienen mas facilidad a la hora de tener relaciones interpersonales.

Cuando tienen una autoestima alta, se sienten bien consigo mismo; sienten que están al mando de su vida y son flexibles e ingeniosos; disfrutan con los desafíos que la vida les presenta: siempre están preparados para abordar la vida de frente; se sienten poderosos, creativos y saben como “hacer que sucedan cosas” en su vida. Por el contrario, las personas con una baja autoestima :

Tienen falta de credibilidad en sí mismo, inseguridad.

Atribuyen a causas internas las dificultades, incrementando las justificaciones personales.

Desciende su rendimiento.

No alcanzan las metas propuestas.

Carecen de habilidades sociales adecuadas para resolver situaciones conflictivas (personas sumisas o muy agresivas).

No realizan criticas constructiva y positiva.

Tienen sentimientos de culpabilidad. Incrementan los temores y el rechazo social, por lo tanto , se inhiben para participar activamente en las situaciones.

Es necesario conocer como funciona el ser humano, es decir, cuáles son fortalezas y cuáles son las limitaciones; a partir de esta valoración, se decide qué aspectos desean mejorar y cuáles se refuerzan; el plan de acción para cambiar determinadas características debe ser realista y alcanzable en el tiempo (por ej. La edad que se tiene es inamovible , la altura es otro factor poco variable a determinadas edades, etc.).

Es decir, hay características que se tienen que aceptar y con la que convivir, intentando sacar partido y ver su aspecto positivo. Aquí hay quince claves para mejorar la autoestima:

1. No idealizar a los demás.
2. Evaluar las cualidades y defectos.
3. Cambiar lo que no guste.
4. Controlar los pensamientos .
5. No buscar la aprobación de los demás.
6. Tomar las riendas de la propia vida.
7. Afrontar los problemas sin demora .
8. Aprender de los errores.
9. Practicar nuevos comportamientos.
10. No exigiese demasiado.

11. Darse permiso.
12. Aceptar el propio cuerpo.
13. Cuidar la salud.
14. Disfrutar del presente.
15. Ser independiente.

¿Que es el auto concepto? Es el concepto que tiene de sí mismo.

¿De que depende?. En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que esta relacionado entre sí : la variación de uno , afecta a los otros (por ej. Si pienso que soy torpe, me siento mal , por lo tanto hago actividades negativas y no soluciono el problema).

Nivel cognitivo intelectual

Constituyen las ideas , opiniones , creencias , percepciones y el procesamiento de la información exterior. Buscamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre la persona.

Nivel emocional afectivo

Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales . implica un sentimiento de lo agradable que vemos en nosotros.

Nivel conductual

Es la decisión de actuar, de llevar a la practica un pensamiento.

Los factores que determinan el auto concepto son los siguientes:

La actitud o motivación, es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluar si es positiva o negativa. Es la causa que impulsa actuar por tanto será importante plantearse las razones que llevan a desarrollar determinadas acciones, para no dejarnos llevar por la inercia o la ansiedad.

El esquema corporal, supone de las ideas que tenemos de nuestro cuerpo a través de sensaciones y estímulos. Esta imagen esta muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales. Las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

Las aptitudes, son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuado (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).

La valoración externa es la consideración o apreciación que hace los demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos contactos físicos, expresiones gestuales, reconocimiento social etc.

Se sabe que la autoestima es uno de los factores mas relevantes para el bienestar personal y una clave para relacionarse con el entorno de una forma satisfactoria. También se pueden tener pensamientos distorsionados en un sentido contrario, mostrando un sentimiento exagerado de autoestima, que puede ocasionar dificultades para resolver los problemas de forma adecuada.

Dentro de la sociedad se le pide a las personas perfección, que san los mejores; esto choca frontalmente con la vivencia.

Las otras partes de nosotros alberga los límites. Si aveces somos odiosos, nos enfadamos , somos débiles o miedosos, no sabemos que hacer, he incluso nos equivocamos. Ponemos tanta atención a nuestros defectos que no hacemos sino hacerlos mas presentes y empeorar las cosas, por no aceptarlos, cambiar o salir de ellos. Toda esta energía puesta en los limites nos impide desarrollar las capacidades y superarnos.

Necesitamos aceptarnos como un todo, con limites y capacidades. Querernos sin condiciones . solo así sentiremos el aumento de la auto estima. Necesitamos estimar lo mejor de nosotros y lo menos bueno.

Cuestionario De Autoconcepto

“Sentimientos De Inseguridad”

Instrucciones de aplicación

El propósito de este cuestionario es encontrar como se siente usted en el momento (yo real), como le gustaría ser (yo ideal) y que piensa de usted de cómo lo ven los otros, se hace pidiéndole a usted que se califique en quince parejas de objetivos, los cuales representan dos extremos. Usted tiene que calificarse en cada uno de estos pares colocando una marca (x) en el espacio adecuado.

Acá hay un ejemplo de cómo usar la escala:

Si usted siente que su “ yo real ” (primera página) , su “ yo ideal ” (segunda página) o como lo ven los otros (tercera página), esta relacionado a uno de los extremos de la escala. usted debe colocar una (x) como sigue:

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

Si usted siente que esta cercanamente relacionado a uno o al otro extremo de la escala pero no extremadamente usted debe marcar como sigue:

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

Si esto parece moderadamente relacionado a un lado como opuesto al otro pero no esta realmente cerca usted debe colocar su x así:

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

Si usted considera este punto como natural en la escala o ambos lados están igualmente ciertos o irrelevantes `por favor señale así:

justo _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____ injusto

Antes de empezar el cuestionario:

1. Trabaje de la parte de arriba hacia la parte de abajo.
2. Coloque su marca (x) en la mitad de los espacios , no en los limites .
3. Asegúrese que usted marca cada escala para cada concepto , no omita ninguno.
4. Nunca ponga mas de una marca (x) en cada escala .
5. No mire los items anteriores o los siguientes. no trate de recordar como marcó usted items similares.
6. Trabaje relativamente rápido a través de lo items.
7. No se preocupe o cuestione items particulares . su primera impresión , el sentimiento inmediato sobre el item es lo que se requiere , por otra parte ,no se apresure ya que su verdadera impresión es lo que requiero. por otra parte, no se apresure ya que su verdadera impresión es lo que requiero.
8. Siempre mire a ambos lados de cada escala , antes de que usted coloque su marca.

Por Favor Note La Diferencia Entre.

Como Soy.

Como Me Gustaría Ser.

Como Me Ven Los Demás.

Como Soy

Inteligente _____: Poco inteligente
 No creativo ni original _____: Creativo y Original
 No exitoso en la vida _____: Exitoso en vida.
 No apropiado para _____: Competente para
 ningún trabajo muchos trabajo
 Frío y no amistoso _____: Amistoso y cálido
 Prefiero estar solo _____: Prefiero estar con
 gente.
 Relaciones pobres con _____: Buenas relaciones
 el sexo opuesto con el sexo opuesto
 Habilidoso socialmente _____: Torpe socialmente
 Feliz _____: Triste
 Relajado _____: Tenso
 Falta de confianza en _____: Alta confianza en si
 sí mismo mismo
 Puedo manejar _____: Puedo manejar
 problema personales problemas personales
 Alerta y activo _____: No entusiasta y
 Aburrido.
 Físicamente no _____: físicamente atractivo
 atractivo

Como Me Gustaria Ser

Fisicamente atractivo _____ : Fisicamente no atractivo.

Relajado _____ : Tenso.

No puede manejar _____ : Puede manejar

problemas personales _____ problemas personales

Torpe social mente _____ : Hábil socialmente.

Alta confianza en _____ : Falta de confianza

si mismo _____ en sí mismo.

Creativo u original _____ : No creativo u

original .

Alerta y activo _____ : No entusiasta y

aburrido

Exitoso en la vida _____ : No exitoso en la vida.

Frío y no amistoso _____ : Cálido y amistoso.

Inteligente _____ : Poco inteligente

Buenas relaciones _____ : Relaciones pobres con

con el sexo opuesto _____ el sexo opuesto.

Competente para _____ : No apropiado para

muchos trabajos _____ muchos trabajos.

Feliz _____ : Triste

Prefiero estar solo _____ : Prefiero estar

con gente

Preocupado por otros _____ : No preocupado por

otros.

Como Me Ven Los Otros

- No creativo ni original _____: Creativo y original.
- Alta confianza en si mismo _____: Falta de confianza en sí mismo.
- Inteligente _____: Poco inteligente
- No exitoso en la vida _____: Exitoso en la vida
- Alta confianza en si mismo. _____: Falta de confianza en si mismo.
- Buenas relaciones con el sexo opuesto _____: Relaciones pobres con el sexo opuesto.
- Alerta y activo _____: No entusiasta y aburrido
- Tenso _____: Relajado.
- Triste _____: Felizitozo en la vida
- Frío y no amistoso _____: Cálido y amistoso.
- No puede manejar problemas personales _____: Puede manejar problemas personales.
- Competente para muchos trabajos _____: No apropiado para muchos trabajos.
- Prefiero estar con gente. _____: Prefiero estar solo
- Hábil socialmente _____: Torpe socialmente.
- Físicamente no atractivo _____: Atractivo físicamente.
- No preocupado por Otros. _____: Preocupado por otros.

Calificación de la Prueba

Esta prueba consta de tres partes en las que se contemplan diferentes perspectivas acerca de la percepción que se tiene de una persona. En la primera de ellas es “Cómo soy yo”, la segunda “Cómo me gustaría ser” y la tercera “Cómo me ven los demás”.

Los ítems tienen una puntuación de uno a nueve, de acuerdo con la identificación que reconozca la persona en cada una de las afirmaciones y se califican de la siguiente manera: Cuando el ítem está formulado de manera positiva, el puntaje más alto será de nueve, mientras que en los ítems negativos, el puntaje más alto será de uno.

Posteriormente se debe comparar los resultados obtenidos en el test “Cómo soy” con los del test “Cómo me gustaría ser”, teniendo que si en la resta de éstos puntajes el resultado es mayor de treinta, se dice que el puntaje es significativo. Finalmente, se deben comparar el test “Cómo me gustaría ser” con el test “Cómo me ven los demás”, teniendo que si en la resta de los puntaje el resultados es mayor de veintitrés, se considera significativo.

Adicionalmente se hace necesario hacer un análisis cualitativo de dichos resultados, de acuerdo con las características principales de la persona.

10 Pasos Para Amarse A Uno Mismo

Dejar de criticarte.

Acéptate como eres y esto provocará naturalmente los cambios que sean necesarios. Cuando te criticas contante mente pierdes energía para cambiar. Observa objetivamente que cosa debes modificar y hazlo sin dolor. Sé indulgente con tus aspectos oscuros y deja que amorosamente las viejas pautas negativas se vayan.

No te asustes.

Deja de atemorizarte por tus pensamientos negativos, las películas mentales sobre posibles tragedias, las enfermedades y las pérdidas. Busca una forma sencilla de destruir esos pensamientos y sustituirlos por positivos. Mientras tanto sé amable contigo y sobretodo paciente hasta aprender esta nueva forma de pensar. Es decir, no te odies ni te castigues pues estas en pleno proceso de cambio.

Elóciate.

Elóciate lo mas que puedas. Alábate por lo bien que haces las cosas por mas insignificantes que sean. Haz vivido mucho tiempo dedicado a los demás y ahora es necesario que seas consciente de ti y de tus necesidades y trabajos para satisfacerlas.

Sé paciente y tolerante.

Paciente significa paz y ciencia, es decir que tiene que tener paz interior y utilizarla toda la ciencia y el conocimiento necesario para comprender al os demás y a ti misma.

Cada uno tiene sus propio proceso de crecimiento y la maduración llega por diferentes caminos y diferentes maestros. Elige la forma en que quieres madurar y ponte manos a la obra.

Respetar y exigir respeto.

No le hagas a los demás lo que no quieres que te hagan pero tampoco permitas que te lo hagan a ti lo que tu no serias capaz de hacer. En el respeto mutuo esta basado toda clase de amor y por supuesto de convivencia. Las cosas que te gustan hoy no son las que te gustaban ayer y tú tienes derecho a cambiar. Debes defender este derecho.

Bríndate apoyo.

Recurre a tus amigos y déjate ayudar. Forma parte de nuestra fortaleza pedir ayuda cuando se necesita. Recurre, también a la lectura que te ilustre el proceso de otras mujeres que estén en las mismas condiciones. Los dolores compartidos son la mitad de los dolores y la alegría compartida es el doble de alegría. No se esta solo, aun que a veces te lo parezca.

Busca un espacio exclusivamente tuyo.

Haz cosas por solo placer de hacerlas, sin beneficio nadie mas que a ti. Por ejemplo , pintar bordar, dedícate a el jardín, ve al cine, lee, escucha música, escribe, etc.

Tareas manuales o intelectuales que te regocijen y te ocupen agradablemente el tiempo.

Cuida tu cuerpo, tu mente tu espíritu y tus emociones.

Infórmate sobre cual s tu nutrición adecuada para ti así como los ejercicios conveniente a cada etapa de tu vida. Mima y venera el templo en el que vives. Tampoco te permitas pensamientos negativos y pon a dieta a tu mente de ellos. Cultiva el espíritu de la forma que te plazca y vigila la calidad de las emociones que te dominan.

Haz meditaciones.

Perdónate y quiérete a través de la meditación. Libera el pasado y programa el futuro. El estado alfa de meditación es el ideal para replantear tu vida, organizarla acorde a tus nuevos valores. Es el mejor momento para conectarte con tu interior tan sabio. Invierte el conocimiento que tienes de ti y ahora hazlo de adentro hacia fuera.

¡Hazlo ya!

No esperes a sentirte bien ni a tener nada concreto.

La autoestima se cimienta mucho sobre las valoraciones que recibimos de los demás.

Puedes ayudar incluyendo en tu vocabulario frases de aliento y ánimo. Frases constructivas que cambien estereotipos de pensamiento.

La próxima vez lo harás mejor.

Se empieza por intentarlo.

Es mejor equivocarse que no hacer nada.

Tu eres importante aunque no , logres todos tus objetivos.

Es normal sentir que no se puede, luego se intenta.

Lo perfecto no es posible lo adecuado sí.

Las cosas tienen una importancia relativa.

Yo te ayudo.

Si eres capaz.

Puedes hacerlo.

Confío en ti.

Una persona con autoestima óptima, en cambio, tiene las siguientes cualidades:

Posee una visión de sí misma y de sus capacidades realistas y positivas.

No necesita de la aprobación de los demás, no se cree ni mejor ni peor que nadie.

Muestra sus sentimientos y emociones con libertad.

Afronta los nuevos retos con optimismo, intentando superar el miedo y asumiendo responsabilidades.

Se comunica con facilidad y le satisface las relaciones sociales, valora la amistad y tiene iniciativas para dirigirse a la gente.

Sabe aceptar las frustraciones, aprende de los fracasos, es creativo e innovador, le gusta desarrollar los proyectos y perseverar en sus metas.

Para intentar aumentar nuestra autoestima debemos ante todo empezar a ser nuestros mejores amigos, saber que no hay nada ni nadie en este mundo mas importante que nosotros mismos. Por eso debemos aceptarnos tal y como somos, pensando no existe nadie ni mejor ni peor, aunque todos seamos diferentes, pues en eso se basa la diversidad humana.

Consejos prácticos para mejorar nuestra autoestima:

1 El hecho de querernos mas y mejor esta en nuestras manos, no en la de los demás. Todo reside en la cabeza y nosotros somos quienes debemos cambiar nuestro autoconcepto.

2.Acéptate tal y como eres, en tus cualidades y defectos. Todos tenemos defectos nadie es perfecto ni pretende serlo.

3.Desarrolla el sentido del humor, no des tanta importancia a cosas que no la tienen, ni los posible comentarios de los demás. Seguramente en la mayoría de ocasiones nos hacemos montañas innecesariamente, la gente no esta siempre pendiente de lo que hacemos o decimos, todo está en nuestra imaginación.

4. Préstate más atención, dedícate tiempo a hacer aquello que te haga feliz y te satisfaga.

5. No temas a la responsabilidades o a tomar decisiones, si algo sale mal aprende de tus errores y ten coraje para volver a intentarlo. Nadie esta libre de errores en esta vida y aveces hay que ver la cara positiva de los fracasos, piensa que aunque se sierren unas puertas, luego se abrirán otras que puedan ser incluso mejores.

6. Si una relación personal no acaba de funcionar, no pienses nunca que la culpa es sólo tuya, entre dos personas ambas partes son responsables de su comportamiento. La verdad es que al final es que sólo hubo incompatibilidad de caracteres.

7. Prémiate por tus logros, aunque estos sean pequeños o poco importantes, así te sentirás mejor.

8. Simplifica tu vida y dirígete hacia objetivos realmente valiosos para ti, dedicándote a ellos intensamente, sin miedo.

No es fácil cambiar nuestra autoestima , si lo fuera seguramente nadie sufriría por tenerla demasiado baja, ni existirían personas tímidas o dependientes, pero hemos de creer que tampoco hay nada imposible si ponemos realmente empeño en conseguirlo. Las personas tenemos suficientes capacidades como para cambiar y aprender a lo largo de nuestra vida, pues como dice el refrán “La fe mueve montañas.”

Con una buena autoestima tendrás:

Mayor aceptación de ti mismo y de los demás.

Menos tensión y mejor posición para dominar el estrés.

Una visión mas positiva y optimista respecto frente a la vida.

Una buena aceptación de las responsabilidades personales y la sensación de poseer un mejor control de las cosas.

Más independencia.

Mejor capacidad de escuchar a los demás.

Un mayor equilibrio emocional.

Disfrutarás de las situaciones sociales, pero también de la soledad.

Una mayor autoconfianza, más humor y creatividad.

Menos temores ante los riesgos y fracasos, que se convertirán en oportunidades, retos y experiencias.

Un aumento de la capacidad de expresar los sentimientos.

Desaparecerán los sentimientos negativos como la envidia y el rencor.

Tendrá una mayor ilusión, motivación, entusiasmo y capacidad para disfrutar los grandes y pequeños placeres de la vida.

Actividad N°4. Cierre.

Duración: 10 minutos.

Objetivo General.

Lograr realizar una retroalimentación frente a la importancia de incrementar la autoestima como factor de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos

Analizar la importancia de utilizar los elementos brindados con el fin de mantener un nivel de autoestima adecuado.

Motivar a los participantes en la adquisición de patrones conductuales y esquemas cognitivos que permitan tener una autoestima adecuada.

Descripción de la Actividad

Se realiza un cierre general del tema tratado en la sesión dando respuesta a los criterios de evaluación; para ello, se debe dar un tiempo prudente para reflexiones, cuestionamientos, inquietudes y/o sugerencias.

Criterios De Evaluación.

Se evaluará por medio de las siguientes preguntas:

1. Qué es autoestima?
2. Cómo esta mi autoestima?
3. Cuáles son los elementos que permiten tener una autoestima adecuada?
4. Que pensamientos y conductas facilitan la buena autoestima?
5. Conclusiones
6. Inquietudes

Apéndice G

Calidad de Vida

Sesión N°: 7

Objetivo General

Brindar información a la población respecto a las conductas saludables que se deben adquirir con el fin de alcanzar una calidad de vida y un bienestar personal adecuado, logrando reconstruir una idea positiva del buen vivir.

Objetivos Específicos

Enfatizar en la importancia de la adecuada nutrición, la actividad física, el equilibrio emocional y psicológico, y en general en las actitudes saludables que una persona debe alcanzar para incrementar su calidad de vida.

Reconocer las conductas repetitivas, erróneas y / o poco saludables que actualmente se llevan a cabo por la población joven.

Sugerencias

Promueva en los participantes la ejecución de conductas sanas, mostrando los beneficios que éstas traen, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Promueva la expresión de las consecuencias negativas que traen consigo los hábitos alimenticios inadecuados, con el fin de lograr una modificación de dichos patrones conductuales y esquemas cognitivos.

Metodología y Procedimiento

Actividad N°1 “Pasos para vivir sanamente”.

Duración: 25 minutos.

Recursos: folleto para cada participante.

Objetivo General

Brindar información respecto a la importancia de vivir sanamente y proporcionar una herramienta práctica a la población donde se de una explicación de cómo lograr una vida sana.

Objetivos Específicos

Revisar en conjunto con la población los puntos centrales tratados en el folleto y analizar detalladamente el beneficio de seguir estas conductas para incrementar la calidad de vida en los estudiantes.

Proponer otros estilos de vida sanos que logren incrementar el buen vivir en la población.

Descripción de la Actividad

Se presenta un folleto donde se expone de manera clara la importancia de adquirir un estilo de vida sano, el cual trabaja las actitudes saludables más recomendadas y la importancia de reemplazar las conductas desordenadas como las dietas restrictivas y el ejercicio excesivo por nuevas conductas e intereses más adaptativos. Analice cada propuesta plasmada en el documento y reflexión respecto a la eficacia de seguir con las recomendaciones presentadas.

Actividad N°2. ¿Mito o verdad?

Duración: 25 minutos.

Recursos: participación de los estudiantes.

Objetivo General.

Encontrar los errores más frecuentes que alejan a los jóvenes de la vida sana mediante experiencias personales, con el fin de poder localizar las problemáticas presentadas y así poder proponer planes de acción frente a la situación dada.

Objetivos Específicos

Determinar cuales son las consecuencias negativas de las creencias erróneas que se tiene en áreas de salud y nutrición entre otras, con el fin de lograr un cambio cognitivo y a largo plazo comportamental en la población.

Permitir que la población realice cambios pertinentes que favorezcan su autocuidado y el autocontrol.

Descripción de la Actividad

Realice una mesa redonda en donde los participantes se planteen situaciones donde se evidencien conductas erróneas y pensamientos excesivos en cuanto a la actividad física, la nutrición, la salud, la aceptación entre otros. Promueva un debate frente a las consecuencias negativas de mantener las actitudes nocivas anteriormente mencionadas y permita un espacio para comentar reflexiones y conclusiones de la actividad.

Actividad N°3 Cierre

Duración: 15 minutos.

Recursos: hoja de recomendaciones y conclusiones.

Objetivo General

Brindar un espacio de retroalimentación donde se permita a los estudiantes reflexionar, cuestionar y concluir, inquietudes y/o sugerencias que serán plasmadas en una hoja entregada a cada estudiante.

Objetivos Específicos

Analizar la importancia de adquirir conductas sanas que permitan tener calidad de vida.

Hacer una retroalimentación de las temáticas trabajadas con el fin de disminuir las creencias erróneas que tienen los estudiantes.

Descripción de la Actividad

Se da un tiempo prudente para que los estudiantes reflexionen y realicen las conclusiones pertinentes al tema trabajado durante la sesión; luego, realice el cierre, desarrollando los criterios de evaluación.

Folleto

“Pasos para vivir sanamente.”

1. Reflexión: Es importante reflexionar sobre lo maravilloso que es el propio cuerpo y las miles de funciones que realiza. Es realmente una obra de arte.

2. Aceptación: El ser humano se debe aceptar así mismo, si hay algo desagradable en el propio cuerpo y es posible cambiarlo se debe intentar siempre y cuando no brinde solo beneficios. Es importante mimarse mensualmente ya que es posible siempre y cuando no afecte la salud mental ni emocional.

3. Inteligencia creativa: La inteligencia permite crear estrategias para estar saludable. La creatividad para tener salud consiste en saber conscientemente lo que se esta comiendo. Los alimentos nos proporcionan energía para llevar a cabo todas las funciones de cada uno de los órganos y sistemas del cuerpo humano. Depende de la inteligencia creativa para preparar alimentos con alto contenido de nutrientes, y vitaminas pero con pocos gramos de grasa y calorías.

4. Nutrición: La alimentación debe contener los cinco grupos de alimentos pero siempre limitando la grasa y los carbohidratos complejos. Saber comer, el horario de la comida y la clase de alimento es lo que determinará el peso alcanzado.

5. Actividad física: La actividad física es muy importante para mantener un equilibrio en un peso saludable.

Estrategias Importantes Para Crear Salud

Es importante quererse a sí mismo ya que se es valioso y admirable, se debe prestarle la atención necesaria al propio cuerpo.

Mejorar la apariencia física, arreglo personal y postura, ya que son la imagen del éxito.

Así mismo un factor fundamental es cuidar el cuerpo con masajes de relajación.

Enriquecer la vida con emociones tiernas y positivas.

Se debe evitar las preocupaciones pues aceleran el envejecimiento.

Crear canales positivos entre mente y cuerpo; también desarrollar una conexión y organización saludable de la inteligencia.

Desarrollar suficiente respeto por la comida.

Aprender a relajarse.

No acumular tensiones.

Aceptar el reto de superarse, luchar constantemente por la superación personal.

Los objetivos para crear salud y bienestar deben estar claros en la mente y son un mapa saludable.

Apéndice H

Mi entorno y yo

Sesión N° 8

Objetivo General

Analizar las características culturales que afectan el comportamiento humano, por medio de una representación y un mensaje publicitario diseñado en primer lugar por los participantes y finalmente por las facilitadoras.

Objetivos Específicos

Determinar cuales son las características culturales que actúan como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Utilizar estrategias como la representación y la publicidad que permitan ver de una manera más clara, las circunstancias a las que se ven enfrentados los adolescentes en la actualidad y su influencia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Sugerencias

Procure que las representaciones se refieran a las influencias culturales más significativas, tales como estratos socio económicos, ocupación, género, entre otros.

Tenga en cuenta que el número de integrantes de cada subgrupo debe ser equitativo, a fin de que las condiciones en las que se desarrolle la actividad sean óptimas.

Metodología y Procedimiento

Actividad N°1 “Cómo es mi sociedad?”

Duración: 25 minutos.

Recursos: La participación de los estudiantes

Objetivo General

Determinar cuales son las características de la sociedad que están fomentando el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, por medio de una discusión al interior del grupo, seguida de una presentación (teatral) realizada por los participantes, de las conclusiones obtenidas a partir de la misma.

Objetivos Específicos

Generar una discusión en torno a las condiciones que proporciona la sociedad para el desarrollo de la juventud en la actualidad.

Determinar cuales son las condiciones culturales que se presentan actualmente y que actúan como desencadenantes o precursoras de los trastornos de la conducta alimentaria.

Descripción de la Actividad

El grupo general debe reunirse en subgrupos y cada uno de ellos debe discutir cuales son los factores que encuentran como determinantes dentro del funcionamiento actual de la sociedad, para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta los valores atribuidos a la comida, de acuerdo al estatus, la ocupación, el género, la identidad grupal, las representaciones sobre el cuerpo y su funcionamiento, el concepto de salud y enfermedad y los modelos estéticos corporales que se manejan culturalmente.

Luego de tener dichos factores bien definidos, estos deben ser plasmados en una representación hecha por ellos mismos, donde se ilustren aquellas condiciones consideradas como un factor de riesgo que desde la sociedad están incrementando la incidencia de dichos trastornos dentro de la población.

Actividad N°2 “¿ Qué puedo hacer en mi entorno?”

Duración: 25 minutos.

Recursos: Cartulina, Marcadores, Recortes de revistas, Pegante, Cinta, Formato publicitario.

Objetivo General

Determinar cuales son las posibles soluciones que se pueden desarrollar frente a los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta las características culturales exploradas en la actividad anterior.

Objetivos Específicos

Propiciar el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente a los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta los factores de riesgo encontrados dentro de las características de la sociedad actual.

Plasmar en un aviso publicitario las ideas que se discutieron con relación a la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria, a fin de contar con una representación concreta de las conclusiones a las que se ha llegado y de las diferentes miradas que ésta puede tener.

Descripción de la Actividad

A partir de las conclusiones obtenidas durante la actividad anterior, el grupo debe delimitar algunas estrategias de afrontamiento frente a los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta las características culturales asociadas, plasmando en un mensaje publicitario sus comprensión general acerca de la problemática y las estrategias que surgen a partir de la reflexión.

Al finalizar, proporcione a los participantes el formato publicitario, a fin de ampliar las conclusiones obtenidas y de ésta manera cerrar la sesión.

Actividad N° 3 Cierre

Duración: 10 minutos

Recursos: Formato de los criterios de evaluación, lápices y borradores.

Objetivo General


Identificar cuales son las características culturales que pueden actuar a manera de factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces frente a las mismas.

Descripción de la Actividad

Se hace retroalimentación de la temática trabajada, teniendo en cuenta la influencia cultural como factor de riesgo y las posibles alternativas de solución frente a la problemática.

Formato Publicitario

Los medios proponen   se sentía triste y se veía 

Decidió, entonces comenzar una *DIETA*. Todos los días controlaba su peso en la  y

hacia . Su carácter comenzó a cambiar , también su cuerpo. No

ni , no salía con sus , lo único que le interesaba era su *CUERPO*. A pesar


de los kilos perdidos se seguía viendo . Hoy fue internada de urgencia.

 es *ANORÉXICA*.


La anorexia no es un cuento. ¿Te estás muriendo por ser delgado?

Formato Publicitario

Los medios proponen   se sentía triste y se veía  .

Comenzó la dieta de la , como no resultó, empezó otra y luego otra ...  se

empezó a *ATRACAR*, y luego a *VOMITAR*. Entre la dieta de la y la del , se

 y *VOMITABA*. Su carácter comenzó a cambiar , no salía con sus

, lo único que le interesaba era su cuerpo. Tomaba laxantes, diuréticos, cada vez se sentía más débil, no podía salir del ciclo *ATRACÓN*, *PURGA*. Hoy fue internada de

urgencia.  es *BULÍMICA*.

Cuando vomitas ... estás vomitando tu vida.

Criterios de Evaluación

Se evaluará por medio de las siguientes preguntas:

1. Cuáles son las características culturales más frecuentes que pueden afectar la conducta alimentaria?

2. Cómo pueden ser manejadas dichas condiciones culturales?

3. Se ha visto usted involucrado en las condiciones planteadas?

4. Conclusiones

5. Dudas

Apéndice I

¿Con quién cuento?

Sesión N° 9

Objetivo General

Determinar cuales son las redes de apoyo con que cuentan los participantes, teniendo en cuenta su entorno familiar, su núcleo social y las entidades que en un momento dado, pueden llegar a solicitar orientación o cuidados especiales requeridos por ellos mismos o por un miembro familiar o de su grupo social.

Objetivos Específicos

Definir cuales son las redes de apoyo con que cuenta cada uno de los participantes, las cuales le servirán como un factor de protección frente al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

Explorar el grado de conocimiento que tienen los participantes acerca de las instituciones que brindan diferentes tipos de asistencia a las personas que sufren dicha patología.

Proporcionar información acerca de las instituciones y movimientos que tanto en Colombia como en otros países, se ocupan de la prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Sugerencias

Haga énfasis en la importancia de identificar las redes de apoyo como factor de protección frente a los trastornos de la conducta alimentaria.

Identifique las necesidades de los participantes con respecto al conocimiento de persona e instituciones expertos en el tema y que en un momento dado pueden ser un apoyo frente a los trastornos de la conducta alimentaria.

Brinde un espacio en el que se resuelvan las inquietudes con respecto a las redes de apoyo existentes.

Metodología y Procedimiento

Actividad N°1 “¿Con Quién Cuento?”

Duración: 25 Minutos.

Recursos: Cartulina ,Marcadores.

Objetivo General

Determinar cuales son las personas, organizaciones e instituciones que servirían como factor de protección o red de apoyo frente a la promoción de una vida sana y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos

Determinar el grado de conocimiento que tienen los estudiantes con relación a su entorno y las posibilidades que éste les ofrece para su desarrollo integral.

Explorar el entorno de cada uno de los participantes a fin de determinar cuales son las personas e instituciones que se sabe, podrían ser un apoyo importante en caso de que se presente un trastorno de la conducta alimentaria.

Descripción de la actividad

Explique la manera como se realiza el gráfico de la red social, teniendo en cuenta que éste se debe graficar por medio de círculos interconectados, donde se presentan en primer lugar las personas que conforman el núcleo familiar, siguiendo con el grupo de amigos, los compañeros de estudio y de trabajo, los grupos de diferentes actividades adicionales a las que pertenece la persona, finalizando con las instituciones que a nivel social se encargan de proporcionar apoyo ya sea de orden emocional, económico o de otra índole y aquellas que trabajan en el tema.

Posteriormente se le proporciona a los participantes cartulina y marcadores para que ellos grafiquen los diferentes grupos de personas a las que se dirigirían en caso de verse enfrentados a un trastorno de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta los parámetros anteriormente descritos.

Actividad N°2 “¿Qué se ha encontrado?”

Duración: 10 minutos.

Recursos: Documento informativo, lápices y borradores.

Objetivo General

Proporcionar información a los participantes acerca de aquellas instituciones a las cuales pueden acudir en caso de verse enfrentados a los trastornos de la conducta alimentaria, bien sea ellos mismos u otra persona de su entorno, a fin de contar con una red de apoyo amplia y consistente, que atienda a las necesidades que los jóvenes presentan con relación a su modo de vida y las exigencias del medio.

Objetivos Específicos

Proporcionar información puntual y completa acerca de las diferentes instancias a las que se puede recurrir al verse en riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.

Conocer las redes de apoyo con que cuentan los participantes por medio de la exploración de nuevas alternativas de ayuda con que pueden contar.

Descripción de la actividad

Se le proporciona a los participantes un documento en el cual se hace referencia a algunas instituciones que trabajan con personas que sufren algún trastorno de la conducta alimentaria, así como algunos sitios a nivel nacional e internacional - que

pueden ser consultados por internet – los cuales proporcionan información detallada sobre el tema.

Actividad N°3 Cierre

Duración: 10 minutos

Recursos: Formato de Evaluación

Objetivo General

Identificar cuales son las redes de apoyo que pueden servir como factor de protección frente al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Descripción de la Actividad

Se reparte el formato de evaluación a cada uno de los participantes, en el cual se tienen en cuenta aspectos tales como la definición de red de apoyo, identificación de las mismas, de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla cada persona y las conclusiones e inquietudes que se presenten alrededor del tema.

Y si usted Padece el Trastorno

Aparte de buscar ayuda profesional puede seguir las siguientes recomendaciones:

Aprenda a discriminar entre el hambre y otros sentimientos. Pues si está aburrido, no es necesario comer para contrarrestar el sentimiento.

Haga tres grandes comidas al día y dos más pequeñas intercaladas. Nunca se salte comidas.

No permita que el estrés y la ansiedad tomen ventaja.

No deje que el hambre llegue a un nivel muy alto.

No permanezca mucho tiempo sólo.

No se fije metas ni patrones muy rígidos de alimentación. Trate de comer todo lo que le guste pero en cantidades razonables.

Hable de los problemas con una persona de confianza.

Reflexione sobre las presiones sociales que influyen en usted para que necesariamente tenga que ser delgado y bonito.

El único que decide en su vida es usted mismo y sólo en usted está la fortaleza necesaria para darle vuelco a su vida.

Dónde Conseguir Ayuda?

Internet

Estas son algunas páginas que le pueden proporcionar información respecto de los trastornos de la conducta alimentaria.

www.drkoop.com

www.eatright.org

www.mediweg.com.mx

www.aabaic.org

Centros Especializados en Colombia

Equilibrio Psicóloga Juanita Gempeler

Dirección Cra 16 H 82 – 95 Piso 9

Tel: 2184975

La Inmaculada

Dirección: Cra 7# 68 – 70

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá

Dirección Av 68 #66 - 31

Criterios de Evaluación

Se evaluará por medio de las siguientes preguntas

1. ¿Que es una red de apoyo?
2. Con cuales cuenta usted?
3. Que puede hacer para fortalecerlas?
4. Conclusiones
5. Inquietudes

Apéndice J

Evaluación del Proceso

Sesión N°: 10

Objetivo General

Evaluar el impacto que el programa tuvo en la población en términos de conocimiento, habilidades, y estrategias adquiridas por los mismos.

Objetivos Específicos

Evaluar por medio de un formato de evaluación respecta a las temáticas trabajadas durante el programa .

Verificar que la información brindada durante el programa fue recibida por los participantes de una manera adecuada.

Sugerencias

Tenga en cuenta cuales de las preguntas planteadas, presentaron mayor dificultad al momento de ser resueltas.

Verifique la coherencia de las respuestas, con respecto a la información proporcionada a lo largo del programa.

Metodología y Procedimiento

Actividad N° 1 Evaluación del Programa de Prevención.

Duración: 60 minutos

Recursos: Formato de Evaluación, lápices y borradores.

Objetivo General

Evaluar el conocimiento y las habilidades de las participantes a los talleres.

Objetivos Específicos

Verificar cuanta información y herramientas fueron adquiridas durante los talleres.

Descripción de la Actividad

Se entrega el formato de evaluación, el cual consta de trece preguntas, las cuales evalúan lo aprendido a lo largo del desarrollo del programa. Este formato consta de preguntas abiertas que deben ser resueltas con el conocimiento adquirido a partir de la información dada. Para responder este cuestionario, se dispone de 45 minutos.

*Formato De Evaluación Del Programa De Prevención Para Los Trastornos De
La Conducta Alimentaria*

1. ¿Qué es anorexia?

2. ¿Qué es bulimia?

3. ¿Cuales son los síntomas característicos en estos trastornos?

4. ¿Cuales son las señales de alarma?

5. ¿ Que se debe hacer en caso de conocer personas que sufran este tipo de trastornos?

6. ¿ Que se debe hacer para tener una buena alimentación sin necesidad de excederse o limitarse?

7. ¿ Cuales son las consecuencias que se pueden generar a raíz de este problema?

8. ¿ Por qué la autoestima es importante para la prevención del trastorno?

9. ¿ Que aportes le dejó la realización del programa?

10. ¿ De que manera influyó el trabajo desarrollado durante el programa durante su proceso de autoconocimiento?

11. ¿ Descubrió alguna situación o problemática nueva durante el desarrollo de este trabajo?

12. ¿Cómo le parecieron los materiales y los recursos utilizados en cada una de las sesiones?

13. ¿ el tiempo empleado en cada una de la sesiones le aprecio suficiente?

Apéndice K

Cierre del Programa

Sesión N° 11

Objetivo General

Evaluar la metodología realizada durante el proceso por las facilitadoras

Objetivos Específicos

Evaluar aspectos como: de manejo de grupo, manejo del tema, disposición y actitud de los facilitadores.

Determinar el grado de eficacia y eficiencia del programa.

Realizar un cierre adecuado del taller dejando abierta la posibilidad de nuevas consultas.

Metodología y Procedimiento

Actividad N°1. Formato de evaluación sobre los facilitadores.

Duración: 20 Minutos

Recursos: Cuestionario, lápices y borradores.

Descripción de la Actividad

Se entrega el formato de evaluación, el cual consta de cinco preguntas, las cuales evalúan el desempeño de los facilitadores a lo largo del desarrollo del programa. Este formato consta de preguntas abiertas que deben ser resueltas a partir de la percepción que cada participante tiene frente al desempeño de los expositores; se dispone de 25 minutos. El tiempo restante debe ser destinado a comentarios que tengan los participantes, ya sea de manera individual o grupal.

Formato De Evaluación Del Desempeño De Las Facilitadoras

1. ¿ Fortalezas de las Facilitadoras? (puntualidad, manejo del grupo, del tema y cordialidad).

2. ¿ Debilidades de las Facilitadoras?

3. ¿Hubo claridad en la explicaciones realizadas durante el desarrollo de las sesiones por parte de las facilitadoras ?

4.¿ Las facilitadoras estuvieron dispuestas a proporcionarle las orientaciones necesarias?

5. ¿Las facilitadoras los ayudaron sin presiones ?

Apéndice L

Cuadro de Programación de los talleres

Sesión	Taller Alumnas	Objetivos	Recursos	Proceso Psicológico
I	Evaluación de los Trastornos en la Alimentación	Identificar aquellas personas que no presentan trastornos de la conducta alimentaria con el fin de implementar en dicho grupo de estudiantes el Programa de Prevención Primaria.	Formato de Evaluación de los Trastornos. Lápices	Informativo
II	Circular Informativa y Contrato de Participación en el Programa de Prevención Primaria de los Trastornos de la	Brindar información acerca del Programa y presentar el contrato de participación	Circular Informativa del Programa y Contrato de Participación	Informativo

	Conducta Alimentaria			
III	Acercamiento al tema. (Introducción)	Buscar un reconocimiento de los esquemas mentales que permita a los estudiantes ahondar más sobre si mismos generando interrogantes sobre su vida	Retroproyector Documento informativo	Informativo
IV	Conocerme a mi misma “Diagnostico”.	Proporcionar elementos de autoconocimiento a los estudiantes, que permitan identificar factores de riesgo y predisposición frente a la problemática.	Cuestionario “Hay algo de esto en tu vida”. “Cuestionario de ¿Quién soy yo?.	Autoconocimiento. Aceptación. Reestructuración Cognitiva

V	Muriendo por bailar	Ilustrar por medio de un caso la información dada hasta el momento, con el fin de identificar los factores explicados anteriormente	Película.	Determinar factores que predisponen y mantienen conductas inadecuadas en estas personas.
VI	Autoestima	Mejorar la autoestima en la población con el fin de lograr una coherencia entre la auto imagen, el auto concepto, el auto cuidado, la auto suficiencia y la vinculación.	Pruebas de autoestima Folletos de recomendación	Autoconocimiento Autoevaluación Autoimagen Aceptación Reestructuración cognitiva.
VII	Calidad de vida	Brindar información a la población	Folletos. Debate. Mesa redonda.	Reestructuración Cognitiva Autocuidado

		<p>respecto a las conductas saludables que se deben adquirir con el fin de alcanzar una calidad de vida y un bienestar personal adecuado, logrando reconstruir una idea positiva del buen vivir.</p>		<p>Autocontrol Locus de control interno</p>
VIII	Mi entorno y yo.	<p>Analizar las características culturales que afectan el comportamiento humano por medio de una representación y un mensaje publicitario</p>	<p>Cartulina. Marcadores Recortes de revistas Pegante Cinta Mensaje publicitario realizado por las facilitadoras</p>	<p>Reestructuración Cognitiva. Autorreflexión. Determinar factores que predisponen y mantienen las conductas inadecuadas a nivel cultural</p>

		diseñado en primer lugar por los participantes y finalmente por las facilitadoras.		
IX	Con quién cuento?	Determinar cuales son las redes de apoyo con que cuentan los participantes, teniendo en cuenta su entorno familiar, su núcleo social y las entidades que en un momento dado pueden llegar a solicitar orientación o cuidados especiales requeridos por ellos mismos o	Documento informativo Cartulina Marcadores	Autorreflexión Determinar factores de protección de los trastornos de la conducta alimentaria

		por un miembro familiar o de su grupo social.		
XX	Evaluación del proceso.	.Evaluar el impacto que el programa tuvo en la población en término de conocimiento, habilidades y estrategias adquiridas por los mismos.	Formato de evaluación	Aprendizaje. Estrategias de afrontamiento.
XI	Finalización y cierre del taller.	Evaluar la metodología realizada durante el proceso por las facilitadoras	Formato de Evaluación Lápices	