



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

PSIOLOGIA EDUCATIVA.

UNIDAD AJUSCO

“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA:

ILSE MERARI TAPIA GARDUÑO

ASESORA: MAESTRA NORMA ELENA VIDAURRI JIMÉNEZ

MEXICO D.F.

OCTUBRE, 2011

*¿En qué momento empezamos a morir por una
belleza que no es eterna?.....*

*Y pareciera que no nos basta con nosotros mismos
al mirarnos al espejo, pues al final del día
terminamos creyendo que el reflejo en el espejo
del otro, resulta siempre más bello...*

Ana Fernanda Ávila Castañón.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

QUIERO AGRADECER PRINCIPALMENTE A DIOS POR PERMITIRME LOGRAR ESTE SUEÑO. POR PONER EN MI CAMINO A LAS PERSONAS INDICADAS EN LAS SITUACIONES IDONEAS, POR CUIDARME Y NO PERMITIR QUE NADA ME PASE.

A MIS PADRES.

QUIERO AGRADECER A LA VIDA Y A DIOS POR DARMER LOS MEJORES PAPÁS DEL MUNDO, SE QUE GRACIAS A SU ESFUERZO Y ENTREGA ESTOY VIVIENDO ESTE MOMENTO Y ESTOY LOGRANDO ESTA GRAN META. QUIERO QUE SEPAN QUE SON UN PILAR FUNDAMENTAL EN MI VIDA Y QUE LOS AMO Y ESTOY DISPUESTA A HACER QUE SE SIENTAN ORGULLOSOS DE MI SIEMPRE. GRACIAS POR HACER DE MI LA MUJER QUE SOY AHORA CON MIL DEFECTOS PERO TAMBIEN CON MIL VIRTUDES, NO LOS VOY A DEFRAUDAR GRACIAS POR DARMER... LAS ALAS PARA VOLAR, GRACIAS POR REGALARME EL PRIVILEGIO DE AMARLOS.

A MI HERMANO.

SI HUBIERA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ELEGIR A MI HERMANO, OSO TU ERES Y SERAS SIEMPRE MI OPCION NUMERO UNO, ERES EL MEJOR HERMANO QUE ALGUIEN PUDIERA DESEAR, TE AMO HERMANITO, GRACIAS POR APOYARME SIEMPRE, POR CUIDARME Y POR ESTA SIEMPRE CONMIGO. ESTOY MUY ORGULLOSA DE TI Y ESTE LOGRO NO HUBIERA SIDO POSIBLE SIN TI.

A MIS ABUELITOS.

GRACIAS A DIOS TENGO LA FORTUNA DE QUE ESTEN CONMIGO Y PODER COMPARTIR CON USTEDES ESTE MOMENTO Y SE QUE SERAN MUCHISIMOS MÁS. ABUELITA TE AMO GRACIAS POR SER UN GRAN EJEMPLO A SEGUIR Y ENSEÑARME MUCHAS COSAS DIA CON DIA, GRACIAS POR CADA BESO, CADA ABRAZO, POR TODO EL CARIÑO QUE ME DAS, NO SABES CUANTO TE AMO.

ABUELITO GRACIAS POR LUCHAR Y SALIR DELANTE DE CADA MOMENTO DIFICIL QUE HAZ PASADO, GRACIA POR ESTAR AQUÍ CONMIGO.

A LA FAMILIA SANDOVAL GARDUÑO.

ME GUSTABA QUE SUPIERAN QUE DIEGO FUE UNA DE LAS RAZONES POR LAS QUE DECIDÍ ESTUDIAR ESTA CARRERA. GRACIAS A USTEDES Y A DIOS POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE CONVIVIR Y APRENDER DE EL A DIARIO.

GRACIAS TIA ANGELES POR TODO EL APOYO POR ESTAR CONMIGO SIEMPRE Y CONSENTIRME TANTO. GRACIAS TIO GERMAN POR ESTAR SIEMPRE AL PENDIENTE Y POR CUIDARME. FABY GRACIAS POR SER SIEMPRE COMO OTRO HERMANO PARA MÍ, POR CONFIAR EN MÍ Y POR TODO EL CARIÑO. LOS AMO Y SON PARTE FUNDAMENTAL DE ESTE LOGRO.

A MIS TIOS Y MIS HERMANOS.

GRACIAS A TODOS MIS TIOS SAUL, LUIS, CESAR Y JUAN Y SUS RESPECTIVAS FAMILIAS, POR APOYARME SIEMPRE, Y POR EL CARIÑO QUE ME DAN, LOS QUIERO MUCHISIMO A TODOS Y QUIERO QUE SE PAN QUE FORMAN UNA PARTE IMPORTANTE EN MI VIDA Y A TODOS USTEDES QUIERO DEDICAR TAMBIEN A EL HABER LOGRADO TERMINAR ESTA ETAPA SATISFACTORIAMENTE.

A MIS HERMANOS ISRAEL, ARMANDO E IVÁN Y A SUS FAMILIAS, GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE AL PENDIENTE, AUNQUE ESTAMOS LEJOS QUIERO QUE SE PAN QUE LOS QUIERO MUCHISIMO Y LOS TENGO SIEMPRE PRESENTES.

A FER Y A OLGA.

GRACIAS A AMBAS POR ABRIRME LAS PUERTAS DE SU CASA, DE SU FAMILIA Y DE SU CORAZON, LAS CONSIDERO MI SEGUNDA FAMILIA. OLGA GRACIAS POR TODAS LAS PLATICAS LLENAS DE APRENDIZAJE, POR LOS REGAÑOS, POR LAS LÁGRIMAS, GRACIAS POR HACER DE MÍ UNA MEJOR PERSONA. TE QUIERO MUCHISIMO.

FER, HERMANITA HERMOSA GRACIAS, NOS SE EN QUE MOMENTO TE VOLVISTE FUNDAMENTAL EN MI VIDA PERO EL HECHO ES QUE LO ERES, GRACIAS POR EL CAMINO RECORRIDO, POR LO BUENO Y LO MALO, SE QUE NOS FALTA MUCHO POR VIVIR Y SE QUE ESTAREMOS JUNTAS SIEMPRE, NO OLVIDES QUE TE AMO Y QUE ESTE LOGRO NO HUBIERA SIDO POSIBLE SIN TI AHÍ, SIEMPRE DANDOME CONSEJOS Y REGAÑANDOME CUANDO LO NECESITABA. GRACIAS.

AL DR. JOSÉ CORTÉS, MI JEFE.

DOCTOR GRACIAS, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE TRABAJAR CON USTED, DE APRENDER DÍA CON DÍA, DE SIEMPRE TENER LAS PALABRAS ADECUADAS, QUE AVECES SIN SABER ERAN JUSTO LAS QUE NECESITABA OIR, POR LA COMPRESION Y EL APOYO, DEFINITIVAMENTE ESTE TRABAJO NO EXISTIRÍA SI USTED NO ME HUBIERA IMPUSADO A HACERLO. CON MUCHISIMO CARIÑO, GRACIAS.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS.

GRACIAS A TODAS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE ESTUVIERN ACOMPAÑANDOME EN EL PROCESO.

A MIS AMIGOS DE LA PREPA POR CONFIAR EN MI Y APOYARME SIEMPRE, MAGGIE, LORE, LIZ, DANIEL, MARCO, NORI, KETZ, JONAS, JERO, RICKY, GRACIAS LOS QUIERO MUCHO.

DANIELA Y KARLA SANCHEZ, GRACIAS POR NO DEJARME CAER, POR EL APOYO Y POR TANTO CARIÑO, POR CADA PLATICA Y CADA MOMENTO VIVIDO LAS QUIERO MUCHISIMO.

A KARLA GALÁN POR TODO EL APRENDIZAJE, POR SER UNA GRAN AMIGA Y AYUDARME A SIEMPRE SACAR LO MEJOR DE MI, A ANA EIRA, A ILIANA Y EDGAR QUE FUERON PARTICIPANTES ACTIVOS EN ESTE LARGO PROCESO DE UN AÑO, POR CADA LAGRIMA DE FRUSTRACION Y CADA ALEGRIA.

A MIS AMIGAS DEL TRABAJO POR APOYARME Y CREER EN MI, GRACIAS GABY, LIZ, MONY, FABY, MAGDIS, VERITO, MELITA, ADY Y A ALBERTO POR AGUANTAR MIS LOCURAS ENOJOS Y FRUSTRACIONES, LOS QUIERO MÚCHISIMO.

A MI ASESORA Y MAESTRA.

GRACIAS A TODOS Y CADA UNO DE LOS MAESTROS Y MAESTRAS QUE HAN INTERVENIDO DURANTE MI FORMACION ACADEMICA, A LOS QUE TUVIERON PARTICIPACION ACTIVA EN ESTE TRABAJO, PERO PRINCIPALMENTE A MI GUÍA Y ASESORA DE TESIS NORMA ELENA VIDAURRI JIMENEZ.

GRACIAS NORMA POR AYUDARME A PONER EN ORDEN MIS IDEAS, POR SIEMPRE HACER QUE SACARA LO MEJOR DE MI Y EXPLOTARA MIS CAPACIDADES, POR CADA CORRECCION, CADA ALEGRIA Y CADA INSTANTE BUENO Y MALO VIVIDO EN ESTE AÑO, SIN TI ESTE TRABAJO NO HUBIERA QUEDADO TAN BONITO Y DEFINITIVAMENTE NO HUBIERA SIDO POSIBLE, CON MUCHO CARIÑO, GRACIAS.

ÍNDICE.

	PÁGINAS.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	4
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
CAPITULIO 1. ADOLESCENCIA.....	11
1.1 Desarrollo fisiológico y pubertad.....	13
1.2 Desarrollo psicológico.....	16
1.2.1 La búsqueda de identidad.....	18
1.2.2 Imagen Corporal.....	19
1.2.3 Autoestima.....	20
1.3 Sexualidad.....	21
1.4 Desarrollo Cognitivo.....	22
1.5 Desarrollo Social.....	24
CAPITULO 2. NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	27
2.1 Alimentación.....	27
2.2 Nutrición.....	27
2.3 La nutrición y su relación psico-afectiva.....	28
2.4 Requerimientos nutricionales en la adolescencia.....	30
2.5 El cerebro y la alimentación.....	35
2.5.1 Neurotransmisores y alimentación.....	36
2.6 Consecuencias de la mala alimentación en el desarrollo de los y las adolescentes.....	37
2.6.1 Consecuencias en el desarrollo físico.....	37
2.6.2 Consecuencias en el desarrollo cognitivo.....	38
2.6.3 Consecuencias en el desarrollo psicosocial.....	38
2.7 Principales problemas y alteraciones en la alimentación de los y las adolescentes.....	39
2.8 Hábitos alimenticios, dieta balanceada y ejercicio.....	40

CAPITULO 3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	
ALIMENTARIA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.....	42
3.1 Anorexia Nerviosa.....	43
3.2 Bulimia Nerviosa.....	46
3.3 Trastorno por atracón.....	49
3.4 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados.....	49
3.5 Nuevos trastornos de la conducta alimentaria.....	50
3.6 Conductas Alimentarias de Riesgo.....	52
CAPITULO 4 MÉTODO.....	54
4.1 Tipo de estudio.....	54
4.2 Pregunta de investigación	55
4.3 Hipótesis.....	55
4.4 Variables.....	55
4.5 Programa de intervención.....	55
4.6 Sujetos.....	56
4.7 Escenario.....	56
4.8 Instrumentos.....	57
4.9 Material.....	59
4.10 Procedimiento.....	59
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	64
Análisis del Pre-test y el Post-test.....	64
Evaluación de los puntajes del Pre-test y Post-test.....	77
Análisis comparativo entre hombres y mujeres.....	79
Evaluación del taller.....	81
CONCLUSIONES.....	88
SUGERENCIAS.....	93
LIMITACIONES.....	94
EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	95
REFERENCIAS.....	97
ANEXOS.....	104
ANEXO A: CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CBCAR).....	105
ANEXO B: EVALUACION DEL TALLER “ADOLESCENCIA:	

PREVIVNIENDO RIESGOS ALIMENTICIOS”	106
ANEXO C: CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER: “ADOLECENCIA: PREVINIENDO RIESGOS ALIMENTICOS”	107
ANEXO D: DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS AL COLEGIO.....	119
ANEXO E: DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS A LAS Y LOS ALUMNOS.....	121

RESUMEN.

El objetivo de esta investigación fue diseñar, aplicar y evaluar el taller “Adolescencia: Previniendo Riesgos Alimenticios”. Se trabajó bajo la premisa que no hay mejor manera de prevenir que estar informado, por lo que la intención fue crear un espacio de información donde se tocaron temas como; adolescencia (etapa evolutiva, características), alimentación y nutrición y Trastornos de Conducta Alimentaria y Conductas Alimentarias de Riesgo.

El trabajo presenta los resultados del programa de intervención que consistió en el aplicar el taller de 12 sesiones de 45 minutos cada una a 46 alumnos y alumnas de 1º de secundaria del Colegio Brookfield Americano.

Esta tesis es una investigación evaluativa descriptiva con un diseño cuasi experimental, se aplicó un instrumento como pre-test y post-test, así como un cuestionario para evaluar el taller.

El análisis de resultados mostró que el taller funcionó de manera satisfactoria ya que cuatro de los cuarenta y seis alumnos y alumnas a las que se le aplicó el taller pasaron de estar en un nivel de prevención a un nivel sin riesgo. Mostró también que en la dimensión en la que los y las adolescentes tienen mayor problema es en las Conductas Compensatorias.

Al final del trabajo se concluyó que es necesario trabajar con los y las adolescentes en la prevención de Conductas Alimentarias de Riesgo, y abre el panorama de nuevos ámbitos de trabajo donde el Psicólogo Educativo tiene injerencia como son los temas de salud y nutrición.

El interés en esta investigación nace al observar como los Trastornos de Alimentación se han convertido en un problema grave de salud en la adolescencia. Independientemente de los programas y la atención que dé el Sector Salud es importante tener una perspectiva enfocada a la educación, donde se trabaje mediante talleres con el fin de prevenir Trastornos Alimenticios y Conductas Alimentarias de Riesgo, por lo tanto es necesaria la intervención de un Psicólogo Educativo que trabaje con los y las adolescentes el tema de manera integral.

INTRODUCCIÓN.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo son un concepto relativamente nuevo y no muy común, al hablar de problemas alimenticios automáticamente se relaciona con bulimia o anorexia. Esta tesis surge de la curiosidad de entender porque son los adolescentes la población que está en mayor riesgo de tener un trastorno alimenticio y plantear una forma de prevenirlos a tiempo.

Los problemas alimenticios se han vuelto comunes entre los y las adolescentes, aunque la mayoría de información y estadísticas están dirigidas a las mujeres no hay que dejar de lado a los hombres ya que cada día hay más varones que tienen algún trastorno alimenticio.

Según la Secretaria de Salud en el 2007, los casos detectados en adolescentes entre 10 y 19 años fueron; Bulimia: 2,787 casos detectados de los cuales 2,205 son mujeres y 582 son hombres. Anorexia: hay 6,211 casos detectados de los cuales 4,235 son mujeres y 1,976 son hombres.

Por lo anterior dentro de este trabajo se considera importante proporcionar información acerca de la adolescencia, la alimentación, los Trastornos Alimenticios y las Conductas Alimentarias de Riesgo y exponer la importancia de esta información en la toma de decisiones.

Este proyecto presenta la propuesta y aplicación de un taller sobre la prevención de Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia, el cual lleva por nombre; "Adolescencia: Previendo Riesgos Alimenticios". Para esta propuesta se realizó una investigación evaluativa descriptiva con un diseño cuasi experimental.

El principal objetivo brindar información que favorezca el análisis y la reflexión de las propias conductas para así prevenir Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia.

El trabajo está organizado en cuatro capítulos. El primero habla del concepto de adolescencia, los cambios en la adolescencia, búsqueda de identidad e identificación, sexualidad, toma de decisiones, asertividad y autoestima.

El segundo capítulo trata de la alimentación y la nutrición, alimentación para el cerebro, para qué sirven los minerales, vitaminas, etc., hábitos alimenticios y ejercicio.

El tercer capítulo habla de los Trastornos alimenticios, características, signos y síntomas, las Conductas Alimentarias de Riesgo, características, signos y síntomas y los nuevos trastornos alimenticios.

El cuarto capítulo es el método donde se expone la propuesta del taller y se presenta cómo y con quienes se llevó a cabo. En este capítulo también se encuentra el análisis de los resultados, que se obtuvieron de los instrumentos que se aplicaron a los sujetos.

La devolución de los resultados también se encuentra en el capítulo 4, esta se realizó con el fin de exponer a los y las adolescentes los resultados generales del taller. Además de hacer del conocimiento del Colegio y de los padres de familia cuál es la postura de los y las jóvenes frente a este tema, lo anterior se complementa con una serie de sugerencias hacia los alumnos, los padres y el colegio, para trabajar en conjunto la prevención de las Conductas Alimentarias de Riesgo.

Es necesario que los y las adolescentes cuenten con información que les ayude a tomar decisiones de manera asertiva, ya que dichas decisiones traen repercusiones a futuro.

JUSTIFICACIÓN.

La prevención se orienta a proponer las condiciones para un mejor desarrollo de las capacidades educativas y también a prevenir las consecuencias que pueden generar las diferencias entre las necesidades educativas de la población y las respuestas que dan los sistemas sociales y educativos.

El Psicólogo Educativo interviene en las funciones preventivas, proponiendo la introducción de modificaciones del entorno educativo y social que eviten la aparición o atenúen las alteraciones en el desarrollo evolutivo, educativo y social.

En el enfoque preventivo se contemplan intervenciones tanto para asesorar a los agentes educativos, ayudar en el desarrollo de programas específicos; por ejemplo en temas como, educación para la salud, educación sexual, prevención de las drogo-dependencias y de los proyectos ligados en general a la transversalidad, o, a la educación de valores.

Lo anterior coincide con el perfil de egreso de la carrera de psicología educativa cursada en la Universidad Pedagógica Nacional donde el propósito es formar profesionales con actitud de servicio y trabajo dirigidos a la comunidad educativa; autoridades, padres, maestros y alumnos.

Los principales contenidos se enfocan en brindar al alumnado un panorama amplio sobre los avances teóricos y los recursos metodológicos de la psicología así como otras disciplinas afines, con el propósito de comprender y poder atender problemas educativos asociados con el desarrollo, aprendizaje y socialización de los individuos en los diferentes ámbitos educativos, escuelas, salones de clase, e instituciones.

Los egresados de la carrera de Psicología Educativa en la UPN, cursamos a lo largo de nuestra formación materias sobre el desarrollo evolutivo de los individuos en tres etapas, la niñez, la adolescencia y la adultez y vejez, elementos de psicofisiología, procesos grupales, comunicación, diseño y desarrollo curricular, orientación educativa y técnicas de trabajo grupal, las últimas dos como materias optativas en los últimos dos semestres, entre otras que nos permiten identificar problemáticas a solucionar o tratar de prevenir mediante nuestro trabajo y propuestas de intervención.

Una de las tareas del Psicólogo Educativo es crear planes, programas o talleres que sirvan como herramienta para lograr un acercamiento con la población en este caso los adolescentes, así como encontrar o crear, las estrategias idóneas para llevar a cabo su trabajo y lograr sus objetivos, entre los que se encuentran, crear conciencia y propiciar la participación activa de los adolescentes al responsabilizarse de el mismo y de su entorno.

Tradicionalmente siempre se ha visto a la adolescencia como una etapa de crisis en la que los y las adolescentes se encuentran vulnerables y propensos a caer en una serie de conductas de riesgo en la búsqueda de su autonomía, libertad, e identidad.

Si base de la prevención es la información, que los adolescentes conozcan las características generales de las Conductas Alimentarias de Riesgo permitirá que amplíen el panorama sobre la salud, la alimentación, y la importancia de tomar decisiones con conciencia, probablemente no se podrá evitar al 100% que todos los adolescentes incurran en estas conductas, pero el hecho de que sean asertivos y piensen antes de tomar un decisión y que analicen que hay más formas de resolver los conflictos que se les presenten, nos acercan un paso a evitar y prevenir que las Conductas Alimentarias de Riesgo aparezcan.

Aunado a lo anterior, en México una serie de estadísticas y estudios reafirman los altos índices de conductas de riesgo en la adolescencia como la drogadicción, el alcoholismo, la deserción escolar, los embarazos, los abortos y los trastornos de la conducta alimentaria en los y las adolescentes.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en el 2006 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública a 25 mil 56 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad del país, arrojó que 3.2% de ellos practicó alguna Conducta Alimentaria de Riesgo en los últimos tres meses, aunque en menor proporción el vómito inducido y la ingesta de medicamentos.

Datos revelados por la UNAM en el 2007, arrojaron que específicamente los desordenes alimenticios afectan a entre 1% y 5% de la población mexicana joven, donde 95% son mujeres.

Por lo que la propuesta es diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención cuyo objetivo sea brindar información sobre las Conductas Alimentarias de Riesgo, con el fin de prevenir que incremente el número de adolescentes que caigan en estas. Se considera importante abrir un espacio para que los y las adolescentes conozcan temas de su interés, además de fomentar en ellos y ellas que sean personas reflexivas y asertivas al momento de resolver sus problemas y tomar decisiones, y que mejor manera de hacerlo que tener las bases y la información para decidir lo que les conviene así como las consecuencias buenas o malas que sus decisiones les traerán en un futuro.

Por lo anterior considero que el papel de los psicólogos educativos en la prevención es fundamental, y que mejor manera de hacerlo que basar el trabajo que se realice con los y las adolescentes en brindar información fidedigna, y completa que invite a el análisis y reflexión , acerca de las consecuencias de diversos temas de salud de interés para los adolescentes como las adicciones; drogadicción y alcoholismo, sexualidad, anticoncepción, el aborto, salud mental, las CAR's, Infecciones de Transmisión Sexual, proyecto de vida y orientación vocacional, entre muchas otros, así como el acompañamiento en el fortalecimiento de habilidades para la vida específicamente, la toma de decisiones, la asertividad y la reflexión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Frecuentemente se relaciona a la adolescencia con una etapa de crisis. Esta “crisis” es el resultado del proceso de cambio por el que se atraviesa durante la pubertad y la adolescencia. Todo este proceso de cambio y el esfuerzo requerido para reorganizar el propio Yo, colocan al adolescente en un estado de vulnerabilidad con respecto a las ideologías, las religiones y los valores, cuya influencia puede traducirse en alteraciones del comportamiento, en rebeldía o en hostilidad hacia la sociedad.

Es importante entender que muchos de los aspectos de la conducta de los adolescentes, no son un reflejo claro de su personalidad, sino una consecuencia del proceso de su desarrollo físico y mental.

La constante búsqueda de identidad, y aceptación, son aspectos característicos de la adolescencia. En esta búsqueda de identidad e identificación, los y las adolescentes tienden a idealizar e identificarse con personas que se encuentran a su alrededor, que por lo regular son figuras públicas, las cuales ven con características perfectas, (el cuerpo, la cara, el cabello, incluso la ropa o el éxito que tienen). Si se combina la presión que sienten los y las adolescentes por intentar ser y conseguir el estereotipo idealizado, con el cambio físico normal de la pubertad, no es difícil entender por qué existen quienes tienen una imagen negativa de sus cuerpos, y se frustran al no conseguir su ideal, lo que los lleva a tomar medidas fáciles y rápidas sin tomar en cuenta el riesgo que traigan consigo.

Por otro lado la adolescencia es una etapa de la vida marcada por importantes cambios emocionales, sociales, cognitivos y fisiológicos, sobre los cuales, la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales para hacer frente a estos cambios son muy elevados, y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar situaciones carenciales que puedan ocasionar alteraciones y trastornos de la salud.

Entonces si la alimentación es un componente fundamental en el desarrollo humano, ¿Por qué los trastornos alimenticios se vuelven un problema que repercute a los y las adolescentes en todos los aspectos de su desarrollo?

En la adolescencia se requiere una mayor cantidad de nutrientes como las vitaminas B, C y D, las proteínas, los carbohidratos, los lípidos y minerales como el hierro y calcio, necesarios para hacer frente a cambios fisiológicos como la menstruación en las adolescentes y la producción de espermatozoides en los adolescentes, ya que se inicia una etapa reproductiva, además de que en ambos se presenta un aumento en las actividades físicas e intelectuales las cuales demandan una mayor cantidad de energía.

El cuerpo humano puede experimentar retraso en su crecimiento y desarrollo si no se cuenta con la cantidad de nutrientes que el cuerpo necesita para que se lleven a cabo los cambios de los caracteres sexuales primarios y secundarios, los cuales dependen del sexo, edad y constitución física de la persona y que comienzan en las adolescentes entre los 10 -11 años y en los adolescentes entre los 12-13 años, con una duración de entre los 5 y 7 años. A medida que pasa el tiempo los órganos sexuales se van desarrollando para llegar a conseguir la estabilidad funcional del aparato reproductor, en este proceso los requerimientos nutricionales son muy elevados y de cierta manera se ven reflejados en los cambios en el peso y la talla.

En cuanto a lo social, los horarios de alimentación y la distribución de los alimentos quedan sujetos al número de actividades de los y las adolescentes, al entrar más temprano a la escuela el desayuno por lo general se omite hasta la hora del recreo y de ahí a la hora de la comida, dejando grandes espacios entre cada uno. La alimentación en las y los adolescentes es importante para hacer frente a los requerimientos que la vida como estudiante exige así como un buen aprovechamiento escolar, tener energía, evitar la somnolencia y el letargo, lo que puede afectar directamente en su proceso de aprendizaje, afectando principalmente la memoria y la atención.

Junto con el crecimiento físico que se representa en la adolescencia, el desarrollo emocional e intelectual es rápido. La capacidad los adolescentes para el pensamiento abstracto, les permite realizar los trabajos del adolescente que según Spranger citado en Ramos (1985) son aceptar los cambios morfológicos, buscar un nuevo concepto del yo y una nueva identidad, desarrollar su impulso de autoafirmación, estimulado por su necesidad de autonomía, los cuales pueden influir para bien o para mal, sobre la alimentación y nutrición.

En cuanto al desarrollo cognitivo se hablan de procesos característicos como la preocupación por el cuerpo y la imagen corporal, confianza y respeto hacia a los adultos, aunque pone en duda sus decisiones y argumentos, el adolescente se muestra ansioso respecto a las relaciones con sus compañeros y puede llegar a ser influenciado en alto grado por estos, se encuentra en la búsqueda por desarrollar relaciones de intimidad, busca su independencia y se muestra ambivalente respecto a su autonomía.

Las anteriores son razones por las cuales esta etapa es considerada de riesgo ya que están dispuestos hacer o intentar cualquier cosa que les haga verse mejor o que mejore su imagen corporal, en la búsqueda de la aceptación del grupo en el que se desenvuelve, por lo que en general en esta etapa se habla de una baja autoestima y labilidad emocional.

En esta etapa desean resultados inmediatos, de manera que el asesoramiento nutricional deberá ajustarse a metas a corto plazo y enfocarse a los problemas alimentarios que ejercen un impacto en su aspecto físico y en su rendimiento.

Es necesario conocer aquellas situaciones y conductas que pueden afectar a los adolescentes en las que destacan modificaciones radicales en la dieta, la ingesta de laxantes y diuréticos, el exceso de ejercicio, la atención obsesiva al número de calorías que ingieren y el vomito autoinducido.

Es importante que los adolescentes conozcan los requerimientos nutricionales de su organismo, para que así elijan los alimentos que garanticen una dieta suficiente en energía y nutrientes según sus actividades y les permita organizar y estructurar las comidas a lo largo del día, y sirva como una estrategia para prevenir las Conductas Alimentarias de Riesgo.

Existe la creencia de que son las mujeres las que se preocupan excesivamente por estar delgadas al precio que sea y que son más vulnerables a caer en alguna Conducta Alimentaria de Riesgo, pero recientemente también se ha convertido en un problema de hombres, por ejemplo la preocupación excesiva por el cuerpo pero no bajo una perspectiva de salud, más bien bajo un perfil estético, realizar dietas extremas, o, característico de este género pero no específico se encuentra realizar ejercicio en exceso, sin tomar en cuenta ningún riesgo que pueda traer para los sistemas óseo y muscular el sobre trabajarlos, entre otras, estas conductas dan nombre a nuevos

Trastornos de la Conducta Alimentaria, como la vigorexia, ortorexia, permarexia, drunkorexia, ebriorexia y pregorexia, las cuales no cuentan aun con el aval de la comunidad científica.

Por lo anterior considero importante preguntarnos, ¿Cuál es la importancia de investigar las Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia?, ya que es un factor de riesgo en los y las adolescentes de cualquier país y estrato social, y que por lo general no se detecta hasta que las consecuencias y estragos son visibles, además de no solo considerar las Conductas Alimentarias de Riesgo como un problema en esta etapa también es importante buscar una solución, por lo que mi propuesta es, la implementación de un taller que sirva como estrategia para prevenir las Conductas Alimentarias de Riesgo en los y las adolescentes de secundaria, cuyo objetivo principal es brindar información sobre el tema y propiciar la reflexión y asertividad en la toma de decisiones en cuanto a las conductas alimenticias que los jóvenes tiene día con día.

OBJETIVOS.

- ❖ Investigar las Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia.

- ❖ Crear, aplicar y evaluar un programa de intervención para prevenir las Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de 1º de Secundaria.

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA.

La adolescencia como concepto es una creación social, que varía según la historia, el contexto y el área científica que lo utiliza, lo define y le da límites, según Chapela, Stern y Medina, citados en Stern (2008).

Según Stern (2008), en el campo de la salud, generalmente se retoma el concepto adolescencia como una etapa de transición y muchas veces de crisis problemática, caracterizada por cambios físicos psicológicos y sociales.

La palabra adolescencia viene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer o llegar a la madurez. El cual comienza con la pubertad y termina en la vida adulta y por la que todo individuo debe de atravesar para tomar su lugar en la vida adulta.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales.

Por su parte para la UNICEF, la adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Es importante diferenciar la pubertad de la adolescencia, aunque una lleva a la otra. La pubertad es el proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo de un niño o niña se convierte en adolescente, siendo capaz de la reproducción sexual. Por su parte la adolescencia es una etapa de transición en la que se presentan una serie de cambios biológicos, psicosociales y afectivos y que por presentarse de manera rápida e inesperada, obligan a los individuos a ajustes que el medio social puede facilitar o dificultar.

La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 20 o inicio de los 21, y conlleva grandes cambios interrelacionados en todas las áreas del desarrollo.

Según Martín-Zurro (2003), La adolescencia se divide en 3 etapas:

De 10 a 14 años.	De 15 a 17 años.	De 18 a 21 años.
<p>(pubertad, preadolescencia, o adolescencia temprana)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por la autoimagen. - Exigen privacidad: territorio propio. - Reclamación y rebelión. -Conflicto con las normas parentales. - Comunicación: menor con la familia y mayor con iguales. -Pensamiento abstracto. Operaciones formales. - Escala simple de valores. - Impulsividad y variaciones en el estado de animo -Menarquia o espermarquia; respectivamente. - Aparición de las características sexuales primarias y secundarias. 	<p>(adolescencia media)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inicio de autoaceptación. - Maduración. -Inicio de las relaciones con ambos sexos. - Idealismo. -Pérdida de tiempo. - Cansancio permanente. -Sensación de omnipotencia e invulnerabilidad. -Experimentalismo. Puesta a prueba. - Iniciación en las prácticas de riesgo, (Tóxicos, vehículos, deportes, sexo, trastornos). - Iniciación en el rol sexual y actividad genital. 	<p>(adolescencia final, tardía o prejuvenil)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoaceptación. - Independencia. -Pensamiento potente. - Mayor realismo. - Emparejamiento.

1.1 Desarrollo fisiológico y Pubertad.

La adolescencia corresponde al periodo evolutivo del individuo que empieza en la pubertad y concluye al iniciarse la vida adulta.

La palabra pubertad deriva de la *pubertas* latina que significa edad de la madurez, y por lo regular se ve enmarcada por la aparición de cambios físicos significativos en los y las adolescentes, en las mujeres la primera menstruación y la aparición de vello púbico en los hombres, aunque los anteriores son solo pequeños cambios que anteceden a la serie de transformaciones que el cuerpo sufrirá antes de llegar a la edad adulta.

Rice (1997), habla de otro término que es la pubescencia, la cual define como la totalidad del periodo en que tiene lugar los cambios físicos relacionados con la maduración sexual.

La pubertad no solo se acompaña de cambios físicos, a la par, aparecen una serie de cambios sociales y psicológicos, por ejemplo, un adolescente que madura de manera precoz, no solo cambia su apariencia física, también sus amistades y sus intereses sociales.

Los cambios biológicos de la pubertad, señalan el final de la niñez, dan por resultado el aumento rápido de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales y la adquisición de la madurez sexual.

Los cambios físicos en niños y niñas durante la pubertad incluyen el estirón del adolescente, el desarrollo del vello púbico, una voz más profunda y el crecimiento muscular, así como la maduración de los órganos reproductivos, el inicio de la ovulación y menstruación en las mujeres y la producción de esperma en los hombres.

Los cambios físicos en la adolescencia se dividen en dos (Cuadro 1): las características sexuales primarias y las secundarias.

Cuadro 1. Características sexuales primarias y secundarias en la adolescencia.

	Características sexuales primarias.	Características sexuales secundarias.
Concepto.	Son las relacionadas con los órganos directamente relacionados con la reproducción, los cuales se agrandan y maduran durante la adolescencia.	Son los signos fisiológicos de la maduración sexual, que no involucran directamente los órganos sexuales.
Cambios.	<p>Mujeres: los órganos sexuales son, los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. (Crecimiento y maduración interna), ovulación y menarquia (primera menstruación).</p> <p>Hombre: los órganos sexuales son, los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. (Crecimiento y maduración, externa y visible), producción de esperma, espermarquia (primera eyaculación).</p>	<p>Mujeres: crecimiento de los senos (glándulas mamarias), ensanchamiento de las caderas, cambio de voz, textura de la piel, desarrollo muscular, crecimiento de vello púbico, axilar y corporal, actividad en las glándulas sebáceas (acné).</p> <p>Hombres: hombros anchos, textura de la piel, desarrollo muscular, crecimiento de vello púbico, axilar y corporal, cambio de voz, actividad en las glándulas sebáceas (acné), las últimas dos más comunes en hombres.</p>

Cuadro 1. Papalia, Wendkos, Duskin, (2005). *Desarrollo Humano*, (9ª Ed.).(pp. 432). México DF: Mc Graw Hill.

En la pubertad las glándulas sexuales comienzan a adquirir madurez, se asiste al desarrollo de los órganos sexuales de la persona y van manifestándose en ella los denominados caracteres sexuales secundarios.

El sistema endocrino es el responsable en gran medida de los cambios físicos en la pubertad, ya que es el encargado de regular las glándulas endocrinas que secretan las hormonas encargadas de ciertos órganos específicos.

Intervienen específicamente tres glándulas del sistema endocrino: la glándula hipófisis, las glándulas adrenales y las gónadas.

La **glándula hipófisis** mide 1.27 centímetros y pesa menos de medio gramo, se localiza en la base del cerebro y se la identifica como la glándula maestra que produce hormonas que regulan el crecimiento.

Las hormonas gonadotróficas (gonadotrofina), son secretadas por la hipófisis anterior y tienen influencia sobre las gónadas (glándulas sexuales). Existen dos hormonas gonadotróficas, la hormona foliculoestimulante (HFE) y la hormona luteinizante (HL), que estimulan el crecimiento de los óvulos en los ovarios y del espermatozoides en los testículos. En las mujeres estas hormonas controlan la producción y liberación de estrógenos y la hormona progesterona, ambas producidas en los ovarios. En los hombres la hormona luteinizante controla la producción por los testículos y la liberación de la testosterona (Rice 1989, citado en Rice 1997).

La hormona del crecimiento, conocida como “Hormona humana del crecimiento” (HHC) u hormona somatotrófica (HS), afecta el crecimiento total y el moldeamiento del esqueleto, por lo que la deficiencia de esta hormona causa enanismo, mientras que el exceso de ella provoca gigantismo.

La hipófisis también se encarga de secretar la hormona lactogénica, la luteotrófica (HLT), que contiene la hormona prolactina, que influye en la secreción de leche por las glándulas mamarias.

Las **gónadas** o glándulas sexuales son, en la mujer los ovarios y en los hombres los testículos.

Los ovarios en la mujer, secretan un grupo entero de hormonas conocido como estrógenos, que estimulan el desarrollo de los propios órganos sexuales y de las características sexuales secundarias que ellas son, crecimiento de vello púbico y de los senos, además de la distribución de grasa en el cuerpo. Los ovarios también secretan la progesterona (hormona femenina), la cual se

produce después del desprendimiento del óvulo del folículo ovárico, comenzando el proceso del ciclo menstrual.

Las gónadas masculinas o testículos, son cuerpos ovoideos pares que se encuentran suspendidos en el escroto. Las células de Leydig de los testículos producen una o más hormonas masculinas, denominadas andrógenos (producidas por las **glándulas adrenales**). La más importante es la testosterona, que estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, influye sobre el crecimiento de la próstata y vesículas seminales, y estimula la actividad secretora de estas estructuras. Los testículos también contienen células que producen el esperma, Rice (1997).

Los cambios físicos son el motivo principal de las preocupaciones de los púberes de 11 y 12 años. El crecimiento físico tiene lugar de forma discontinua y la armonía entre las partes del cuerpo se pierde. El esquema corporal queda trastocado súbitamente, y la imagen que el espejo inexorable devuelve al púber es muy pocas veces satisfactoria.

Se trata de un proceso natural conocido y transitorio, en cuyo término tanto el niño como la niña tendrán la satisfacción de verse convertidos en jóvenes adultos en plenitud de sus facultades físicas y psíquicas. Las proporciones quedaran de nuevo armonizadas, dejando atrás los rasgos infantiles.

1.2 Desarrollo Psicológico.

El adolescente típico suele estar lleno de dudas, empiezan a cuestionar todas estas ideas, las opiniones de sus padres buscar sus propias verdades, las cuales desarrollaran de su propio intelecto.

Adaptarse y aceptar su cuerpo y los nuevos cambios que aparecen, implica un gran esfuerzo y muchas emociones encontradas.

Uno de los factores que en la adolescencia implican un problema y afecta psicológica y emocionalmente al adolescente es el tiempo en el que el cuerpo tarda en desarrollarse, o presentar los primeros cambios, por ejemplo una niña de trece años puede aun no haber

desarrollado los pechos y su apariencia aparente la de una niña mas pequeña, con relación a otra niña de la misma edad, cuyo cuerpo parezca ya el de una mujer adulta ya que está bien desarrollado.

Para las adolescentes es frustrante el estarse comparando con las demás jóvenes de su edad, porque en principio nunca van a verse del mismo modo ni su cuerpo se va a desarrollar en las mismas proporciones, ya sea por genética, tipo de alimentación y que la estructura corporal y ósea es diferente en cada persona.

Según Coleman y Hendry (2003), el tiempo de maduración en las adolescentes trae consigo tantos beneficios como costes, ya que el sentirse más, o menos popular en relación con las demás jóvenes de su edad, muestran significativamente, descontento con ellas mismas y con su cuerpo, dando pie a las constantes comparaciones con las demás adolescentes que la rodean.

Estas comparaciones y frases comunes en las adolescentes; “ella tiene los senos más grandes”, “Esta mas caderona”, “Es más alta que yo”, “Esta muy delgada”, provocan en las jóvenes un sentimiento de inferioridad, y baja auto estima ya que la confianza y seguridad en sí mismas es poca.

Por su parte en los adolescentes que maduran tarde también se presenta un sentimiento de inferioridad con el que tienen que lidiar, en una media, a los 15 aproximadamente, los hombres pueden ser de 10 a 12cm mas pequeños y alrededor de 15 kilos más delgados con relación a los jóvenes que maduran a temprana edad, por lo que pueden llegar a tener menos fuerza, y su desempeño motor, tiempo de reacción y coordinación son más pobres, ya que lo anterior son características que en los hombres se presumen y propician la aceptación social, por lo que los jóvenes que maduran más tarde, tiene sentimientos de rechazo hacia ellos mismos, rebeldía con los padres, nos son populares entre sus amigos, sienten no tener el menor atractivo físico y de existir el rechazo social los puede volver aislados y tímidos, Rice (1997).

Otro de las características de suma importancia en las y los adolescentes es el atractivo físico, empezando por que les brinda seguridad y una alta autoestima, además de facilitar las relaciones interpersonales y la atracción con sus iguales.

Cash y Janda, citados en Rice (1997), menciona que los adolescentes atractivos o que creen ser atractivos, poseen una amplia variedad de habilidades interpersonales, tienen un mejor

ajuste social, autopercepciones más elevadas y atributos de personalidad saludables, dando como resultado que los y las adolescentes se preocupen en exceso por su apariencia física, afectando de manera particular el hecho de que hayan sido víctimas de burlas o acoso de niños y niñas.

Existen características peculiares que se presentan en desarrollo psicológico de los adolescentes como la **tendencia a discutir**, el adolescente usa la discusión para hacer valer sus puntos de vista, debe de aprender a autorregularse y a dar a conocer su opinión sin necesidad de discutir y lo más importante respetando la libertad y los derechos que también tienen los que lo rodean, la **indecisión**, ya que los y las adolescentes al hacerse conscientes de que existen muchas posibilidades le cuesta tomar decisiones en todos los aspectos de su vida, elegir escuela, pareja, hasta la ropa que van a comprar, la **autoconciencia**, ya que tienden a sentirse observados y juzgados por los demás y son sensibles a las críticas, además de que el conocer más cosas y tener más libertades traen consigo responsabilidades y el tomar decisiones con las consecuencias positivas o negativas que estas traigan consigo, y por último , **centrarse en sí mismos**, en la adolescencia los y las jóvenes suelen creer que son especiales y únicos (as), por lo cual se arriesgan mucho y no son precavidos, ya que por lo general no piensan las consecuencias de sus actos, Coleman (2003).

1.2.1. La búsqueda de identidad.

La búsqueda de la identidad, según Erickson citado en Papalia, Wendkos, Duskin, (2005), es una concepción coherente del yo, formada por metas, valores y creencias con las cuales la persona esta sólidamente comprometida. Este intento por del adolescente por darle un sentido al yo, no es una especie de malestar de la madurez, si no que forma parte de un proceso saludable y vital construido sobre los logros de las etapas anteriores, es decir sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad, sentando las bases para afrontar los problemas psicosociales de la vida adulta.

Erickson (1968) también plantea que una de las tareas principales de la adolescencia es *“resolver la crisis de la identidad frente al conflicto de identidad, con el fin de lograr convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel que sea valorado en la sociedad”* citado en Papalia, Wendkos, Duskin, (2005, pp. 469), esta crisis de identidad rara vez se resuelve por

completo en la adolescencia. Por lo que a los largo de la vida adulta salen una y otra vez problemas concernientes a la identidad.

Para formar una identidad, los y las adolescentes deben establecer y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos de forma que puedan ser expresados en un contexto social.

En esta búsqueda de identidad y necesidad de identificación los y las adolescentes son influidos por los conceptos de la figura ideal aceptados culturalmente, en donde los mas favorables son tener como objetivo una persona del mismo sexo, por lo general atractiva, exitosa y reconocida, Rice (1997).

Por lo que se considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de identidad, lo que demora la llegada a la adultez psicológica, aunque esta confusión es natural y es lo que le la naturaleza de crisis a la adolescencia.

1.2.2 Imagen Corporal.

Los y las adolescentes presionados y confundidos por la serie de cambios puberales, deben forjar una imagen de si mismos que contemple la integración y reconocimiento de las diferentes zonas erógenas, reconociéndose como seres sexuales. El cuerpo total completo se asume ahora como una entidad totalmente diferenciada, pero a su vez el adolescente tiene la necesidad de estructurar un nuevo yo corporal y entorno a este una nueva identidad, he aquí la importancia de conocer cada parte del cuerpo y su funcionalidad.

La tarea del adolescente es manejar los sentimientos de extrañeza y el no reconocimiento del propio cuerpo ya que en el proceso de cambio puede parecer estar deforme, hasta que alcanza de nuevo las proporciones simétricas, Aguirre (1994).

Es importante señalar cambios que sumados a las cuestiones corporales, preocupan habitualmente a los y las adolescentes, como son el acné, la estatura y los trastornos alimenticios.

La preocupación por la imagen corporal, la percepción que uno tiene de la propia apariencia, a menudo empieza en la niñez intermedio o antes, pero se acentúa en la adolescencia y los conduce a una obsesión por controlar el peso.

Este patrón es más común en las mujeres que en los hombres y es poco probable que este relacionado con problemas de peso reales, debido al incremento normal de grasa corporal en las muchachas durante la pubertad, se sienten insatisfechas por su apariencia y esta imagen corporal negativa da lugar a problemas alimenticios, Papalia, Wendkos y Duskin, (2005).

La imagen que percibimos, no está basada en conocimiento objetivo de nuestra apariencia y funcionamiento físico si no que está llena de valoraciones y concepciones subjetivas, por lo que este esquema *“es una parte importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, así como un elemento que sustenta o expresa la autoestima”*, (Krauskopf, 2007, p. 26).

1.2.3. Autoestima.

La autoestima es una necesidad humana vital, es el valor que los individuo poseen en el yo que perciben, (Rice, 1997, p. 404), por lo que si la evaluación que cada quien hace de si mismo, nos hace aceptarnos y aprobarnos, estamos hablando que se cuenta con una autoestima alta, de lo contrario si la imagen es negativa, hablamos de una autoestima baja.

Los adolescentes suelen sentirse incómodos. Tienen nuevos cuerpos y mentes en desarrollo y relaciones con amigos y familiares que van cambiando. Entienden por primera vez que no siempre hacen todo bien. Los cambios en sus vidas a veces llegan más rápido que la capacidad para adaptarse a ellos.

En diversos momentos los adolescentes realizan evaluaciones de ellos mismos, de sus capacidades, sus habilidades, sus gustos, sus talentos, sus sentimientos y de sus cuerpos, muchas veces los resultados no son positivos lo que trae consigo sentimientos de inferioridad y tristeza, provocando confusión y sentirse desubicados.

1.3 Sexualidad.

Verse a sí mismo como un ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con la excitación sexual y establecer vínculos románticos o sexuales son parte de la adquisición de la identidad sexual. La toma de conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad que afecta de manera profunda la imagen propia y las relaciones, aunque el proceso es biológico se define en parte por la ideología y cultura.

En la niñez, la sexualidad se presenta autoerógena y autosatisfactoria, en cambio en la adolescencia, se potencializa la capacidad hormonal necesaria para el desarrollo de los órganos genitales, además que los problemas de sexo y amor se hacen consientes, la búsqueda de un compañero o compañera y el deseo de llegar a un fin sexual con el o ella.

Aunque biológicamente el sexo de una persona está definido la identidad sexual no se fija mecánicamente, como tampoco el sexo de las personas que le atraen. La distinción entre identidad de género e identidad sexual, radica específicamente a que la primera se refiere a lo referente al sexo, hombre o mujer, la segunda define específicamente la cuestión de feminidad o virilidad. Generalmente la identidad de género es visible y aceptable, y la identidad sexual tiene a crear polémica, Bloss citado en Krauskopf (2007).

El inicio de la pubertad trae consigo la necesidad de comprender el tema de la sexualidad humana, Rice (1997) plantea una serie de metas que los y las adolescentes deben cumplir con respecto a este tema, la primera es desarrollar el conocimiento, y comprensión que el cuerpo va presentando, la segunda es la comprensión de los hechos básicos sobre la reproducción humana y el proceso de reproducción, la tercera es conocer los hechos básicos de las enfermedades de transmisión sexual, propiciando la salud sexual y la cuarta meta es fomentar la educación sexual, la prevención de embarazo y anticonceptivos.

La iniciación de la actividad sexual en los y las adolescentes, puede darse sin la suficiente claridad acerca de sus impulsos y necesidades, por lo que es común que las primeras relaciones se den por curiosidad, por competencia con sus amigos o amigas, o para evitar sentimientos de soledad y aislamiento.

En la primera relación sexual se ven involucrados una serie de sentimientos y sensaciones, además de características de cada uno como la personalidad y el autoestima, la confianza y aceptación propia, por lo que es difícil sentirse cómodo y disfrutar si se está preocupado por lo que pensara el otro, como me ve, le gusto, o un simple lo estaré haciendo bien, perdiendo el sentido del acto en sí.

1.4 Desarrollo Cognitivo.

El desarrollo cognitivo en la adolescencia es un ámbito que sufre cambios constantemente, los cuales no se perciben con facilidad ya que no son visibles como los cambios físicos. Estos cambios hacen posible el paso a la independencia en pensamiento y acción, permite a los y las adolescentes desarrollar una perspectiva del futuro, facilitando el proceso hacia la madurez, contribuyen a las destrezas de comunicación, y ayudan a asumir papeles adultos en la sociedad.

El pensamiento del adolescente es diferente al pensamiento del niño. Los adolescentes son capaces de pensar en términos de lo que podría ser verdad y no sólo en términos de lo que es verdad. Es decir, pueden razonar sobre hipótesis porque pueden imaginar múltiples posibilidades.

El nivel más elevado de pensamiento, el cual se adquiere en la adolescencia, recibe el nombre de pensamiento formal, y está marcado por la capacidad para el pensamiento abstracto, razonar, sistematizar ideas y construir teorías. En la etapa anterior, llamada etapa de las operaciones concretas, los niños pueden pensar con lógica solo con respecto a lo concreto, a lo que está aquí y ahora. Los adolescentes no tienen esos límites, Inhelder y Piaget citados en Krauskopf (2007).

En la adolescencia, no solo hay una maduración cerebral, sino que el ambiente que rodea al adolescente también cambia, su ambiente social es más amplio y ofrece más oportunidades para la experimentación.

Un aspecto importante dentro del desarrollo cognitivo es el *desarrollo moral*, ya que se produce un desajuste entre los valores que nos han inculcado a los largo de la infancia y con relación a la realidad que nos rodea.

El ambiente que rodea a los adolescentes ejerce una influencia sobre su desarrollo moral. La moralidad tiene al menos dos dimensiones: justicia en relación con los derechos del individuo, y cuidado derivado de un sentido de responsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás, Krauskopf (2007).

Al desarrollar, el adolescente su identidad, se rige autónomamente por la ética, las buenas conductas, la justicia y la equidad. La formación y desarrollo de la moral del adolescente depende de manera determinante del tipo de educación que se le haya inculcado y las experiencias de vida o dilemas morales a los que se haya enfrentado.

Abraham Maslow, citado en Mishara y Riedel (2000), tiene la hipótesis de que la adolescencia está caracterizada por una intensa necesidad de asegurarse una imagen positiva de uno mismo y el respeto de los demás (cuadro 2). La realización de las necesidades, dependen plenamente de los sentimientos y emociones que desarrolla el adolescente.

Cuadro 2. Clasificación de las necesidades del adolescente.

Personalización.	Socialización.	Consistencia.
<p>Auto-realización</p> <p>Autonomía: ser uno mismo y tener libertad de vivir.</p>	<p>Estimación - pertenencia y amor</p> <p>Respeto, prestigio, éxito, afecto, comprensión, pertenencia a un grupo.</p>	<p>Seguridad y fisiológicas</p> <p>Vital, económica, emocional, hambre, sed, sexo, etc.</p> <p>Maslow dice que el adolescente, aún necesita un guía y un control en las actividades que va a realizar. Algunas necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener relaciones amistosas con ambos sexos. - Sentir que es tomado en cuenta por los demás. - Estudio y trabajo adoptado a su capacidad. - Disfrutar de actividades recreativas saludables. - Pensar en su futuro. - Tener confianza en sí mismo con el reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.

1.5 Desarrollo social.

En la niñez, el autoestima y el desarrollo de la propia identidad dependen directamente del grupo familiar al que cada quien pertenece. Las actividades, las amistades, el tipo de instrucción, los vínculos sociales en general son experiencias que se derivan de las características este grupo familiar, así como las reglas y normas.

En los y las adolescentes lo que se espera es su inserción autónoma en el medio social, por lo que Sheriff y Sheriff plantean que *“los cambios de la adolescencia en distintas culturas, solo se resulten satisfactoriamente si el individuo define sus propias relaciones con el mundo. El individuo, procura hacer coincidir su identidad con un hacer en el mundo que lo objete y proyecte hacia el futuro”*, (Krauskopf, 2007, p. 33).

Normalmente se gratifica al adolescente que esta dejando de ser niño para ser adulto, por lo que este tiene que desarrollar ciertas destrezas y alcanzar niveles de eficiencia para ser reconocido en el mundo adulto, según Ausbel citado en Krauskopf (2007), estas destrezas son llamadas tareas evolutivas las cuales consisten en: las metas a largo plazo, alejadas de la fantasía, el aumento del nivel de aspiraciones, aumento de la autovaloración, aumento de la independencia ejecutiva, adquisición de independencia moral, abandono de las necesidades de indulgencia de parte de los demás, aumento de la tolerancia a la frustración sin pérdida del autoestima, necesidad de obtener un status primario, además de, aceptar y ajustarse a los cambios del cuerpo, independizarse de la autoridad del adulto y aprender un rol sexual, alcanzar un status económico y desarrollar un sistema de valores.

Por otro lado en los y las adolescentes en el proceso de crecimiento y cambio, los grupos de iguales adquieren mayor importancia en el proceso de elaboración de identidad ya que experimentan nuevas alternativas de roles y destrezas que en la familia no encuentran, por lo que *“ los intereses de cada persona joven lo llevará a unirse a diferentes grupos, Así habrá quienes cultiven el deporte, las artes, la política, el estudio, o la afirmación sexual”*, (Krauskopf, 2007, p. 33), así como también los acercaran a los vicios, como alcohol y drogas.

Por lo anterior es que en la adolescencia los amigos juegan un papel importante, muchas veces fungen como una segunda familia, la familia que cada quien puede elegir.

Dicen que los hijos son el reflejo de los padres y en la adolescencia esto se pone a prueba ya que los valores que se aprendieron en la infancia sufren modificaciones y se ponen en duda cuando se enfrentan al conjunto de valores de los amigos con los que conviven y el medio social en el que se desenvuelven, cuestión que preocupa a los padres, y por lo que las reglas en casa se vuelven un poco más estrictas y el adolescente las siente como represión.

En cuanto a lo social también se establecen nuevos roles, y se modifican un poco los roles en casa.

Otro de los cambios en el desarrollo social, es el cambio de compañeros de la escuela al entrar o salir de a la secundaria, elegir escuela, además de adaptarse al cambio en el sistema del colegio en el que hay un maestro diferente por materia y la responsabilidad es más de parte del maestro que del estudiante. A medida que van trascurriendo los 3 años de secundaria, los padres comienzan a dar más libertad a los y las adolescente, en lo académico y también en lo que

corresponde a su persona, la higiene, la alimentación, la administración de su dinero y tiempo, llegar temprano a la escuela, decidir participar en alguna actividad y hacer tarea y trabajos de la escuela.

El desarrollo social en la adolescencia se por lo general es notorio cuando se dan los cambios de etapa en la escuela, el lugar y la gente e ideas que conocen los y las adolescentes en estos.

CAPITULO 2. NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

2.1 Alimentación.

La alimentación se define como el conjunto de procesos que permite a los organismos utilizar y transformar los nutrientes para mantenerse vivos.

La alimentación constituye una de las muchas actividades que realizamos día con día, y que por su especificidad y polivalencia, adquiere un lugar central en las características biológicas, psicológicas y culturales de la especie humana, por lo que según Contreras y García (2005), se plantean las siguientes afirmaciones 1. Los alimentos no son sustancias que sirvas únicamente para nutrirnos. 2. La alimentación no es un hecho exclusivamente biológico.

La cultura determina la conducta alimentaria, pero todos los alimentos que se ingieren tienen repercusión biológica directa, los alimentos ingeridos proporcionan al organismo energía y nutrientes y lo mismo para en los animales la gran diferencia radica en que el hombre tiene la capacidad de elegir de entre un gran variedad de alimentos. Los seres humanos cuentan con un equipo dental que incluye los incisivos cortantes similares a los de los roedores, los molares y premolares trituradores de los herbívoros y los caninos puntiagudos de los carnívoros. Además de un sistema digestivo compuesto de un intestino que es capaz de digerir legumbres verdes, los jugos gástricos son lo suficientemente poderosos para transformar los almidones complejos en azúcar y producir la pepsina que permite metabolizar las proteínas y a la vez el jugo pancreático puede emulsionar las grasas, características que ninguna mamífero a excepción de las rata posee, además de la capacidad de adaptarse a diferentes alimentos y las condiciones en que estos estén, Farb y Armelagos, citados en Contreras y García (2005).

2.2 Nutrición.

Nutrición se denomina al proceso por el cual se obtienen los nutrientes del medio externo, y ¿Cuál es este medio externo?, todo lo que comemos y bebemos.

En la adolescencia, una de las características principales del desarrollo físico es la ganancia de peso que es proporcional al incremento en la estatura y que representa aproximadamente el 50% del peso adulto, este aumento de peso se da de manera diferente entre las y los

adolescentes. Los adolescentes duplican su masa corporal entre los 10 y 17 años, tienen un tiempo prolongado de maduración ósea lo que aumenta el tamaño del hueso y el grosor cortical, mientras que el aumento de la masa grasa es mínimo, en las adolescentes, los estrógenos y la progesterona, estimulan el aumento de la masa grasa, en mayor proporción que la grasa magra por su composición corporal, según Rodríguez y Simón (2008).

En materia de alimentación, en los y las adolescentes se produce un gran cambio ya que de depender de los padres o tutores, para planificar, elegir y preparar una dieta, ahora se tienen que hacer responsables de lo que comen y tomar decisiones por ellos mismos, lo que los puede llevar a elegir erróneamente, lo importante es saber las repercusiones que esas decisiones les traigan en un futuro ya que en esta etapa de diversos cambios el aporte de nutrientes debe de ser elevado y los desequilibrios pueden repercutir en su salud futura.

Según Requejo y Ortega (2002), la adolescencia y la juventud son etapas clave, desde lo nutricional, principalmente como ya se dijo antes por la gran necesidad de nutrientes, pero también por la importancia que le dan las y los adolescentes al aspecto estético, la importancia en la adquisición de hábitos correctos y la repercusión en el éxito reproductivo, que aunque no lo parezca puede ser una de las consecuencias más graves de la deficiencia nutricional en esta etapa.

Las necesidades nutricionales en la adolescencia tienen estrecha relación con el crecimiento y la actividad física. Estas necesidades se dividen principalmente en: necesidades energéticas y de nutrientes sobre todo proteínas hierro y calcio.

2.3 La nutrición y su relación psico-afectiva.

La nutrición es un aspecto importante no solo en el desarrollo físico del ser humano, también en el desarrollo afectivo.

Desde el momento de la gestación, la alimentación del bebe depende de la madre por medio del cordón umbilical. Además de alimento la madre le transmite al bebe sus emociones, formándose entre ambos un vínculo que se hace más estrecho en el momento del nacimiento y al contacto madre-hijo. Este se establece en el momento en el que la madre da pecho al bebe ya que tiene

contacto físico con ella y le transmite cariño mediante la cercanía corporal, los abrazos y las sonrisas.

El hambre es un instinto que se ve saciado en el momento de ingerir alimentos, para Freud, el hambre y la libido son una analogía.

El hecho de la existencia de necesidades sexuales en el hombre y el animal es expresado en la biología mediante el supuesto de una “pulsión sexual”. En eso se procede por analogía con pulsión de nutrición: el hambre. El lenguaje popular carece de una designación equivalente a la palabra “hambre”; la ciencia usa para ello “libido”, Freud (2003, p. 123).

Según Freud citado en Morales (2008), la personalidad se va estructurando desde los primeros años de vida, mientras transita por las etapas del desarrollo psicosexual, las cuales explican como la energía producida por el “Ello” en la búsqueda del placer, se transfiere a diversas zonas erógenas.

La primera es la etapa oral, en esta el niño obtiene la mayor parte de su placer en la boca por medio de comer o chupar, además de q el niño es dependiente de la madre. El bebe llora porque lo necesita y el otro le da, es una relación chupadora por necesidad.

En algún punto del desarrollo una persona puede presentar una fijación una de las etapas del desarrollo psicosexual; hablando de la etapa oral por lo general quien presenta una fijación en esta etapa, se caracteriza por ser un fumador empedernido o un glotón, ya que el punto de satisfacción se encuentra en la boca, Morales (2008). Si la persona queda fijada en la oralidad habrá un deseo de extraer algo (sacar provecho).

No todos los niños chupetean. Cabe suponer que llegan a hacerlo aquellos en quienes está constitucionalmente el valor erótico de la zona de los labios. Si este persiste tales niños, llegados a adultos, serán grandes gustadores del beso, se inclinarán a besos perversos. Estos hombres tendrán potente motivación intrínseca por beber y fumar. Pero si sobreviene la represión sentirán asco frente a la comida y producirán vómitos histéricos. Siendo la zona labial un campo de acción recíproca, la represión invadirá la pulsión de nutrición. Según Freud muchas de sus pacientes con trastornos alimentarios, globus hystericus, estrangulamiento de la garganta y vómitos, fueron en sus años infantiles enérgicas chupeteadoras, (2003, p. 165).

Melanie Klein, también analiza la etapa del desarrollo oral desde el nacimiento, en que el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar, siendo en esta temprana fase cuando se logra la capacidad de establecer vínculos tanto con las cosas como con las personas.

En la teoría del desarrollo Melanie Klein menciona que las primeras experiencias del lactante se relacionan con un objeto parcial bueno (el pecho bueno) y con un objeto parcial malo (el pecho malo). El pecho bueno es el que satisface la necesidad en forma armoniosa y amorosa y el pecho malo es el que no aparece, se demora, se apura, se niega. El pecho bueno representa la pulsión de vida y es el que se idealiza y el pecho malo representa la pulsión de muerte y es el que se convierte en persecutorio.

La privación a la que es sometido el bebé por parte de pecho malo genera ansiedad. El motivo principal de la ansiedad es que los impulsos destructivos eliminan el objeto amado, de quien se depende, aumentando la necesidad de poseer este objeto dentro de sí mismo.

Junto a la culpa surge la necesidad de reparación como reacción a ansiedades depresivas que obligan a intentar restaurar el objeto dañado.

Se puede inferir que la persona obesa, calma la ansiedad devorando, eliminando así el objeto de su frustración simbolizado por la comida, haciéndola desaparecer. Sintiéndose culpable por su agresividad que se vuelve persecutoria, puede sentir la necesidad de reparación, vomitando.

2.4 Requerimientos Nutricionales en la Adolescencia.

En la adolescencia, la dieta balanceada proporciona nutrientes necesarios para la obtención de energía y sustratos metabólicos para la formación de tejidos, además de que los nutrientes interactúan directamente con las hormonas responsables del crecimiento y el desarrollo sexual.

Energía.

Los requerimientos energéticos en la adolescencia son mayores a los de cualquier otra edad, se deben calcular de manera individual, teniendo en cuenta el peso corporal y la actividad física de cada persona.

Las diferencias energéticas se marcan de un sexo a otro en la pubertad, hasta los once años, las recomendaciones para ambos sexos son iguales, de los 11 a los 14 años, hay una diferencia entre hombres y mujeres de 300Kcal/día, de los 15 a los 18 años la diferencia es de 800 Kcal. /día, Serra y Aranceta (2006).

Una caloría es la cantidad de energía necesaria para elevar la temperatura de un gramo de agua en un grado centígrado. La medida de caloría utilizada comúnmente para plantear el contenido de energía del alimento es realmente una kilocaloría o 1,000 calorías reales; que es la cantidad de energía necesaria para aumentar un kilogramo de agua (aproximadamente 2.2 libras) en un grado centígrado, una dieta balanceada esta planeada en kilocalorías, también todos los productos en la tabla nutricional del empaque debe decir el numero de kilocalorías que aportan al cuerpo.

La NRC (Nacional Research Council Recommended, Dietary Allowance) en su décima edición, citado en Serra y Aranceta (2006), expone una la siguiente tabla:

Necesidades energéticas durante la adolescencia del NCR.		
Edad.	Varones.	Mujeres.
11-14años	2.500 Kcal. /día.	2.200 Kcal. /día.
15-18 años	3.000 Kcal. /día.	2.200 Kcal. /día.

Proteínas.

La ingesta recomendada de las proteínas se calcula, en función de la velocidad del crecimiento y la composición corporal. La función de las proteínas es la síntesis de nuevos tejidos y estructuras orgánicas. Se considera que las proteínas deben de equivaler entre el 12 y 15% de del total de la ingesta energética.

Las proteínas se dividen en tres grupos y los alimentos que las proporcionan son:

Las proteínas completas contienen todos los nueve aminoácidos esenciales y se encuentran en alimentos animales tales como la carne de res, el pescado, la carne de aves, los huevos, la leche y los productos lácteos, como el yogur y el queso, semillas de soya son la única proteína vegetal considerada como proteína completa.

Las proteínas incompletas carecen de uno o más de los aminoácidos esenciales y sus fuentes abarcan frijoles, arvejas, nueces, semillas y granos. Una pequeña cantidad de proteína incompleta también se encuentra en las verduras.

Las proteínas vegetales se pueden combinar para suministrar todos los aminoácidos esenciales y formar una proteína completa.

Hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono o carbohidratos, deben representar el entre el 50 y 60% de las calorías totales ingeridas al día, ya que son un nutriente predominante en una alimentación balanceada. La fibra está formada por hidratos de carbono no digeridos y su ingesta debe de ser mayor a los 30g, por lo que si la ingesta de carbohidratos es menor a la requerida la de fibra también lo será, según Requejo y Ortega (2002).

Los hidratos de carbono se dividen de la siguiente manera:

<p>Monosacáridos: son los carbohidratos de estructura más simple.</p> <p>Glucosa: Se encuentra en las frutas o en la miel</p> <p>Fructosa: Se encuentra en la fruta y la miel.</p> <p>Galactosa: No se encuentra libre en la naturaleza, es producida por la hidrólisis de la lactosa o azúcar de la leche.</p>	<p>Disacáridos: Son la unión de dos monosacáridos, uno de los cuales es la glucosa.</p> <p>Maltosa (glucosa + glucosa): Raramente se encuentra libre en la naturaleza.</p> <p>Lactosa (glucosa + galactosa): Es el azúcar de la leche.</p>	<p>Polisacáridos: La mayoría de los polisacáridos son el resultado de la unión de unidades de monosacáridos</p> <p>Almidón: Es la reserva energética de los vegetales, está presente en los cereales, tubérculos y legumbres.</p> <p>Glucógeno: Es la principal reserva de carbohidratos en el organismo.</p>
---	--	---

Lípidos.

Los lípidos o grasas, son una fuente de energía concentrada por lo que son imprescindibles para que los y las adolescentes cubran altos requerimientos energéticos, además de ser indispensables como vehículo de las vitaminas liposolubles y los ácidos grasos esenciales. En una dieta balanceada y saludable los lípidos deben aportar entre el 30 y el 35% de la dieta total, Serra y Aranceta (2006).

Vitaminas.

Las vitaminas son compuestos orgánicos que se encuentran en pequeñas cantidades, tanto en los alimentos de origen vegetal como animal y su presencia en la dieta diaria es fundamental. En la adolescencia las vitaminas son necesarias para cubrir el requerimiento de energía y la síntesis de nuevos tejidos.

De acuerdo a si son o no solubles en el agua o en las grasas, las vitaminas se clasifican en hidrosolubles (Vitamina C, tiamina (B1), riboflavina (B2), niacina, piridoxina (B6), ácido pantoico, el ácido fólico, cianocobalamina (B12), biotina) o liposolubles (Vitaminas A, D, E, y K). Según

Requejo y Ortega (2002), entre las vitaminas más importantes para el desarrollo del adolescente destacan:

La piridoxina (B6), es importante para el rápido crecimiento de en la adolescencia, ya que trabaja en el metabolismo de las proteínas y algunas enzimas, además de ser administrada en casos de retraso en el crecimiento debido a una dieta deficitaria. Se puede encontrar esta vitamina en, carnes, hígado, huevo, leche, vegetales verdes, leguminosas, cereales íntegros.

La vitamina C, es un antioxidante, favorece la absorción de hierro. El consumo de esta vitamina es importante y más si las personas fuman, habito que por lo general algunos de los y las adolescentes comienzan a adoptar. Se encuentran en vegetales verdes y fruta principalmente en la guayaba, las fresas y los cítricos.

La vitamina D ayuda a fijar el calcio y contribuye a conseguir la densidad ósea adecuada, en la adolescencia ayuda a modular los procesos vitales como la respuesta inmune. Se encuentra en la leche y sus derivados, la yema de huevo, hígado y aceite de hígado de peces, además de en los rayos UV de la luz solar.

La vitamina A es esencial para la visión, crecimiento, diferenciación y proliferación celular, reproducción e integridad del sistema inmune. Se encuentra en vegetales de hoja verde y amarilla, la leche y sus derivados y aceite de hígado de peces.

En la leche y derivados, huevo, hígado, riñón, y síntesis por bacterias intestinales, podemos encontrar la cianocobalamina o vitamina B12, en los adolescentes el importante esta vitamina ya que participa activamente en los procesos de división celular y la carencia de esta se da principalmente por llevar dietas monótonas especialmente, en las estrictas de vegetales.

Minerales.

Los minerales forman parte de diversas estructuras corporales, por lo que se les clasifica como elementos plásticos, además participan en una gran variedad de funciones metabólicas como activar y regular, transmitir y controlar las reacciones de las enzimas.

El calcio, es necesario en la dieta de la del adolescente ya que, según Requejo y Ortega (2002), aproximadamente el 99% de la masa ósea es calcio y de este porcentaje el 45% se forma

durante la adolescencia. Además de la formación de los huesos, el calcio interviene en la formación de los dientes, la coagulación de la sangre, la contracción y relajación de los músculos, la actividad cardíaca y la transmisión nerviosa. Los alimentos que aportan calcio son las semillas de sésamo, almendras, avellanas, quesos, yogurt, leche, tortilla de maíz, pan blanco, huevo, pescado, frutas, leguminosas y vegetales de hoja verde.

El hierro es importante para la formación de hemoglobina, el transporte de oxígeno a las células para la oxidación de nutrientes y producción de energía, además del importante lugar que ocupa en la formación del tejido muscular. Se calcula que en 1mg de hierro diario se pierde a través de la descamación de las mucosas, epitelios, heces y orina, las mujeres en cada menstruación pierden mayor cantidad de hierro. El hierro se encuentra en el hígado, carnes, yemas de huevo, vegetales de hojas verde oscuro y leguminosas.

El zinc interviene directamente en muchos sistemas enzimáticos que son importantes en la adolescencia ya que son esenciales para el crecimiento y la maduración sexual. La principal fuente de zinc la constituyen las carnes, pescado y huevos, los cereales completos y las verduras.

No menos importantes se encuentran el sodio y potasio, encargados de el agua corporal, el fósforo encargado del metabolismo de los carbohidratos y las grasas, el yodo, encargado de la síntesis de la hormona tiroidea que regulan el metabolismo basal y el fluor que principalmente previene la caries dental.

2.5 El cerebro y la alimentación.

El cerebro representa sólo el 2% de nuestro peso: sin embargo, necesita alrededor del 20% de la energía que ingerimos, por lo que su funcionamiento dependerá de cómo nos alimentemos.

Para que el cerebro funcione adecuadamente requiere de un balance de nutrientes, vitaminas, minerales, aminoácidos, ácidos grasos y neurotransmisores (proteína). El desequilibrio de estos neurotransmisores, es provocado por el estrés, el estilo de vida, la herencia genética y la dieta.

Según Graziano cuando hay un desequilibrio en los neurotransmisores, se rompe o distorsiona la sinapsis y provoca trastornos como; Depresión, Problemas de Atención, Memoria y Aprendizaje, Fribomialgia y Fatiga Crónica, Demencia, Alzheimer, Insomnio, Ansiedad, Agresividad e Irritabilidad, Anorexia y Bulimia, Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de la Conducta, Adicciones, Sobrepeso, Migraña y Síndrome Premenstrual.

2.5.1 Neurotransmisores y alimentación.

Los principales neurotransmisores son la Dopamina, la Serotonina, la Norepinefrina, GABA, y la Acetilcolina.

La dopamina, se encarga de la energía mental, atención, control de impulsos, motivación y determinación, los alimentos que propician el buen funcionamiento de la dopamina son, el pescad, la carne, leche, almendras, plátano, habas, huevo, la soya y los granos.

La serotonina se encarga de el balance emocional, la leche, cereales, coliflor, los derivados de la leche, espárragos, arroz, pastas, nueces, pavo y salmón entre otros, ayudan al buen funcionamiento de la serotonina.

Las aves, los pescados, el huevo la leche, las semillas de girasol y las papas entre otros, ayudan al funcionamiento de la Norepinefrina, la cual se encarga de los estados de alerta, la memoria, la velocidad del pensamiento, funciones ejecutivas y el estado de ánimo.

El ácido gamma-aminobutírico (GABA), es el encargado de la tranquilidad y los ritmos cerebrales, los alimentos que potencializan el funcionamiento de este neurotransmisor son, los granos enteros, arroz, avena, plátano, frutas cítricas, brócoli, calabaza y pasas.

La velocidad en el pensamiento cerebral y la memoria son funciones de un neurotransmisor llamado, Acetilcolina y los alimentos que lo ayudan para realizar sus funciones son, el germen de trigo, el huevo, la col y la coliflor.

Los neurotransmisores también se nutren de vitaminas, minerales, lípidos y aminoácidos.

2.6 Consecuencias de la mala alimentación en el desarrollo de los y las adolescentes.

La poca o excesiva ingesta calórica puede provocar diversos grados de desnutrición, así como modificaciones de la velocidad del crecimiento y la maduración, la baja ingesta de nutrientes (en especial el hierro, calcio, vitamina D, zinc, yodo y folatos (ácido fólico)), provocan situaciones carenciales y consecuencias fisiopatológicas, Redondo, Galdó y García (2008).

2.6.1 Consecuencias en el desarrollo físico.

En principio de cuentas, la mala adecuación de la ingesta energética y proteínica afecta directamente el patrón de crecimiento (talla) y propicia la aparición de caries dental y acné. Es importante saber que una ingesta insuficiente de nutrientes inhibe la secreción de gonadotropinas que retrasa la aparición del desarrollo puberal dando por resultado una menor talla en relación a lo normal, Rodríguez y Simón (2008).

El aumento de talla y peso, el aumento de grasa corporal, las nuevas dimensiones corporales (crecimiento de senos, ensanchamiento de caderas en las adolescentes y el ensanchamiento de la espalda y desarrollo de los músculos del torso y espalda en los adolescentes), llevan a los y las adolescentes a incurrir en dietas desequilibradas, ayunos y demás conductas compensatorias y privativas que afectan directamente a la energía (aumento o déficit) para realizar actividades, un desequilibrio en las calorías, las proteínas y fibra además de el déficit de vitaminas y minerales como el hierro, calcio y zinc, esta última relacionada directamente con lesiones en la piel, retraso en la cicatrización de heridas, caída del cabello, fragilidad en las uñas, entre otras, además que el déficit crónico de zinc puede causar hipogonadismo (pequeño tamaño de órganos reproductores) y retraso en la maduración sexual,

Otra consecuencia de la mala nutrición en la adolescencia es la Obesidad, o en el caso contrario la inanición que provoca la Desnutrición, y Anemia. La Obesidad tiene un gran número de consecuencias y alteraciones, en las adolescentes se presenta un desarrollo y maduración sexual acelerados, y en los adolescentes el desarrollo empieza aun antes que en las mujeres, en ambos sexos se pueden desarrollar enfermedades como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Trastornos Cardiovasculares, Pulmonares y Renales, Gota y complicaciones Tumorales y Osteoarticulares. La Desnutrición y la Anemia tienen como principales consecuencias físicas, en las adolescentes, amenorrea; afectando también la fecundidad, y en los adolescentes impotencia

sexual, en ambos se disminuye la capacidad física, presentan irritabilidad, y son más propensos a infecciones.

2.6.2 Consecuencias en el desarrollo cognitivo.

Una buena alimentación influye en la capacidad intelectual de las personas, como ya se describió anteriormente la el cerebro trabaja con los nutrientes que ingerimos en nuestros alimentos, por lo que una dieta abundante y variada ayuda al desarrollo idóneo de la capacidad cognitiva.

Según Vasta, Haith y Millar (2008), la deficiencia de vitaminas especialmente la A, B12 y D y de minerales especialmente calcio hierro y zinc, influye sobre el desarrollo intelectual y los conocimientos.

Un ejemplo muy claro es el desayuno, siendo el alimento más importante del día, los y las adolescente bajo la excusa de no tener tiempo o no tener hambre, lo omiten, por lo que en la escuela, tienen sueño y no rinden al 100%, no ponen atención, y se distraen fácilmente.

2.6.3 Consecuencias en el desarrollo psicosocial.

La mala alimentación afecta directamente las relaciones sociales ya que la práctica de conductas privativas provoca aislamiento y el no convivir con los demás. Si tomamos en cuenta que la comida como ritual, es importante en el proceso de socialización, cuando vamos a comer con un amigo(a), invitamos a comer a alguien a casa, vamos a una fiesta o se cierra un negocio en un restaurante, que pasa entonces cuando un adolescente hace una dieta extrema donde no puede comer nada que no tenga permitido, o cuando presenta alguna conducta purgativa como vomitar, ya sea por pena o por que los demás no le digan nada se tiene que esconder lo que lo separa del grupo ya sea familiar o de amigos con el que esta conviviendo. El sedentarismo en el que caen los adolescentes además de perjudicarlos en su salud, también los priva de convivir con sus iguales.

Algunos adolescentes presentan un cambio de actitud hacia la comida, además de una visión negativa de su imagen corporal, gracias al gran número de estereotipos físicos a los que son expuestos en los diversos medios de comunicación, la televisión, espectaculares en la calle, revistas, película y hoy en día el Internet, lo que también afecta directamente el autoestima de los

y las adolescentes que comparándose con estos estereotipos, rechazan su imagen y se sienten frustrados, volviéndose tímidos y retraídos, Redondo, Galdó y García (2008).

Como consecuencia más grave, en el afán de lograr por los medios más rápidos sus objetivos de bajar de peso, son propensos a caer en algún Trastorno de la Conducta Alimentaria, que además de ser una enfermedad de carácter psicológico y psiquiátrico, tiene consecuencias físicas y sociales directamente con la familia y círculo de amigos cercano.

Por otro lado la Obesidad también tiene consecuencias de carácter social, el rechazo y las burlas de los que son víctima, la discriminación por la imagen corporal y en las tiendas de ropa de moda donde las tallas cero parece burla, también la baja autoestima, no aceptarse a sí mismos y ser introvertidos, son parte de las consecuencias psicológicas.

2.7 Principales problemas y alteraciones en la alimentación de los y las adolescentes.

Los hábitos alimenticios de los y las adolescentes suelen ser poco convencionales, se saltan el desayuno, pasan largo tiempo sin ingerir alimento, aumentan el consumo de papas fritas, golosinas, galletas y refrescos, además del consumo de comida rápida que se caracteriza por su alto contenido calórico, además, un componente especial en su dieta es el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, ya que aumenta el riesgo de deficiencias de vitaminas y minerales.

Según Marín (2008), los problemas de alimentación en la adolescencia radican básicamente en dos aspectos, el exceso de peso o la falta de peso. Por un lado la obesidad que se debe principalmente al desequilibrio en la ingesta calórica, el sedentarismo y cuestiones emocionales que lleva a los y las adolescentes a incurrir en Conductas Alimentarias de Riesgo para bajar de peso rápidamente, como realizar dietas hipocalóricas, desequilibradas, vegetarianas, también el consumo de productos y medicamentos que permitan el control del apetito y ayudan a bajar de peso. También en esta etapa la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, los más comunes la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa.

2.8 Hábitos alimenticios, dieta balanceada y ejercicio.

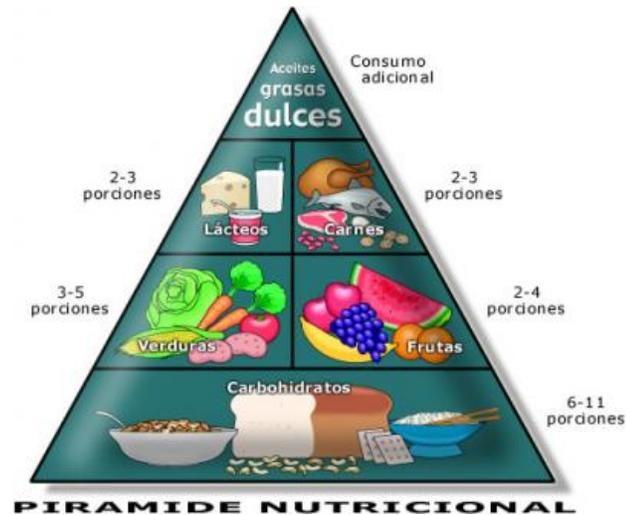
La educación nutricional, promueve los estilos de vida saludable, concentrándose en la promoción de conductas alimentarias adecuadas, también es importante el ejercicio el tiempo para el ocio y las relaciones humanas, además de una forma de prevenir las diversas alteraciones en la alimentación de los y las adolescentes.

En la adolescencia los hábitos alimenticios escapan del control de los padres, por lo que cada uno se hace responsable de lo que debe elegir o rechazar, algunos de los factores que condicionan los hábitos alimenticios son, la edad y el sexo, el ingreso económico familiar, las tradiciones familiares y factores culturales, el concepto de la importancia del desayuno y la influencia del grupo en el que se desenvuelve, Salas, Bonada, Trallero, Saló y Burgos (2008).

Entre los principales hábitos alimenticios se encuentran:

- Elegir una alimentación variada para asegurar el consumo de todos los nutrientes necesarios en el desarrollo integral de un ser humano.
- Realizar al menos 5 comidas al día, (desayuno, comida, cena y 2 colaciones), es importante no saltarse ninguna comida.
- Desayunar, es el alimento más importante del día.
- Respetar horarios de comida.
- Disfrutar la comida y compartir con familia y amigos.
- No hay alimentos malos ni buenos, moderar la cantidad de los alimentos con muchas calorías.
- Comer todos los días alimentos diferentes, las frutas y verduras en temporada, además se promueve conocer la cultura gastronómica del lugar donde vivimos.
- Realizar ejercicio, al menos 30 minutos al día.

Una guía importante para una dieta balanceada es el plato del buen comer y la pirámide alimenticia, los cuales nos permite disfrutar de diferentes y completos platillos.



La actividad física tiene muchos beneficios, nos ayuda a mantener un balance energético que es el equilibrio entre la energía que el cuerpo recibe (alimentación) y la que gasta (funciones vitales y movimiento), también es útil para almacenar calcio en los huesos, Kaufer, Alcázar y Rojas (2007).

No solo el ejercicio o practicar un deporte es realizar actividad física, también el juego al aire libre, caminar, ir al campo, subir escaleras en vez de usar el elevador, entre otras.

Lo recomendable es dedicar mínimo de 30 a 60 minutos diarios a una actividad moderada o vigorosa, ir al gimnasio, nadar, jugar fútbol, bailar, por mencionar algunas. El ejercicio nos ayuda a liberar el estrés de la escuela, los exámenes, en casa, nos ayuda a dormir bien y a mantenernos sanos y en forma.

CAPITULO 3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.

Los TCA o trastornos de la conducta alimentaria, son diagnosticados como enfermedades psiquiátricas e incluso están clasificados dentro del contenido del DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association) y en el CIE 10: Clasificación de trastornos mentales; Criterios de la OMS.

Los TCA se definen por una serie de síntomas asociados a un intenso deseo de perder peso, una gran importancia adjudicada a la figura corporal delgada y prácticas principalmente alimentarias y de otro tipo como ingesta de pastillas o laxantes y diuréticos, que pueden conducir a importantes alteraciones fisiológicas. Se acompañan de alteraciones en el funcionamiento social y suelen presentar comorbilidad con otros problemas de salud mental, la principal característica por la cual los TCA son considerados trastornos psiquiátricos, es que los pacientes presentan una alteración senso-perceptual de la auto imagen corporal, la cual hace que al verse al espejo se vean gordos(as), lo que se clasifica como una alucinación siendo esta síntoma característico de la psicosis y requiere ser tratado con neurolepticos (anti psicóticos).

En el DSM IV, se han establecido los siguientes Trastornos de la Conducta Alimentaria; La Anorexia Nerviosa, La Bulimia Nerviosa, Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados y el Trastorno por Atracón.

Según la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia CBA, en México en el 2008, de entre mil adolescentes: 87% hacen dietas sin prescripción médica, 12% presentan bulimia a través de laxantes, diuréticos y provocación del vómito y 1% adopta conductas de anorexia. Un 90 % de los pacientes son mujeres, es decir, por cada 20 mujeres, un hombre padece algún trastorno de la conducta alimentaria. La edad promedio en la que inician con los trastornos es a los 17 años de edad.

En México, cada año aparecen 20 mil nuevos casos de anorexia y los problemas de anorexia y bulimia se han quintuplicado en relación con la década pasada.

3.1 Anorexia Nerviosa.

El término *anorexia nerviosa* proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nervioso(a) expresa su origen psicológico. Sin embargo, no es cierto que los jóvenes anoréxicos no sientan hambre, al contrario, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Estos jóvenes rechazan en forma contundente el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla, lo más grave es que las personas que la padecen, no tienen conciencia de su enfermedad. Los anoréxicos llegan a perder por lo menos el 15% de su peso corporal y, en casos extremos, hasta el 60%, lo que puede ocasionar la muerte.

Según el DSM IV, la anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Este trastorno implica una permanecer con un peso corporal mínimo, considerado normal para la edad y estatura de la persona.

Las personas con este trastorno pueden tener un gran miedo a aumentar de peso, incluso cuando están con peso insuficiente. Ellas pueden acudir a dietas extremas, con una ingesta calórica mínima a la de una dieta balanceada según la edad y requerimientos dependiendo de las actividades físicas.

No se conocen las causas exactas de la anorexia nerviosa por lo que se dice que es multifactorial, la genética y las hormonas pueden jugar un papel, también las actitudes sociales que promueven tipos de cuerpos delgados poco realistas también pueden contribuir.

Chinchilla (2003), dice que las causas de la anorexia nerviosa se dividen de la siguiente manera:

Etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa:

Interacción multicausal de factores.

- Biológicos.
- Psicológicos.
- Socioculturales:
 - *Hábitos alimenticios*
 - *Culto al cuerpo.*
 - *Preocupación por la figura.*

Interactúan

- Generando el cuadro.
- Predisponiendo.
- Precipitando.
- Manteniendo- cronificando- agravado.

Factores genéticos.

- Mayor concordancia en gemelos monocigotos
- Mayor prevalencia de TCA en familiares de primer grado.

Factores biológicos.

- Las alteraciones biológicas encontradas son consecuencias de la malnutrición.
- Alteraciones de estado de los ejes: hipotálamo-hipófiso-tiroideo, hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, alteraciones de la noradrenalina y serotonina; emociones, regulación de hambre y saciedad.
- Aumento de los niveles de endorfina y su relación con la regulación del apetito y actividad física.

Todas estas alteraciones actúan como factores de mantenimiento y predisposición.

Factores psicológico- individuales.

- los cambios corporales y psicosociales implicados en la pubertad y adolescencia, el sobrepeso.
- La pubertad precoz.
- Baja autoestima, perfeccionismo y autocontrol, ser obsesivo, ansiedad, miedo a la madurez, problemas para ser autónomo, narcisismo.
- Antecedentes de enfermedad orgánica o intervenciones.
- Ejercicio físico excesivo.
- Ciertos grupos de mayor riesgo.
- Antecedentes de abusos o maltratos en la infancia.

Serian factores predisponentes.

Factores precipitantes.

- Comentarios peyorativos, mofas o burlas, sobre el cuerpo.
- Conflictos-competitividad entre amigos y compañeros.
- Desacreditación y marginación.
- Exigencias escolares, profesionales, físicas-deportivas.
- Conflictos sentimentales.
- Reposo por enfermedades o tratamientos, que conllevan ganancia de peso.
- Otros.

Factores de mantenimiento y/o agravación.

- Depresión y síntomas ansioso-obsesivos en el curso del cuadro.
- Si se dan antes son factores predisponentes o precipitantes.

Factores socioculturales.

- Valor estético del cuerpo, preocupación parental por la figura.
- Sobreprotección, rigidez o poca comunicación.
- Inadecuadas costumbres o hábitos alimenticios.
- Modas de vestir y modelos.
- Publicidad de productos y servicios adelgazantes.
- Los medios de difusión como moduladores de gustos y opinión sobre imágenes corporales.
- El destape o exhibición del cuerpo.
- Rechazo social de la obesidad o sobrepeso, culto a la delgadez.
- Modificación de los roles femeninos en la sociedad.
- Generalización social de dietas restrictivas o milagrosas, así como del ejercicio físico como salud moralidad o competencia.
- Otras.

Serian factores predisponentes y de mantenimiento.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa de tipo restrictivo y de tipo compulsivo/purgativo. La anorexia de tipo restrictivo se caracteriza por que la persona no incurre atracones o purgas, la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. La anorexia de tipo compulsivo purgativo, lleva ese nombre por que la persona incurre en atracones y después a purgas como, vomito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos o enemas, aun cuando ingieren pequeñas cantidades de comida.

Los signos y síntomas característicos de una persona con Anorexia Nerviosa son:

- La disminución del consumo de alimentos, sobre todo los que a su juicio engordan).
- La disminución de peso sin una enfermedad física que se asocie.
- Percepción distorsionada del cuerpo, su peso y proporciones.
- Los cambios constantes en el estado de ánimo.
- Miedos, obsesiones y rituales relacionados con la comida, la silueta o el peso.
- Aislamiento social e irritabilidad.
- Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos en las mujeres (amenorrea). En la anorexia, se pueden experimentar una serie de síntomas variados: estreñimiento, dolor abdominal, y vómitos.
- Dificultad para expresar sus sentimientos
- Perfeccionismo o rigidez en conductas o pensamientos.

- La desnutrición puede dar lugar a trastornos gastrointestinales, presión baja, alteraciones en la piel, caída del cabello, entre otros, Chinchilla (2003).

En cuanto al tratamiento, su principal objetivo es la corrección de la malnutrición y los trastornos psíquicos del paciente. En primer lugar se intenta conseguir un rápido aumento de peso y la recuperación de los hábitos alimenticios, ya que pueden implicar un mayor riesgo de muerte. Pero una recuperación total del peso corporal no es sinónimo de curación. La anorexia es una enfermedad psiquiátrica y debe tratarse como tal. El tratamiento debe basarse en tres aspectos:

- La detección precoz de la enfermedad: conocimiento de los síntomas por parte de los médicos de atención primaria y de los protocolos que fijan los criterios que el médico debe observar.
- La coordinación entre los servicios sanitarios implicados: psiquiatría, endocrinología, ginecología, urología, psicología y los demás requeridos por el paciente.
- El seguimiento ambulatorio una vez que el paciente ha sido dado de alta, con visitas regulares. Las hospitalizaciones suelen ser prolongadas, lo que supone una desconexión del entorno que puede perjudicar el desarrollo normal del adolescente, la hospitalización se recomienda cuando la desnutrición es grave y antera signos vitales, o cuando se agravan los síntomas psicóticos.

Una vez diagnosticada la anorexia nerviosa, es necesaria la atención, psiquiátrica, psicológica y nutricional, además de la importancia de concientizar a la familia de la gravedad del problema para que se trabaje en conjunto con el paciente y se controle el problema.

3.2 Bulimia Nerviosa.

La bulimia nerviosa según el DSM IV, se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo con el fin de prevenir el aumento de peso.

En la bulimia, pueden presentarse episodios de ingestión excesiva de alimentos con una frecuencia de varias veces al día durante muchos meses. Las personas bulímicas típicamente comen grandes cantidades de alimentos ricos en calorías, por lo regular en secreto. La persona generalmente siente una falta de control sobre su alimentación durante estos episodios.

Estos episodios de ingestión excesiva de alimentos provocan una sensación de autorrechazo, lo cual lleva a lo que se llama purga con el fin de evitar el aumento de peso. La purga puede incluir: provocarse vómito, ejercicio excesivo y uso de laxantes, enemas o diuréticos. Dicha purga a menudo produce una sensación de alivio, Chinchilla (2003). El peso corporal con frecuencia está en el rango normal, aunque las personas bulímicas pueden verse a sí mismas con sobrepeso. Debido a que el peso a menudo es normal, es posible que los demás no noten este trastorno alimentario.

La bulimia nerviosa al igual que la anorexia, no tiene una causa específica, aunque intervienen estos tres tipos de factores, Chinchilla (2003).

Factores que predisponen.

- Individuales: sobrepeso, perfeccionismo, problemas para ser autónomo, baja autoestima.
- Genéticos: los precedentes familiares aumentan el riesgo de padecer él y trastorno.

- Socioculturales: ideales de delgadez, prejuicios contra la obesidad, ciertas profesiones y deportes, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, mala resolución de conflictos.

Factores que precipita.

- Cambios físicos y síquicos de la pubertad, dietas, mala valoración del cuerpo, insatisfacción personal, trastornos emocionales.

Factores que la mantienen

- Ciclo atracción-purgas, reaparición de la ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones.

Existen dos tipos de Bulimia Nerviosa, de tipo purgativo y de tipo no purgativo. La bulimia de tipo purgativo define a la persona que se provoca regularmente el vomito, o usa laxantes enemas y diuréticos en exceso, la bulimia de tipo no purgativo, es en la que la persona utiliza otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno y el ejercicio el exceso.

Los signos y síntomas característicos de la Bulimia Nerviosa y necesarios para el diagnostico son:

- Consumo de grandes cantidades de comida, sin observar una ganancia de peso en consecuencia.
- Miedo intenso a ganar peso y a la Obesidad.
- Gran insatisfacción corporal.
- El peso puede ser normal, bajo, o tener sobrepeso, obesidad.
- Constantes cambios del estado de ánimo.
- Miedos y obsesiones relacionados con la comida, la silueta o el peso.
- Gran impulsividad.
- Los estados de ánimo como la depresión, el enojo o la ansiedad, son desencadenantes de los atracones.
- Sentimientos de culpa después de ingerir grandes cantidades de comida.

Entre las consecuencias directas y secundarias de la bulimia nerviosa se encuentran; la alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Los electrolitos son esenciales para la producción de la “energía eléctrica natural” del organismo, la que asegura la salud de la dentadura, articulaciones y huesos, la transmisión de los impulsos del sistema nervioso y de los músculos, riñones y corazón, el nivel de azúcar en sangre y la llegada de oxígeno a las células. Otras consecuencias como Amenorrea, Osteoporosis, Atrofia Muscular, Aumento del Azúcar en Sangre/Hiperglucemia, Artritis (degenerativa), Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia ,Variaciones Abruptas en los Niveles de Azúcar en Sangre, Baja Azúcar en Sangre/Hipoglucemia, Callos o hematomas en los dedos de la mano (por el uso repetido de los dedos para provocarse el vomito), Cáncer de garganta y cuerdas vocales debido a trastornos de reflujo ácido, Convulsiones, Debilidad y Fatiga, Déficit de Hierro, Anemia, Depresión que induce al suicidio, Descenso de la temperatura corporal o sensibilidad a la temperatura.

El tratamiento es similar al de la Anorexia Nerviosa, en cuanto al acompañamiento terapéutico, psiquiátrico y nutricional, además de la intervención de médicos especialistas según el daño y deterioro del cuerpo, ya que como se menciona anteriormente las consecuencias a nivel físico pueden ser muchas.

3.3. Trastorno por Atracón.

Existen muchas personas que realizan atracones alimentarios de vez en cuando pero esta conducta se transforma en un Trastorno de la Alimentación cuando se da una pérdida de control y cuando ocurre periódicamente. Según el DSM IV Trastorno por Atracón es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa , durante estos episodios, la persona afectada ingiere de forma incontrolada grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, pudiéndose llegar a tomar en estos atracones hasta 20.000 calorías.

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que el apropiado y en muchos casos se trata de personas obesas, lo cual constituye un factor de riesgo adicional para su salud. Al igual que en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, se da bastante más en mujeres que en hombres, aunque la diferencia es mucho más pequeña que en estos dos trastornos ya que se estima que una tercera parte de la población afectada es del sexo masculino.

El criterio de diagnóstico según el DSM IV del Trastorno por Atracón, es la ingesta en un corto período de tiempo de una gran cantidad de comida, la sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede dejar de comer). Los signos y síntomas de Trastorno por Atracón son:

- Ingesta mucho más rápida de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- Profundo malestar al recordar los atracones.
- Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.

3.4 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, se refieren principalmente a los trastornos que no cumplen con los criterios diagnósticos de la bulimia y la anorexia nerviosa, pero comprometen de igual forma la salud física y emocional de la persona quien los padece, y requiere una atención multidisciplinaria.

Entre los trastornos más comunes se encuentran, (DSM IV):

- El síndrome de ingestión compulsiva.
- EL síndrome de ingestión por atracones.
- Síndrome del picoteo.
- Síndrome de la ingestión nocturna.
- Síndrome de tensión premenstrual.
- Síndrome de pica.
- Síndrome de gourmet.
- Vigorexia.

3.5 Nuevos trastornos de la conducta Alimentaria.

Hoy en día han surgido nuevos trastornos alimenticios o simplemente nuevas formas como nombrarlos por ciertas características de cada uno aunque estos aun no cuentan con el aval de la comunidad científica, por lo que no son reconocidos como trastornos de la conducta alimentaría en el DSM IV, o el CIE 10.

La *ortorexia* se asocia a la preocupación excesiva e irracional de comer sólo alimentos considerados sanos y puros. El término “ortorexia” proviene del vocablo griego que significa “apetito correcto”. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer.

Según Bratman citado por González (2003), a través de este tipo de comida las víctimas de ésta enfermedad esperan obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos y morales, lo cual les

puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas. Por ello, entre las razones que podrían llevar a una persona a padecer la ortorexia está la obsesión por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, o bien por el temor a ser lentamente envenenado por los colorantes y conservantes de las industrias alimenticias.

La *vigorexia* la padece quien se obsesiona por lograr un cuerpo escultural. Según el IMSS, en México no existen estadísticas precisas sobre la vigorexia, sin embargo, las estimaciones internacionales han comprobado que 95 por ciento de los pacientes que presentan el trastorno son varones entre 17 y 35 años de edad. Esta enfermedad se asocia a la obsesión compulsiva de la alimentación, pero a diferencia de la anorexia o la bulimia, es un problema especialmente masculino y se caracteriza por la preocupación perturbadora del físico y una distorsión del cuerpo. Son dos las manifestaciones más visibles del padecimiento, la extrema actividad del deporte y la ingesta compulsiva de alimentos para subir de peso, ya que al verse en el espejo, los varones se visualizan delgados y con poco desarrollo muscular.

Un vigorexico es adicto a desarrollar masa muscular, por lo que puede llegar a ingerir más de 4 mil 500 calorías diariamente, cuando lo habitual para los varones son 2 mil 500 aproximadamente. En ocasiones presenta alteraciones metabólicas provocadas por el consumo de esteroides, que producen repentinos cambios corporales y de humor.

Para este padecimiento, instituciones como el IMSS en México, brinda un tratamiento integral farmacológico y terapéutico por medio de psicoterapia y antidepresivos. La terapia funciona para mejorar la confianza y seguridad del paciente, mientras que los medicamentos estabilizan sustancias del cerebro como serotonina y dopamina, indispensables en el funcionamiento de las emociones y de ser necesario, se proporciona ayuda con especialistas de nutrición.

La *drunkorexia* es una conducta insana cada vez más extendida entre las y los jóvenes. La obsesión por estar adelgazar y la aceptación social del consumo de alcohol son parte del origen de este grave trastorno de la conducta alimentaria. Con el ayuno, los y las jóvenes tratan de

compensar la suma de las 110 calorías de una cerveza, las más de 200 calorías de un combinado o cóctel, o las cerca de 150 calorías de una lata de refresco.

La manorexia, es la palabra con la que se señala la anorexia nerviosa en varones. Siempre se ha pensado que es una patología casi exclusiva de la población femenina, pero los hombres también la padecen, en los últimos cinco años se ha incrementado la cantidad de enfermos varones. Los hombres desarrollan trastornos de la conducta alimentaria más tarde que las mujeres, aproximadamente entre los 15 y 26 años y ellas: entre los 14 y los 20 años.

La *diabulimia*, un problema creciente entre jóvenes diabéticas (os), que se valen de la disciplina alimentaria que exige su enfermedad para tratar de perder el máximo peso. El problema surge cuando se reducen las dosis de insulina con el fin de bajar de peso de manera intencionada. Esto sucede porque el organismo, debido a la falta de insulina, no puede aprovechar y metabolizar todos los azúcares, el aporte energético es menor y, en consecuencia, se pierde peso.

La *pregorexia* apareció hace algunos años para describir el comportamiento de las mujeres embarazadas que reducían las calorías y hacían más ejercicio en un esfuerzo por controlar el aumento de peso propio de la gestación.

3.6 Conductas Alimentarias de Riesgo.

Aunado a los TCA se encuentran los denominados los síndromes parciales, conductas alimentarias de riesgo, o, síndromes subclínicos, los cuales son mucho más comunes, y oscilan entre 3.2 y 18.1%.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo o las "CAR" son manifestaciones que no cumplen con los criterios de Trastorno de Conducta Alimentaria, pero que son conductas características de los mismos como; las prácticas restrictivas o compensatorias tales como los ayunos, la práctica de dietas, atracones, el miedo a engordar, conductas purgativas tales como el uso continuo de diuréticos y laxantes, o el vómito autoinducido.

Las CAR, no son consideradas como trastornos psiquiátricos, ya que carecen del síntoma psicótico característico de los TCA, que se explicó anteriormente, por lo que en su tratamiento no se requiere el uso de fármacos.

Las consecuencias físicas de las CAR's, específicamente de las conductas purgativas y ayunos, son principalmente la anemia, pérdida ósea (calcio) y de cabello, caída de dientes, esofagitis, palpitaciones y pérdida de la menstruación, en el caso de ingesta compulsiva se presenta hipertensión, diabetes, y otros problemas asociados con la obesidad, que es uno de los principales problemas de salud en México. No de menor importancia también existen las consecuencias emocionales como la depresión, ansiedad y abuso de sustancias.

Ballester, R. y Guirado, M., realizaron un estudio, con 819 niños españoles, entre 11 y 14 años de edad, que aparece en la Revista Anual del Colegio de Psicólogos del Principado de Asturias (Psicothema) donde los resultados son los siguientes:

Se evidencian conductas alimentarias de riesgo ya en estas edades. Entre algunas veces y habitualmente, el 40% de los niños evita comer alimentos que engordan, el 68% controla su peso, el 4% toma laxantes, el 7% intenta vomitar cuando ha comido mucho y el 17% ha llegado a llorar como consecuencia de su figura física. Por lo que se considera necesario prevenir a edades más tempranas en las que se pueden estar gestando los trastornos alimentarios....

En México se han realizado varias investigaciones acerca de las Conductas Alimentarias de Riesgo en la Adolescencia, uno de ellos se publicó en la Revista de Investigación Clínica, la investigación fue la siguiente:

Para conocer la presencia de conductas alimentarias de riesgo propias de los trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiantil de la ciudad de México, se utilizaron los datos recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 (N = 10,173). La muestra se conformó de hombres (47.9%) y mujeres (52.1%), con una media de edad de 14.5 años (DE = 1.8). Se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (alguna vez y dos o más veces en una semana) de conductas alimentarias de riesgo. Se utilizó una escala de once reactivos con tres opciones de respuesta para indagar acerca de la presencia de dichas conductas en los últimos tres meses. Se encontró una distribución normal del IMC-P, con mayor porcentaje de sobrepeso que de peso por abajo del normal. Las mujeres reportaron mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo, con excepción de la práctica de ejercicio y de comer compulsivamente, así como porcentajes similares a los hombres en el uso de laxantes y enemas, supositorios y lavativas. Los análisis por edad mostraron diferencias significativas al interior del grupo de varones en comer compulsivamente, vómito autoinducido, pastillas y enemas, mientras que en las mujeres estas diferencias se presentaron en casi todas las conductas, siendo las adolescentes de 18 y 19 años las más afectadas...

Los resultados no distan mucho en investigaciones recientes, lo importantes es que cada vez se le da más importancia a este tema que se puede llegar a confundir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero como ya se describió anteriormente no son lo mismo, aunque las Conductas Alimentarias de Riesgo son una característica de estos.

CAPITULO 4. MÉTODO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es una investigación evaluativa descriptiva con un diseño cuasi experimental.

Según Haro (2010), una investigación evaluativa sirve para determinar si una intervención garantiza mejoría de condiciones, tiene consecuencias de impacto, o ha contribuido al conocimiento, regularmente las investigaciones evaluativas se realizan en los programas de salud, corren la investigación analizan .los resultados, los evalúan y miden el impacto en la población y analizan si hay o no que hacer cambios.

En el caso de esta investigación se evalúa el impacto del programa de intervención en los y las adolescentes y se analizó si contribuyó o no al conocimiento de los alumnos y alumnas con los que se trabajo.

El diseño es cuasi experimental ya que se aplica como Pre-test “El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) (anexo A)” realizada por Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004), a los 46 alumnos de 1º de secundaria del Colegio Brookfield Americano.

Los resultados que sirvieron para complementar y fortalecer el programa de intervención, el taller “Adolescencia: Previendo Riesgos Alimenticos”, el cual tuvo una duración de 12 sesiones una vez a la semana (lunes) de 45 minutos cada una.

Al final del taller se aplicó la misma escala como Post-test para medir el impacto del taller, y la utilidad y aporte que tuvo para los y las adolescentes.

El análisis de los resultados se hizo de una forma descriptiva, explicando detalladamente las tablas y las gráficas que aparecen.

4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

- ❖ ¿El conocimiento y la reflexión sobre Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR's), son un elemento que promueven la prevención en la adolescencia?

4.3 HIPÓTESIS.

- ❖ No tener información clara sobre Conductas Alimentarias de Riesgos contribuye en las y los adolescente del Colegio Brookfield Americano a la vulnerabilidad de esa etapa.
- ❖ Un programa de intervención psicoeducativa contribuye a la prevención de Conductas Alimentarias de Riesgo en los y las adolescentes de 1° de secundaria del Colegio Brookfield Americano.

4.4 VARIABLES.

- ❖ Independiente: Programa de intervención.

El taller “Adolescencia. Previniendo Riesgos Alimenticios.” El cual se diseñó, aplicó y evaluó en este trabajo.

- ❖ Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.

Es el tema de interés y con el que se trabajó.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo o las “CAR's” son manifestaciones que no cumplen con los criterios de Trastorno de Conducta Alimentaría, pero que son conductas características de estos como; los ayunos, las dietas estrictas, uso de laxantes, pastillas, diuréticos y/o el vomito autoinducido.

4.5 PROGRAMA DE INTEVECION. TALLER: ADOLESCENCIA: PREVINIENDO RISGOS ALIMENTICIOS.

El taller se diseño de lo general a lo particular. La intención es en marcar y situar a los y las adolescentes en su realidad, en la etapa por la que están atravesando, que conozcan los cambios por los que pasan sus cuerpos no solo en el aspecto físico también en el afectivo, psicológico y social. Es por lo anterior que el primer modulo esta enfocado a la adolescencia.

El segundo módulo se enfoca en la nutrición y en las consecuencias que trae para el adolescente el no comer bien. Además de la importancia del ejercicio y de los hábitos alimenticios.

El tercer módulo describe los TCA y las CAR´ s.

El programa de intervención se llevo a cabo de la siguiente forma:

4.6 SUJETOS.

Se trabajó con alumnos y alumnas de 1º de Secundaria de Colegio Brookfield Americano, 46 sujetos, 25 mujeres y 21 hombre entre 12 y 14 años de edad, sin características específicas necesarias.

Los y las alumnas del Colegio Brookfield se sitúan en una posición económica medida a media alta.

Se decidió trabajar en esta etapa de la adolescencia ya que sumado a los cambios físicos, sociales y emocionales los y las adolescentes atraviesan el cambio de nivel educativo, pasan de la primaria a la secundaria, por lo que se considero un buen grupo para aplicar un taller preventivo.

4.7 ESCENARIO.

Colegio Brookfield Americano ubicado en Santa Cecilia 41 Col. Residencial Cafetales, Del. Coyoacán C.P. 04930.

El Colegio Brookfield, es una escuela particular. Está compuesto por tres edificios de tres plantas cada uno, uno para kinder y maternal, uno para primaria y uno para secundaria (dirección, salón de maestros y 7 salones de clase), cuenta con, comedor, cooperativa, patio que conecta los tres edificios, salón de usos múltiples, cancha de basquetbol, laboratorio y salón audiovisual.

La escuela está situada en una zona de clase media, se encuentra entre dos colonias, Residencial Cafetales y CTM Culhuacan, en la esquina hay un mercado y esta una secundaria técnica. Frente a la escuela hay unas tiendas de abarrotes y una papelería, una tortillería y una tintorería. En la otra esquina hay un pequeño parque y una cancha de futbol rápido.

Se trabajó en una Aula de usos múltiples equipada con un el número necesario de sillas para los y las alumnas, un retroproyector y una computadora para mostrar las presentaciones en Power Point con las que se expusieron los temas y con espacio suficiente para realizar las actividades.

4.8 INSTRUMENTOS.

Como Pre-test y Post-test se utilizó una escala likert de 10 ítems relacionados con las conductas alimentarias de riesgo en los y las adolescentes. Las respuestas son; Nunca, A veces; con frecuencia y Con mucha frecuencia.

El test se califica sumando los puntajes de las respuestas para sacra un total y graficar. También se sacan los puntajes por dimensiones y se grafican cada una. Se realiza una tabla de frecuencia con los puntajes convertidos a porcentajes.

El instrumento hace un diagnóstico para conocer la situación en la que se encuentran los y las adolescentes en relación con las CAR's.

Para el Post-test se convirtieron las afirmaciones a tiempo futuro.

Características de la escala:

- ❖ Nombre: "Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)". (ver Anexo A).
- ❖ Autores: Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004)
- ❖ Número de Ítems: 10
- ❖ Tiempo Aproximado de Aplicación: 5 a 8 min.
- ❖ Población a la que va dirigida: Adolescentes

Codificación.

El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cuenta con una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%, Consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control

al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), cuenta con 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Propiedades Psicométricas.

Fiabilidad: Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad de alfa .83 y el análisis discriminante mostró que casi el 90% de los casos fueron correctamente agrupados.

Cabe mencionar que este instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen.

El Presente estudio presenta una estructura factorial de tres dimensiones:

- 1) Conducta Purgativa (ítems 4, 8, 9,10)
- 2) Conductas Compensatorias (ítems 1, 5, 6,7)
- 3) Atracones (ítems 2,3).

Que explican el 61.78% de la Varianza total. La consistencia interna global del instrumento fue de .73 y para los factores se obtuvieron índices bajos pero aceptables Factor 1 .77; factor 2 .68 y factor 3 .69.

Para evaluar el taller se utilizó un cuestionario de 5 preguntas (Anexo B), donde básicamente las preguntas están enfocadas a que los y las adolescentes mencionen lo que aprendieron en el taller, si fue de su agrado, si les es útil en su vida diaria y las sugerencias que tienen para mejorar el taller.

4.9 MATERIAL.

Como material se utilizaron, computadora, un cañón, plumones, cartulinas, rotafolios, lápices, hojas de colores, revistas, tijeras, pegamento, videos.

4.10 PROCEDIMIENTO.

El procedimiento se divide en 3 fases, planeación, aplicación y evaluación.

Planeación.

Después de una serie de intentos para conseguir escuela se logró contactar a la Mtra. Karla Aguilar, directora de la secundaria del Colegio Brookfield, y se concertó una cita. Ya en la cita se expuso el tema del trabajo y fue de interés, la directora indicó el grado con el que se iba a trabajar, 46 alumnos y alumnas de 1º de secundaria, también propuso el día y el horario del trabajo.

El taller cuenta con 12 sesiones (Anexo C), siendo la primera sesión de introducción y aplicación del Pre-test. 10 sesiones de trabajo divididas en 3 módulos que se explican posteriormente y una doceava sesión de devolución de resultados.

Objetivos del taller.

- ❖ Crear un espacio donde se brinde información acerca de las Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia.
- ❖ Conocer las consecuencias que una mala alimentación en el desarrollo integral del adolescente.
- ❖ Fomentar en los adolescentes la importancia de reconocer y responsabilizarse de sus propias conductas alimentarias.
- ❖ Brindar herramientas a los y las adolescentes que les permitan identificar Conductas Alimentarias de Riesgo en ellos (as) mismos o en las personas que los (as) rodean.

Aplicación.

Primero se aplicó el Pre-test con el objetivo de encontrar si en la población se presentan Conductas Alimentarias de Riesgo y en que prevalencia. Los resultados sirvieron para ajustar el taller y se le dio más énfasis a trabajar en dos aspectos, el primero se enfocó en el miedo que tienen los adolescentes a engordar, y el segundo a nombrar detalladamente los tipos de conductas alimentarias de riesgo y detallar a que se refiere cada una de ellas. Algunas actividades del taller tuvieron que adaptarse a la población ya que se trabajó con un grupo grande.

Después se aplicó el taller por diez lunes seguidos de las 8:00 a las 8.45 hrs. AM. El taller quedó de la siguiente manera:

Taller: Adolescencia. Previniendo Riesgos Alimenticios.

Es un taller teórico práctico donde se invita al adolescente al análisis y la reflexión del desarrollo propio y de las propias conductas alimentarias.

SESIONES.

❖ Sesión # 1.

Tema: Presentación del taller y aplicación del instrumento.

Objetivo: Informar al grupo acerca de la temática e intención del taller.

Modulo1. Adolescencia.

❖ Objetivo del módulo. Reforzar los conocimientos previos sobre la adolescencia con los que los y las alumnas cuentan

❖ No. de sesiones: 4.

❖ Sesión# 2

Tema: Adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes identifiquen los diferentes cambios que surgen en la adolescencia.

❖ Sesión# 3

Tema: Sexualidad.

Objetivo: Que los alumnos y las alumnas conozcan el papel que juega la sexualidad en el desarrollo del adolescente.

❖ Sesión# 4

Tema: Búsqueda de identidad e identificación en la adolescencia.

Objetivo: Que los y las alumnas identifiquen los procesos de búsqueda de identidad e identificación en la etapa de la adolescencia.

- Que los y las adolescentes analicen la percepción que tienen de ellos mismos y conozcan como los ven los demás.

❖ Sesión# 5

Tema: Autoestima, Asertividad y Toma de decisiones en la adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes analicen la importancia de la autoestima y la asertividad en la toma de decisiones durante la etapa de la adolescencia.

Modulo 2. Alimentación y adolescencia.

❖ Objetivo del módulo. Conocer la diferencia entre alimentación y nutrición. Identificar la importancia de la alimentación en el desarrollo integral del adolescente. Reconocer la propia alimentación.

❖ No. de sesiones: 3

❖ Sesión# 6

Tema: Alimentación y nutrición, en la adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes analicen el contenido de los alimentos que comen día con día, y conozcan la diferencia entre alimentación y nutrición.

❖ Sesión# 7

Tema: Importancia de la alimentación en la adolescencia.

Objetivo: Que las y los alumnos analicen la importancia de la alimentación, así como las repercusiones que esta tiene en el desarrollo integral del adolescente.

❖ Sesión# 8

Tema: Hábitos Alimenticios y ejercicio.

Objetivo: Que los y las adolescentes conozcan cuáles son los requerimientos de una dieta balanceada y los hábitos alimenticios, así como la importancia del ejercicio para prevenir enfermedades crónicas.

Modulo 3. Trastornos Alimenticios y Conductas Alimentarías de Riesgo.

- ❖ Objetivo del módulo. Conocer la diferencia entre Trastornos de Conducta alimentaria y Conductas Alimentarias de riesgo. Identificar cuáles son las Conductas Alimentarias de Riesgo.

- ❖ No. de sesiones: 3

- ❖ Sesión#9

Tema: Trastornos Alimenticios.

Objetivo: Que los alumnos y las alumnas conozcan que son los trastornos alimenticios y analicen sus consecuencias en el desarrollo de los y las adolescentes.

- ❖ Sesión# 10

Tema: Conductas Alimentarías de Riesgo.

Objetivo: Que los y las adolescentes identifiquen cuáles son las conductas alimentarias de riesgo y porque en esta etapa son vulnerables a caer en alguna de ellas.

- ❖ Sesión#11

Tema: Prevención y Tratamiento de las Conductas Alimentarías de Riesgo.

Objetivo: Que los alumnos y las alumnas analicen y reconozcan la importancia de prevenir y/o detectar a tiempo conductas alimentarias de riesgo en ellos y ellas mismos, o en personas cercanas.

-Que los y las adolescentes conozcan los nuevos trastornos de la conducta alimentaria y las opciones de tratamiento que existen.

- ❖ Sesión#12

Tema: Devolución de los resultados del taller a maestros y alumnos (Anexos D y E).

Evaluación.

En esta fase se encuentran la aplicación del post-test y la evaluación del taller. El análisis de los resultados de ambos y la descripción de estos.

Posteriormente se encuentra la doceava sesión que es la devolución de los resultados a los maestros de la escuela y a los alumnos y alumnas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

ANÁLISIS DEL PRE-TEST Y EL POST-TEST.

Para analizar los resultados, se realizó una tabla de frecuencia de las respuestas del test, divididas en dimensiones, para así poder comparar por dimensiones el pre-test y el post- test. Basándonos en los puntajes obtenidos en el instrumento, se realizaron unas gráficas de barras para ejemplificar los resultados de cada dimensión y gráficas comparativas para observar las diferencias entre pre-test y post-test.

Al final se realizó una gráfica general del test comparando los puntajes obtenidos en ambas pruebas.

La población con la que se trabajó fue estuvo dividida de la siguiente forma:

Población.	12 años.	13 años.	14 años.
Mujeres.	2	15	8
Hombres.	3	13	5

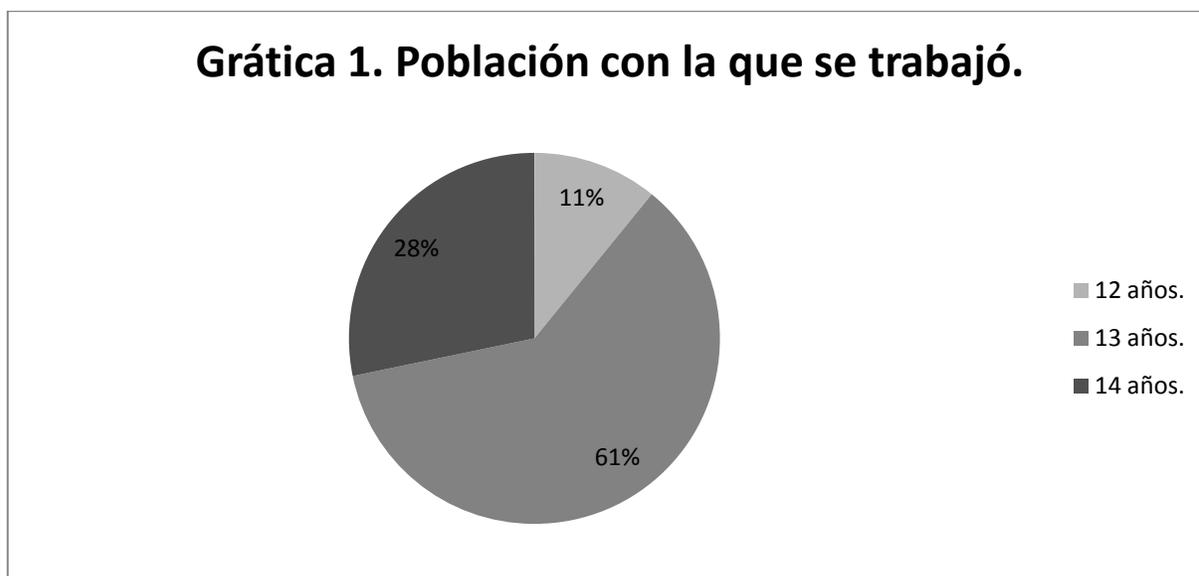


Ilustración 1. Gráfica de la población con la que se trabajó.

Dimensión purgativa.

La dimensión purgativa califica conductas mediante las cuales las y los adolescentes obligan a su cuerpo a desechar la comida impidiendo así la absorción de nutrientes. Según Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004), las conductas purgativas son: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y la ingesta de pastillas para bajar de peso, los ítems pertenecientes a esta dimensión son los 4,8,9 y 10.

Tabla 1.1 Tabla dimensión purgativa, pre-test.

Frecuencia.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítems.				
Ítem 4. He vomitado después de comer para bajar de peso.	93.47%	6.52%	0%	0%
Ítem 8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles.	100%	0%	0%	0%
Ítem 9. He tomado diuréticos para bajar de peso. Especifica cuáles.	100%	0%	0%	0%
Ítem 10. He tomado laxantes para bajar de peso. Especifica cuáles.	100%	0%	0%	0%

Rangos	Dimensión purgativa pre-test.
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	44
Prevención (5 a 8 puntos)	2
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	0

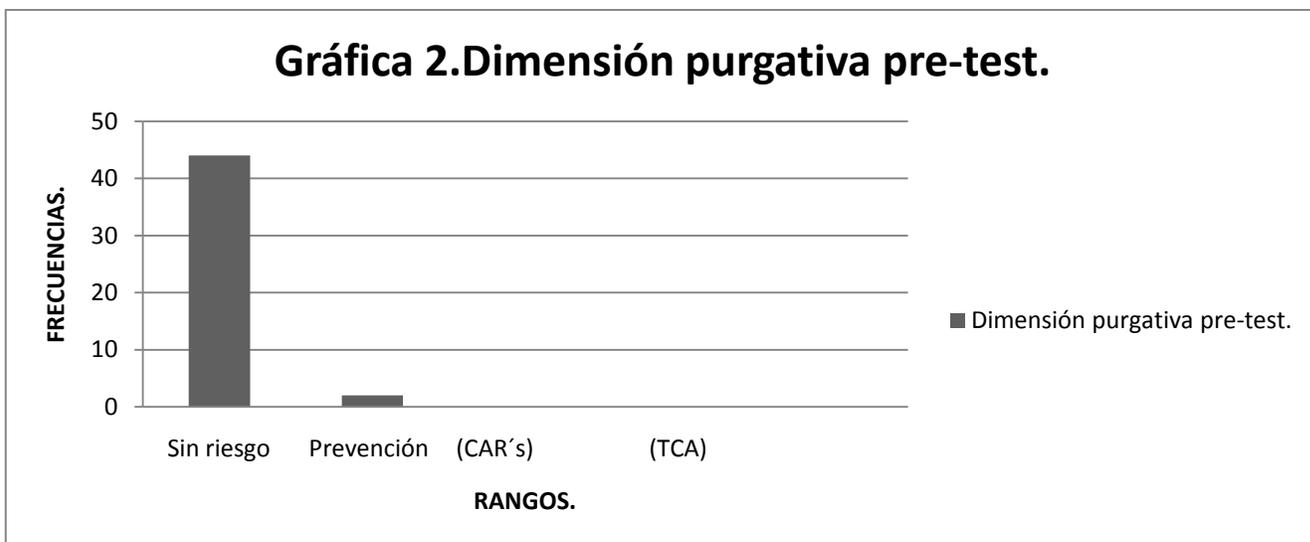


Ilustración 2. Gráfica de la dimensión purgativa del pre-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Tabla 1.2 Tabla dimensión purgativa, post-test.

Frecuencia.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítems.				
Ítem 4. Vomitaría después de comer para bajar de peso.	97.82%	2.17%	0%	0%
Ítem 8. Usaría pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles.	97.82%	2.17%	0%	0%
Ítem 9. Tomaría diuréticos para bajar de peso. Especifica cuáles.	95.65%	2.17%	2.17%	0%
Ítem 10. Tomaría laxantes para bajar de peso. Especifica cuáles.	97.82%	2.17%	0%	0%

Rangos	Dimensión purgativa post-test.
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	42
Prevención (5 a 8 puntos)	4
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	0

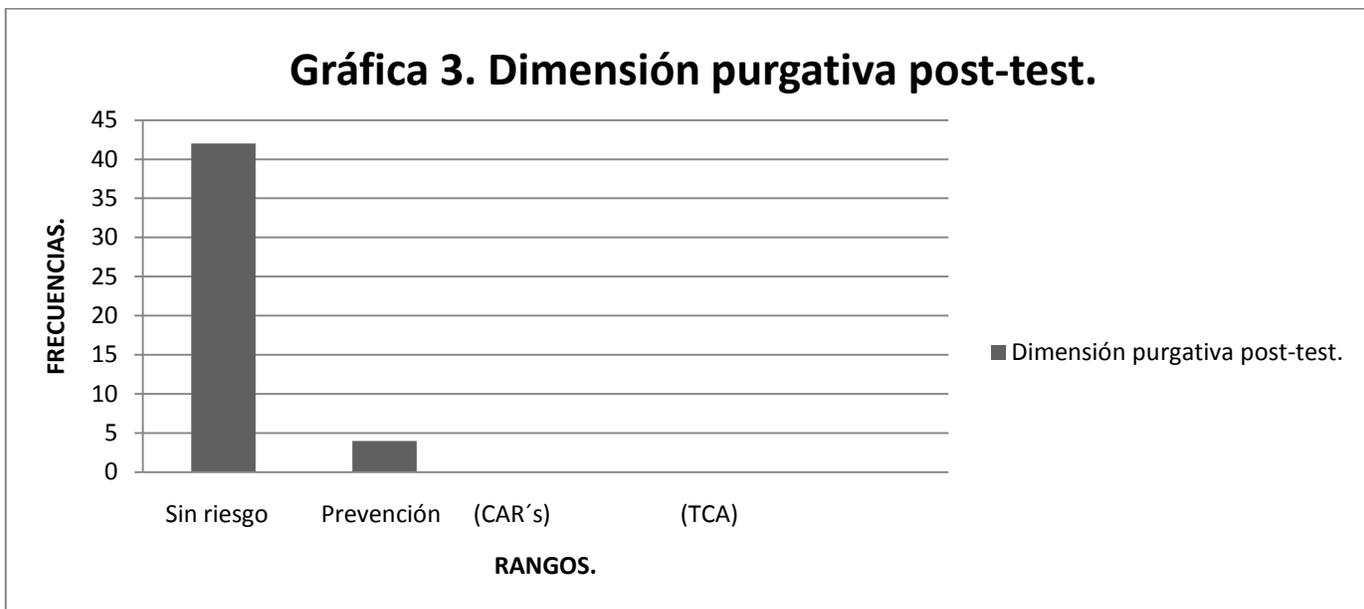


Ilustración 3. Gráfica de la dimensión purgativa del post-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

En la tabla del pre-test (tabla 1.1) se puede observar que sólo el 7% de los y las adolescentes a los que se les aplicó el cuestionario, considera el vómito como una opción para bajar de peso, las 3 personas que contestaron “a veces” fueron dos mujeres y un hombre.

En cambio, en la tabla del post-test (tabla 1.2), disminuye el porcentaje en el ítem relacionado con el vómito (item4) en comparación con el mismo ítem en el Pre-test. Sin embargo en los otros tres ítems de la dimensión aumentaron los porcentajes en relación el Pre-test. En los ítems 8 y 10 las

respuestas “a veces” son de hombres, en el ítem 9 las respuestas “a veces y con frecuencia” son de mujeres.

Se observa que en la conducta donde hay más prevalencia en ambas pruebas, por parte de los y las adolescentes es el vómito, una hipótesis podría ser que el vómito no implica en si un gasto económico como lo pueden llegar a ser las pastillas, laxantes y diuréticos. Al ser una solución al alcance y realizarse a escondidas la repetición de esta conducta puede durar un tiempo prolongado lo que hace que las consecuencias se agraven.

El vómito autoinducido es una de las principales características en la bulimia, junto con los atracones de comida y la preocupación por engordar.

Por otro lado en el post-test existieron respuestas afirmativas sobre el uso de pastillas, laxantes y diuréticos para bajar de peso. Las hipótesis que surgen son dos, la primera es que en el transcurso del taller conocieron lo que son los laxantes y diuréticos, lo que hizo que las respuestas cambiaran. La segunda, que al tener conocimiento de los temas vieron los laxantes, diuréticos y las pastillas como opción para bajar de peso.

Rangos	Dimensión purgativa pre-test.	Dimensión purgativa post-test.
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	44	42
Prevención (5 a 8 puntos)	2	4
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	0	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	0	0

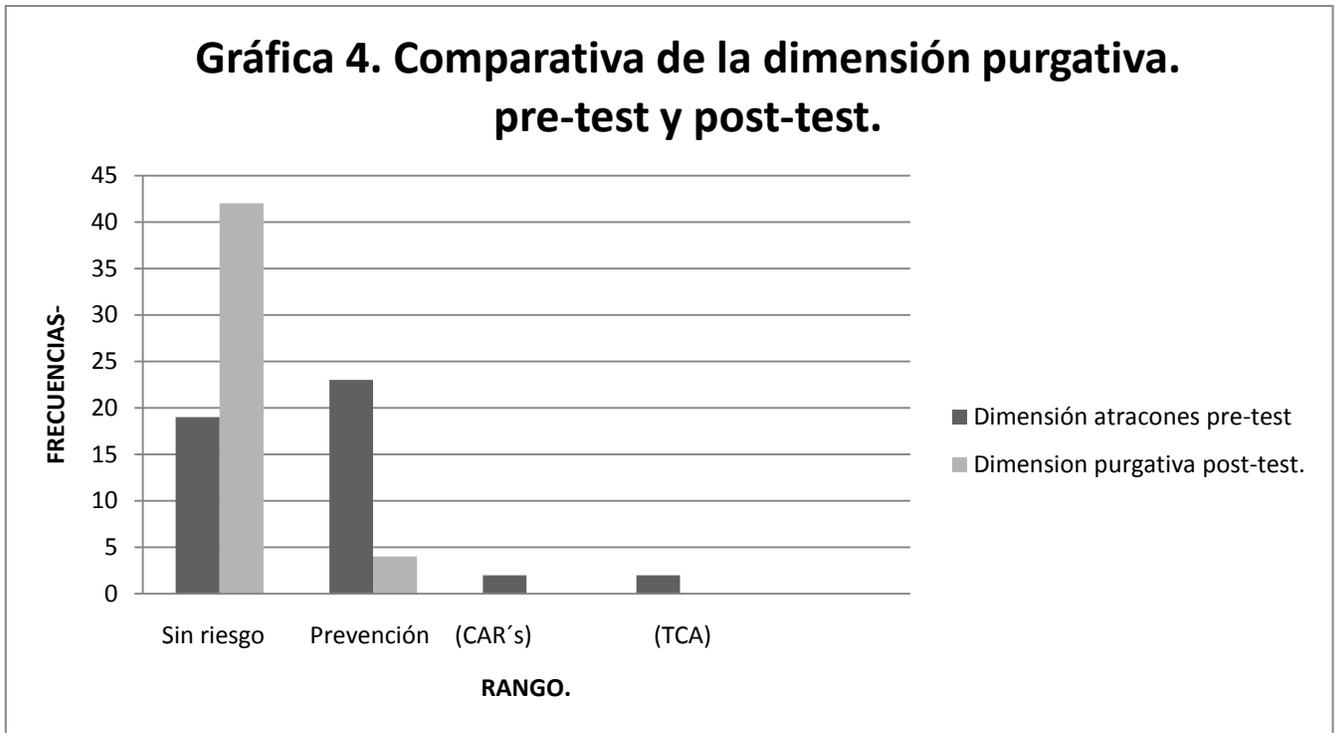


Ilustración 4. Gráfica comparativa de la dimensión purgativa (pre-test y post-test), donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Dimisión compensatoria.

En esta dimensión se mencionan conductas compensatorias que de cierta manera no son invasivas al cuerpo humano como la ingesta de pastillas y que por el contrario son restrictivas como las dietas y los ayunos, los ítems que pertenecen a esta dimensión son el 1, 5,6 y7, según Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García (2004).

Tabla 2.1 Tabla dimensión compensatoria, pre-test.

Frecuencia.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítems.				
Ítem 1. Me ha preocupado engordar.	21.73%	50%	13.04%	15.21%
Ítem 5. He hecho ayunos.	78.26%	21.73%	0%	0%
Ítem 6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso.	63.04%	30.43%	2.17%	4.34%
Ítem 7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.	23.91%	34.78%	13.04%	28.26%

Rangos	Dimensión compensatoria pre-test.
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	5
Prevención (5 a 8 puntos)	30
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	9
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	2

Gráfica 5 Dimensión compensatoria pre-test.

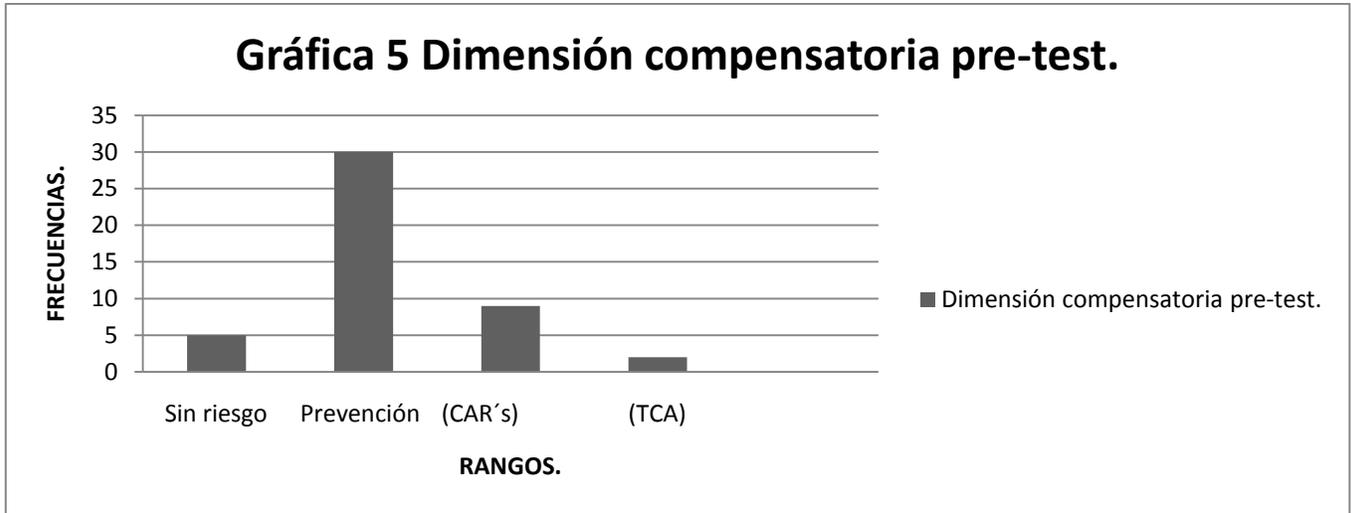


Ilustración 5. Gráfica de la dimensión comparativa del pre-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Tabla 2.2 Tabla dimensión compensatoria, post-test.

Frecuencia.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítems.				
Ítem 1. Me ha preocupado engordar.	30.43%	54.34%	8.69%	6.52%
Ítem 5. Haría ayunos.	91.30%	8.63%	0%	0%
Ítem 6. Haría dietas para tratar de bajar de peso.	97.82%	2.17%	0%	0%
Ítem 7. Haría ejercicio para tratar de bajar de peso.	67.39%	28.26%	4.34%	0%

Rangos	Dimensión compensatoria post-test.
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	8
Prevención (5 a 8 puntos)	38
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	0

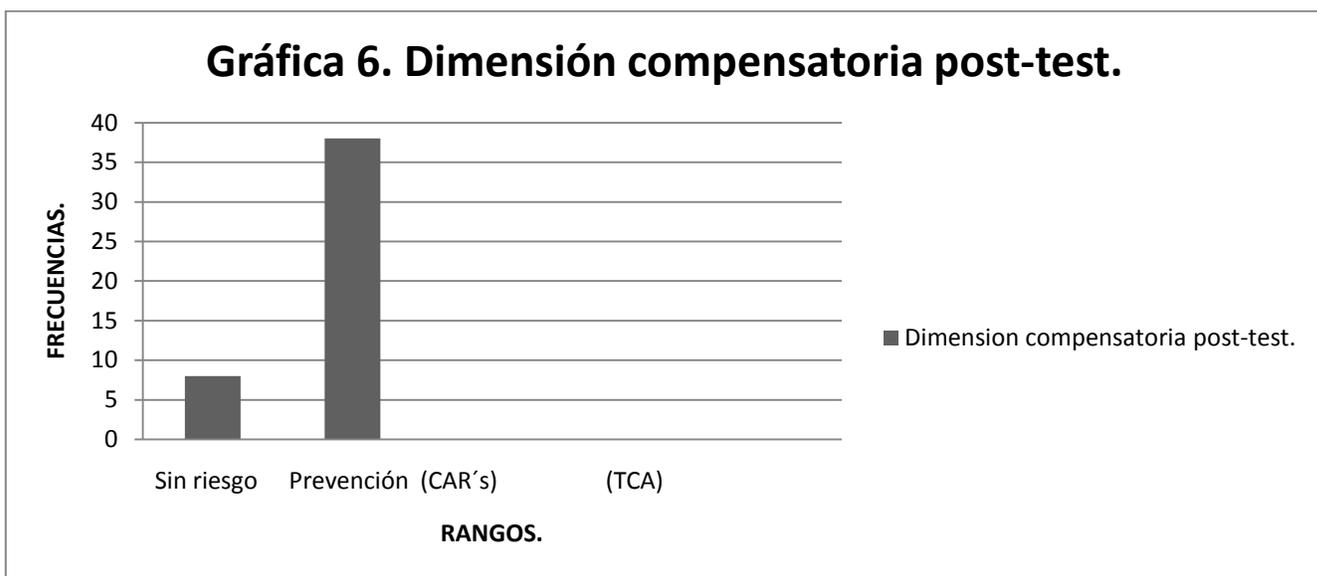


Ilustración 6. Gráfica de la dimensión compensatoria del post-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

En la tabla del Pre-test (tabla 2.1), se puede observar que la prevalencia de las respuestas “a veces”, “con frecuencia” y con mucha frecuencia” es más alta con relación a la dimensión anterior. Las conductas en las que se presentan los porcentajes más altos son, *la preocupación por engordar* (36 de los 46 alumnos presentan preocupación por engordar en distinta medida, de los cuales 12 son hombres) y *hacer ejercicio para bajar de peso* (35 de los 46 alumnos refiere haber hecho ejercicio para bajar de peso, 20 fueron mujeres y 15 hombres, en distinta frecuencia). Las otras dos conductas son, *he hecho ayunos* (hubo 10 respuestas afirmativas, 6 fueron de mujeres y 4 de hombres, en distinta frecuencia), y, *he hecho dietas para bajar de peso* (donde de 17 respuestas afirmativas, 11 fueron de mujeres y 6 hombres, en distinta frecuencia).

En la tabla del post-test (tabla2.2) los porcentajes en las respuestas “a veces”, “con frecuencia” y “con mucha frecuencia” disminuyeron con relación los porcentajes del pre-test en las mismas conductas. *Me he preocupado por engordar* (de los 32 alumnos que contestaron de manera afirmativa, 22 son mujeres y 10 son hombres en distinta frecuencia), *haría ayunos* (las 3 respuestas “a veces” son de mujeres), *haría dietas para bajar de peso* (la única respuesta afirmativa “a veces” es de un hombre), *haría ejercicio para bajar de peso* (donde 13 respuestas afirmativas son de hombres y 2 de mujeres en distinta frecuencia).

En la pubertad el cuerpo cambia y crece, por lo que las necesidades nutricionales son distintas y el cuerpo debe aprender a asimilarlas, una de las consecuencias de lo anterior llega a ser el aumento de peso. Si a lo anterior se suma que el adolescente está en busca constante de aprobación y de entrar en lo estereotipos deseados, entonces tienes sentido el hecho de que la prevalencia en la preocupación por engordar sea alta.

Las dietas y los ayunos son de fácil acceso, en el internet hoy en día existen un sinnúmero de dietas que prometen hacer bajar tantos kilos como lo deseen en pocos días.

El ayuno también es una conducta a la mano para los y las adolescentes y si a esto le sumamos el cambio de horario al entrar a la secundaria y la vida a prisa, es fácil realizar ayunos sin que se den cuenta en casa, las dietas y los ayunos son conductas de riesgo ya que son características importantes de la anorexia.

El ejercicio forma parte de los hábitos alimenticios, pero en el momento en que se excede en tiempo y esfuerzo y se dejan de realizar otras actividades al grado de volverse obsesión, se vuelve una conducta de riesgo, principal característica de la vigorexia.

El cuadro anterior muestra que los y las adolescentes prefieren hacer ejercicio para bajar de peso, lo que no menciona es el tipo de ejercicio, si es en algún lugar específico, el tiempo que lo realizan, ni si es bajo supervisión o no.

<i>Rangos</i>	<i>Dimensión compensatoria pre-test.</i>	<i>Dimensión compensatoria post-test.</i>
Sin riesgo (0 a 4 puntos)	5	8
Prevención (5 a 8 puntos)	30	38
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (9 a 12 puntos)	9	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (13 a 16 puntos)	2	0

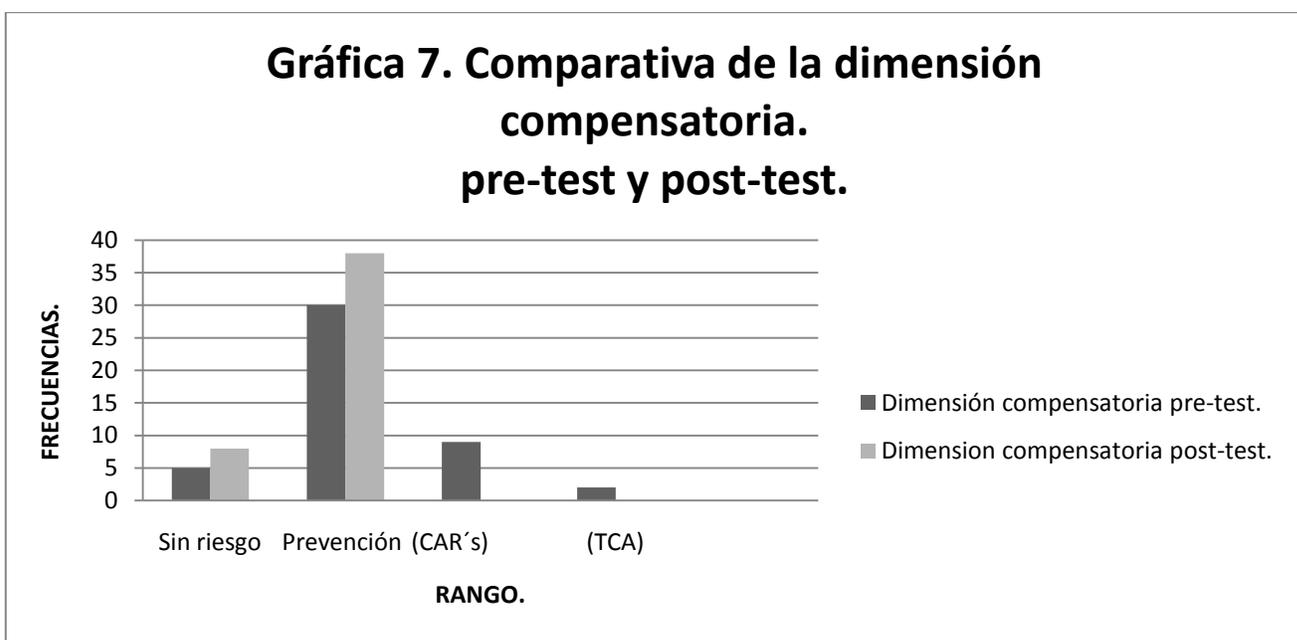


Ilustración 7. Gráfica comparativa de la dimensión compensatoria (pre-test y post-test), donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Dimensión Atracones.

Esta dimensión comprende los ítems 2 y 3, y se refieren a la pérdida de control al momento de comer y a los atracones de comida.

Tabla 3.1 Tabla dimensión atracones, pre-test.

Frecuencia. Ítems.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítem 2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.	54.34%	39.13%	4.34%	2.17%
Ítem 3. Podría perder el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).	71.73%	21.73%	2.17%	4.34%

Rangos	Dimensión atracones pre-test
Sin riesgo (0 a 2 puntos)	19
Prevención (3 a 4 puntos)	23
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (5 a 6 puntos)	2
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (7 a 8 puntos)	2

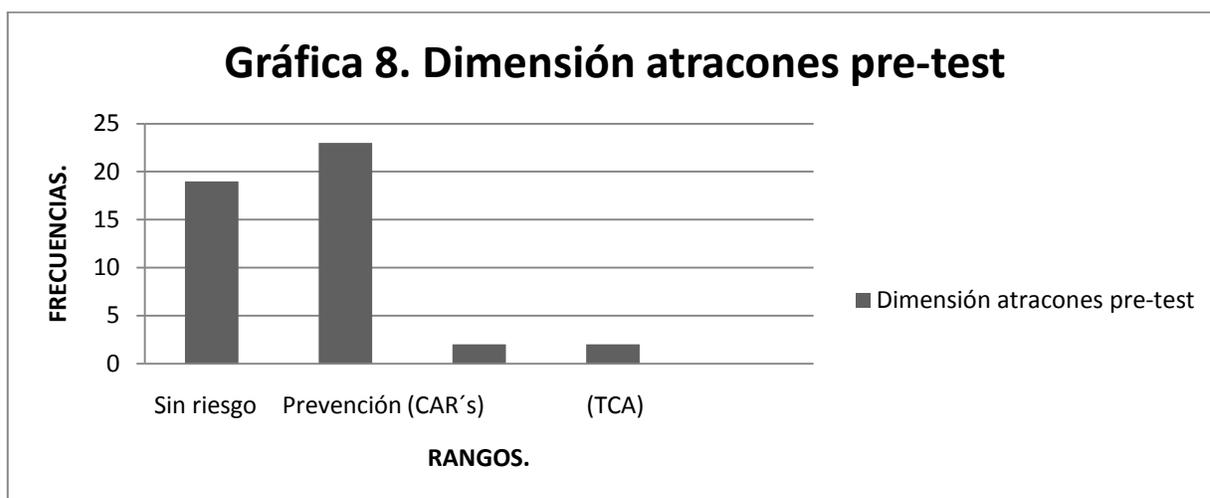


Ilustración 8. Gráfica de la dimensión atracones pre-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Tabla 3.2 Tabla dimensión atracones, post-test.

Frecuencia. Ítems.	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia.	Con mucha frecuencia.
Ítem 2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.	58.69%	39.13%	2.17%	0%
Ítem 3. Podría perder el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).	86.95%	13.04%	0%	0%

Rangos	Dimensión atracones post-test
Sin riesgo (0 a 2 puntos)	27
Prevención (3 a 4 puntos)	18
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (5 a 6 puntos)	1
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (7 a 8 puntos)	0

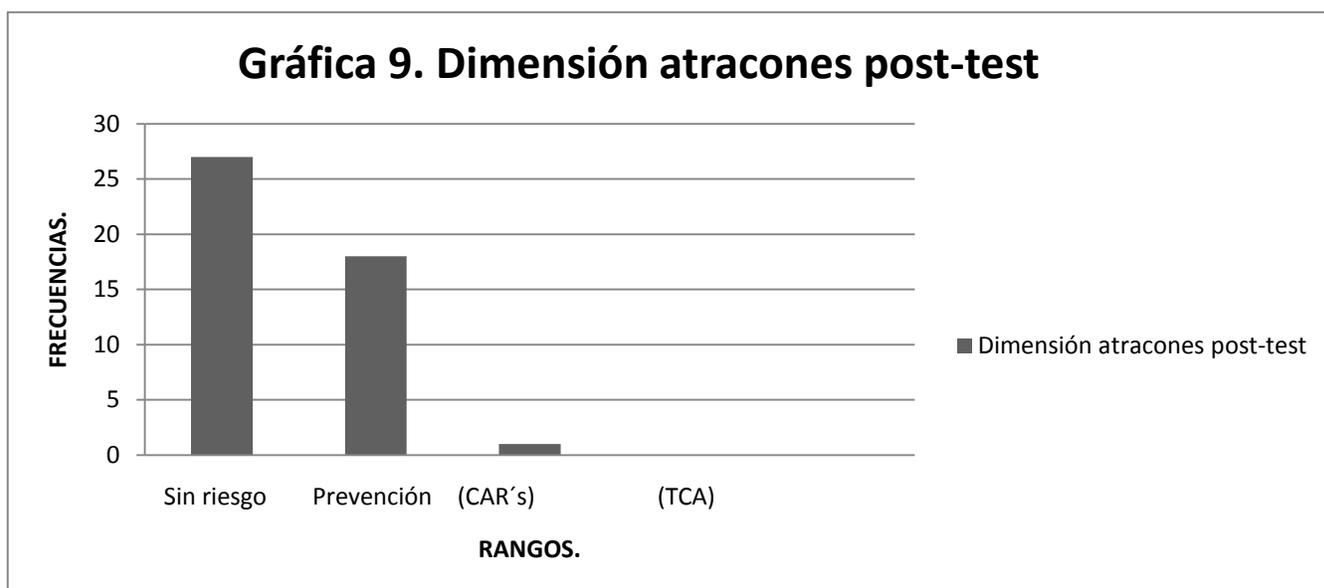


Ilustración 9. Gráfica de la dimensión atracones post-test, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Se puede observar en ambas tablas que existe una prevalencia significativa en ambas conductas, aunque si baja el porcentaje del pre-test al post-test.

En la tabla del pre-test (tabla 3.1) se observan los porcentajes de dos conductas, la primera, *en ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida* (21 de los y las alumnas refiere haber comido hasta atascarse de comida, en distinta frecuencia de los cuales 9 son mujeres y 12 son hombres) y la segunda *Podría perder el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)*, (del los 13 alumnos y alumnas que refiere haber perdido el control de lo que comen, 7 son mujeres y 6 son hombres).

En la tabla del post-test se observan diferencias significativas en las respuestas de cada conducta, *en ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida* (19 de los y las alumnas refiere haber comido hasta atascarse de comida, en distinta frecuencia de los cuales 9 son mujeres y 8 son hombres) y *Podría perder el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)* (del los 6 alumnos y alumnas que refiere haber perdido el control de lo que comen, 2 son mujeres y 4 son hombres).

Se puede observar que en los y las adolescentes si se presentan conductas por atracón y pérdida de control a la hora de comer, aunque también la prevalencia de las respuestas oscilan en a veces haber presentado esta (s) conductas en los últimos 3 meses.

Los y las adolescentes en esta etapa atraviesan una serie de cambios físicos, sociales y psicoafectivos, se experimentan una gama de nuevas emociones, amor, felicidad, así como sentimientos de vacío, soledad, tristeza, por mencionar algunos.

La comida tiene una estrecha relación con las emociones y los atracones de comida con el intentar llenar esos sentimientos de soledad y vacío y sentirse bien, por lo que estas conductas pueden llegar a presentarse en la adolescencia.

Por otro lado gracias a los cambios físicos que presenta el adolescente, la ingesta calórica que necesitan es mayor por lo que también explica los atracones de comida.

Rangos	Dimensión atracones pre-test	Dimensión atracones post-test
Sin riesgo (0 a 2 puntos)	19	27
Prevención (3 a 4 puntos)	23	18
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (5 a 6 puntos)	2	1
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (7 a 8 puntos)	2	0

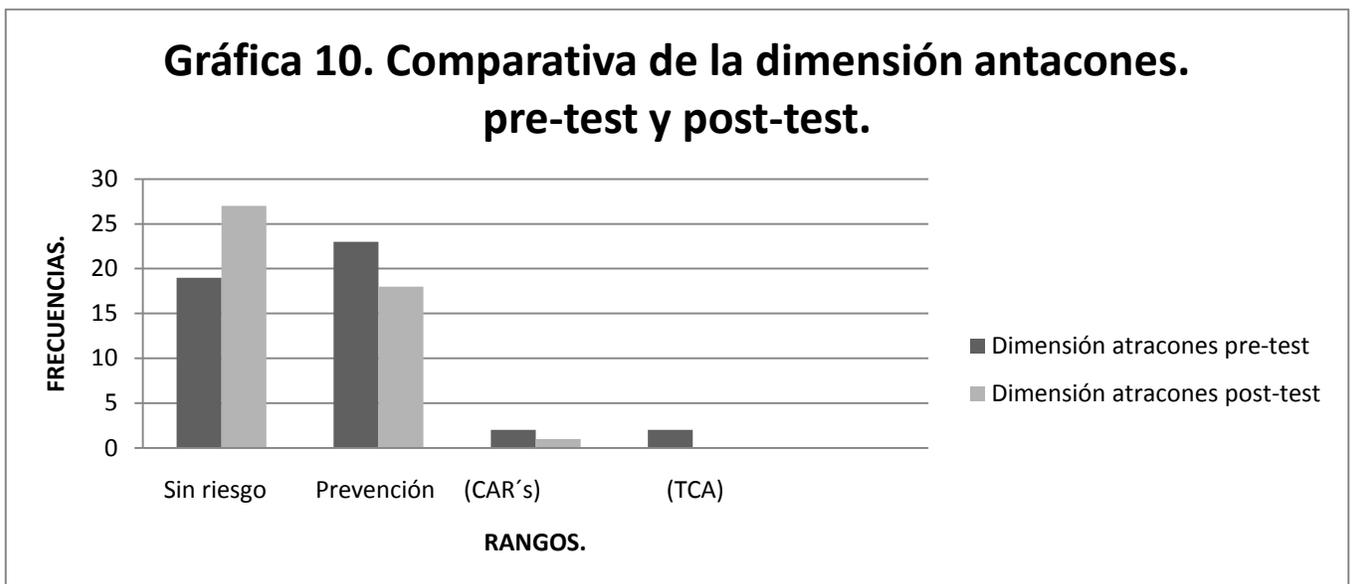


Ilustración 10. Gráfica comparativa de la dimensión atracones (pre-test y post-test), donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

EVALUACIÓN DE LOS PUNTAJES DEL PRE-TEST Y EL POST-TEST.

Tabla 4. Puntajes de la evaluación del pre-test y el post-test.

Rangos	Puntaje Pre-test. Frecuencia.	Puntaje. Post-test. Frecuencia.
Sin riesgo (0 a 10 puntos)	0	4
Prevención (11 a 20 puntos)	46	42
Conducta alimentarias de riesgo (CAR's) (21 a 30 puntos)	0	0
Trastorno de conducta alimentaria (TCA) (31 a 40 puntos)	0	0

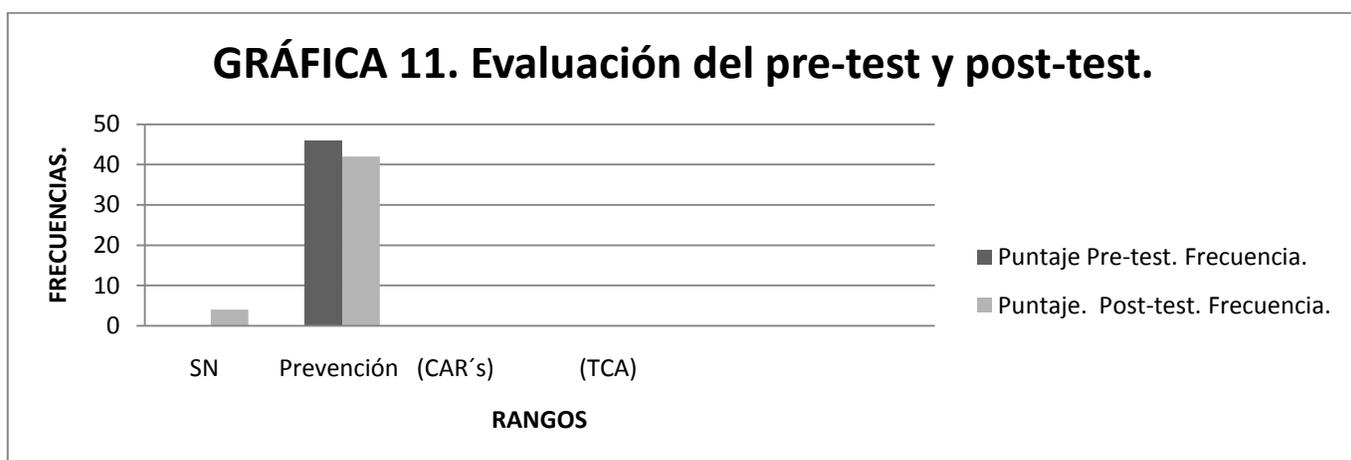


Ilustración 21. Gráfica comparativa de la evaluación del instrumento (pre-test y post-test), donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Tanto en la tabla (tabla 4), como en la gráfica (ilustración 1) se puede observar que hay una diferencia marginal entre en pre-test y el post-test.

En el pre-test los 46 alumnos y alumnas se encuentran en el rango de “prevención” y en post-test, 4 de los 46 (de los cuales 3 hombres y una mujer) pasaron al rango de “sin riesgo”.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Tabla 5.Comparación entre hombres y mujeres de los puntajes de la evaluación del pre-test y el post-test.

RANGOS.	<i>pre hombres</i>	<i>pre mujeres</i>	<i>post hombres</i>	<i>post mujeres</i>
Sin riesgo	0	0	3	1
Prevención	21	25	18	24
(CAR's)	0	0	0	0
(TCA)	0	0	0	0

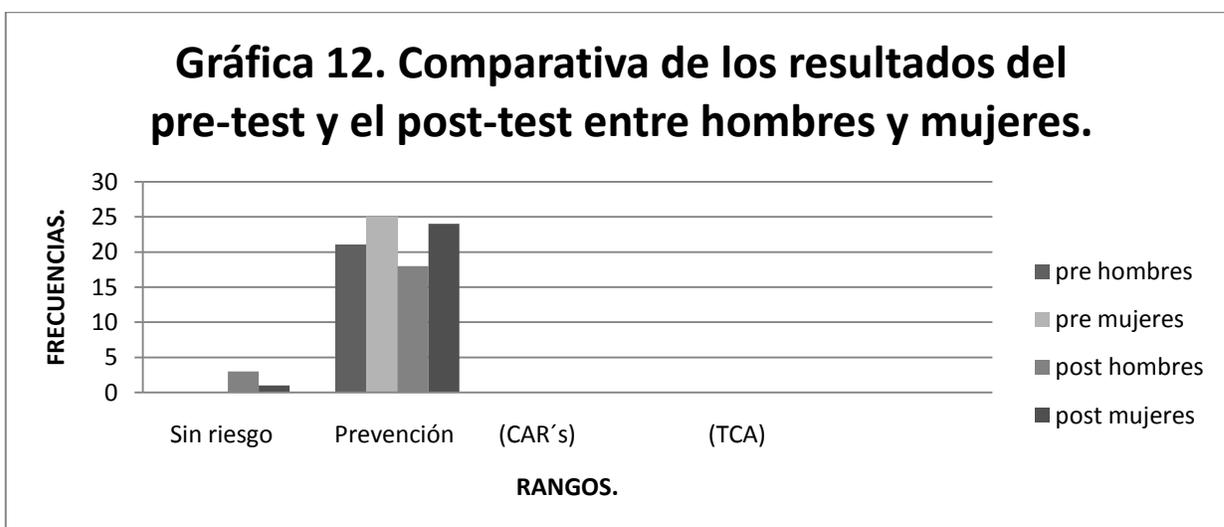


Ilustración 32. Gráfica comparativa entre hombres y mujeres, donde SN (sin riesgo), Prevención, Conductas alimentarias de riesgo (CAR's) y Trastorno de conducta alimentaria (TCA).

En la gráfica anterior muestra como fue el comportamiento de la población dividida por género. En general hubo un movimiento de 4 personas que pasar de estar en una zona de prevención a una zona sin riesgo. De estas 4 personas 3 son hombre y una es mujer.

Con lo anterior se puede inferir que hablar de CAR's es un tema de interés también para los hombres y es importante que se trabaje con ellos para aclarar dudas y que se les brinde el apoyo para que se sientan en confianza y expresen lo que sienten. El que una mujer moviera los resultados es significativa ya que implica que el taller cumplió su objetivo.

Es importante seguir trabajando con los y las adolescentes la prevención en la alimentación con el fin de lograr que cada vez más personas pasen a una zona sin riesgo y así evitar problemas a futuro.

EVALUACIÓN DEL TALLER.

Pregunta 1. Describe 5 cosas que hayas aprendido del taller.

Categorías.	Respuestas.	Frecuencia.	Interpretación.
Conductas alimentarias de riesgo y trastornos de conducta alimentaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos y laxantes. • Conductas alimenticias. • No hacer tanto ejercicio. • Dietas. • Pastillas. • Bajar de peso en exceso. • Atracones. • Nuevos trastornos alimenticios. • No vomitar. • No beber (ebriorexia). • Anorexia. • Bulimia. • No tomar agua en exceso (potomanía). 	48.95%	<p>Esta es la categoría que tiene la frecuencia más alta, lo que significa que los temas de conductas alimentarias y trastornos alimenticios causaron impacto en los jóvenes.</p> <p>Para estos temas se utilizo apoyo visual como fotografías y videos para ejemplificar cada trastorno y sus características.</p>
Nutrición y Hábitos alimenticios.	<ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas y minerales. • Control hormonal. • Salud. • Deporte. • Como alimentarse bien. • No fumar (anti-nutriente). • Cuidarnos. • Enfermedades por mala alimentación. • Del cuerpo. (alimentos y su relación con cada parte del cuerpo). 	27.27%	<p>Otro ámbito importante que se toco en el taller fue la nutrición, lo que el cuerpo necesita para funcionar bien y estar en óptimas condiciones, así como los alimentos que ayudan al cerebro a funcionar bien.</p>
Autoestima y asertividad.	<ul style="list-style-type: none"> • No importa el peso. • No discriminar por el peso. • No importa lo que piensen de ti. • Sentirme bien conmigo mismo. 	9.09%	<p>Esta categoría y en especial la mayoría de temas que mencionaron los y las alumnas fueron revisados no solo en una sesión, en todas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • No obsesionarme con el peso. • No hacer nada de lo que pueda arrepentirme. • Aprender a decir no. • Tener cuidado con lo que hago. • Como nos afectamos. 		las sesiones se hizo hincapié en la importancia de la autoaceptación, aprende a decir “no”, así como la toma de decisiones y aceptar las consecuencias de estas.
Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad. • Usar condón (sexualidad). • Cambios físicos y psicológicos. 	8.39%	Con el fin de enmarcar el tema se dio un repaso a las características de la adolescencia y sexualidad. Aunque los y las alumnas referían ya conocer estos temas.
Otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Información. • Ayudar a los demás. • La comida no lo es todo. • Todo lo mencionado. • Ayudar a quien pueda. • No drogarme. 	6.29%	En esta categoría se mencionan temas más subjetivos, ya que no se trataron en el taller como tal, como la ayuda a los demás y que la comida no lo es todo.

Gráfica 13. Pregunta 1. Describe 5 cosas que hayas aprendido del taller.

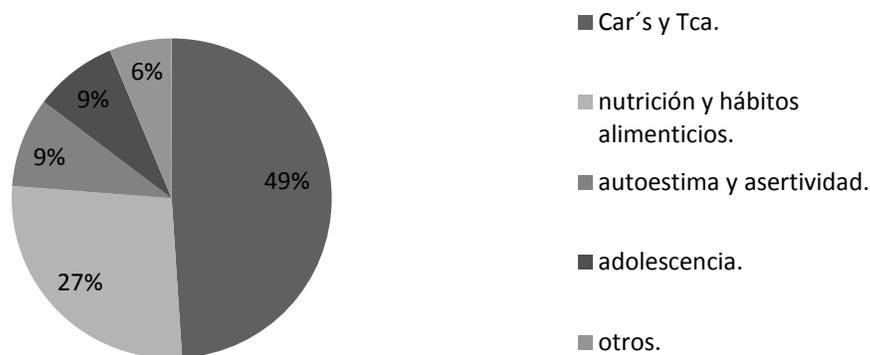


Ilustración 43. Gráfica de la pregunta 1 de la evaluación del taller.

Pregunta 2. ¿Podrías identificar en ti o en otras personas Conductas Alimentarias de Riesgo? Si ó no. Y en que te basarías para identificarlas.

Respuesta.	Tipos de respuesta.	Frecuencia.
Si	<ul style="list-style-type: none"> • En su comportamiento. • En su actitud. • Con la información que nos dieron. • Que está muy flaca /o. • Va al baño y vomita. • Cambios físicos. • Estado de ánimo. • Como y cuanto como. • Con lo visto en los videos. • Aislamiento. • Actitud. • Usa pastillas. • Tristeza. • Comportamiento. • Miedo a engordar. • Como se ve. • No comen. • Mucho ejercicio. • Sus conductas. • Toma mucha agua. 	67.3%
No		26.08%
A lo mejor.		2.1%
No contestaron nada.		4.3%

Gráfica 14. Pregunta 2. ¿Podrías identificar en ti o en otras personas CAR's? si o no. Y en que te basarías.



Ilustración 54. Gráfica de la pregunta 2 de la evaluación del taller.

Pregunta 3. ¿Qué te gustó del taller?

Categoría.	Respuestas	Frecuencia.
Información.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendimos cosas buenas. • Buena información e imágenes. • Aprender de las enfermedades, (CAR's / TCA). • Los temas. • Realidad de los temas. • Consecuencias. 	30.90%
Procesos y actividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos en equipo. • Las explicaciones. • Los videos. • Imágenes raras. • Actividades. • Interactivo. • Trabajos en cartulina. 	32.72%
Nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> • Buena alimentación. • Que hay que comer para estar sano. 	5.45%
Otras.	<ul style="list-style-type: none"> • Todo. • Nada. • Perdimos clase. • Si. • Interesante. • Completo. • Aprender a ser mejores personas. • Casi todo. 	30.90%

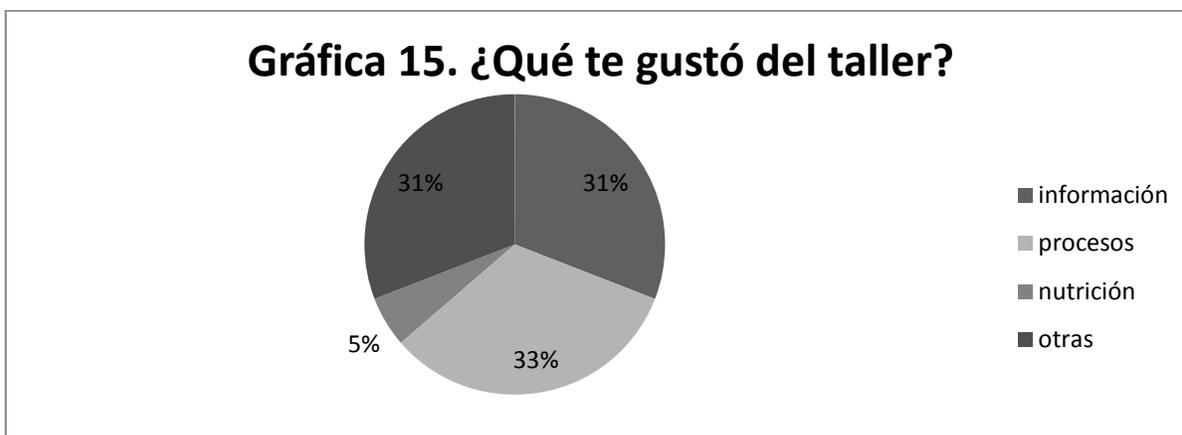


Ilustración 65. Gráfica de la pregunta 3 de la evaluación del taller.

Pregunta 4. ¿Qué no te gustó del taller?

Categoría.	Respuestas	Frecuencia.
Información.	<ul style="list-style-type: none"> • Que hablaba mucho (mucha información). • A veces no entendía (palabras). • No abarco mas temas. 	8.69%
Procesos y actividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Más imágenes en las presentaciones. • Las fotos de anoréxicas. • Más actividades. • Imágenes traumantes. • Imágenes raras. • Faltaron videos. 	28.26%
Otras.	<ul style="list-style-type: none"> • Todo me gusto. • Es un poco aburrido. • Que haya acabado. • Mis compañeros me estresaban. • No contestó. • Que duró muy poco. 	63.04%

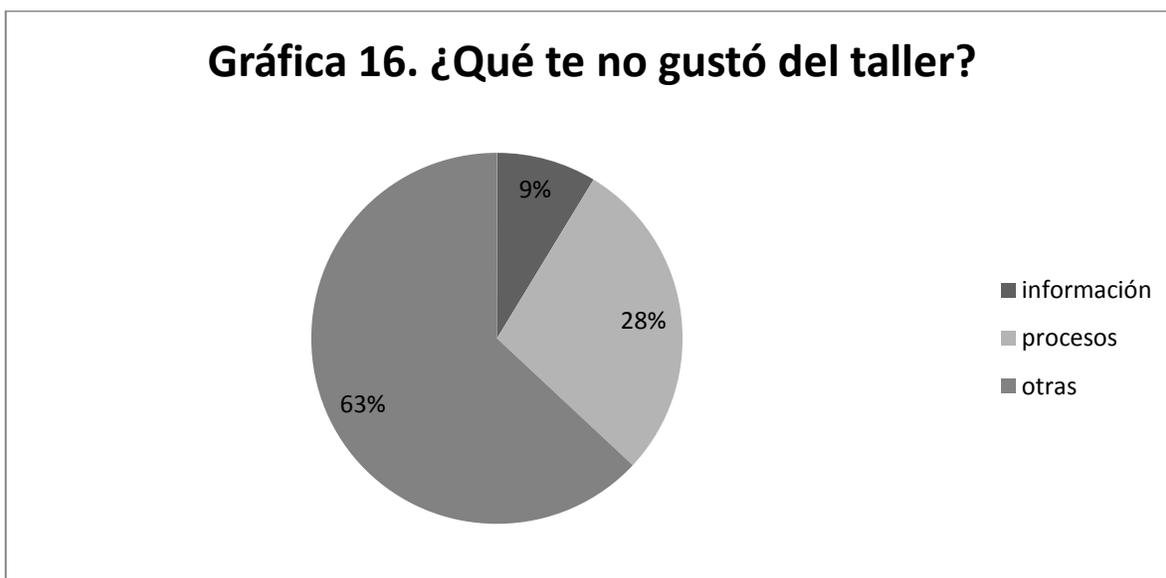


Ilustración 76. Gráfica de la pregunta 4 de la evaluación del taller.

Pregunta 5. Sugerencias.

Categoría.	Respuestas	Frecuencia.
Necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Que dure más. • Más alegre • Fácil de comprender. 	17.39%
Teórico /practico. (lo visual, las dinámicas)	<ul style="list-style-type: none"> • Más imágenes. • Más videos. • Más dinámicas. 	34.78%
Otras.	<ul style="list-style-type: none"> • Esta genial el taller. • Fue interesante. • Todo está bien. 	8.69%
No contestaron.		39.18%

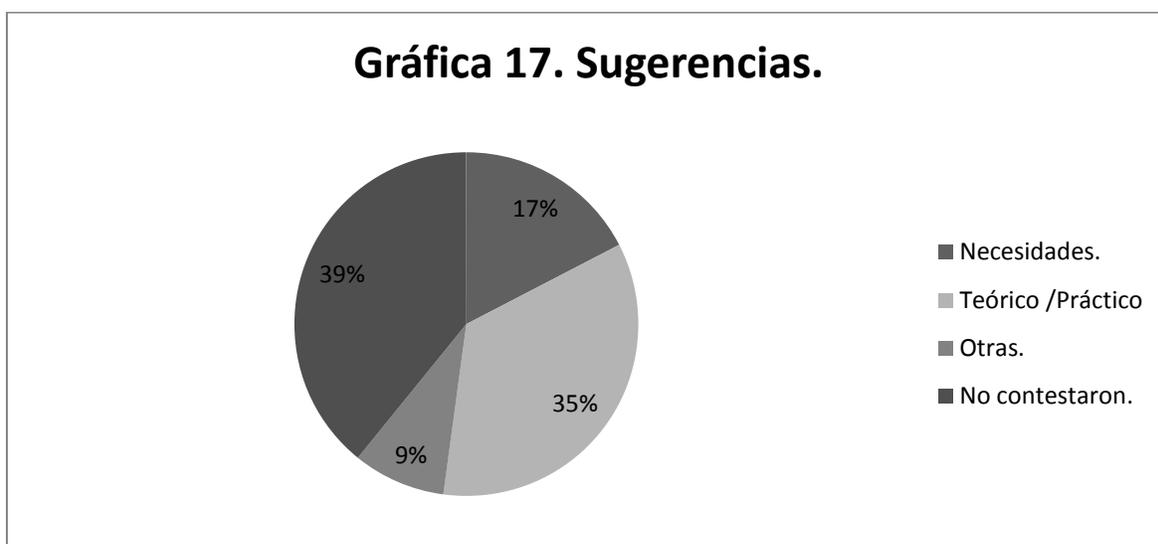


Ilustración 87. Gráfica de la pregunta 5 de la evaluación del taller.

El taller se diseñó desde la premisa “no hay mejor manera de prevenir que la información”, por lo que uno de los objetivos del taller era la creación de un espacio en el que se hablara de una serie de temas relacionados con la nutrición, conductas alimentarias de riesgo y trastornos alimenticios entre otros.

En los resultados de la evaluación del taller se puede observar el impacto de la información que se manejó, siendo de mayor interés la relacionada con trastornos alimenticios y conductas alimentarias de riesgo. Pero no hablamos de la información dada, también en la forma en la que se trabajó, se utilizaron materiales visuales como fotografías y videos para ejemplificar las características de los temas de cada sesión, por las respuestas de los y las alumnas llegué a la conclusión de que fue una buena forma de transmitir las ideas ya que los y las alumnas mostraron gusto por el material audiovisual.

Lo auditivo y lo visual son estilos de aprendizaje. Según Cazau (2001), los estilos de aprendizaje son rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirve como indicador de cómo el alumno recibe mejor la información del ambiente. Como su nombre lo dice lo visual es todo estímulo que entra al sentido de la vista y lo auditivo por el oído, al ser más interactivo y poder ejemplificar mediante sonidos e imágenes (fotografías, videos, corto y largometrajes, canciones etc.) la información, lo que lo hace atractivo y diferente a las clases que regularmente tienen en la escuela.

Los siguientes dos objetivos del taller hablan sobre conocer las consecuencias de la mala alimentación en el desarrollo del adolescente y de lograr que los y las adolescentes se responsabilicen y reconozcan sus propias conductas alimentarias, para lo cual se utilizaron los temas de nutrición y alimentación y el de toma de decisiones autoestima y asertividad.

Estrechamente ligado con una de las preguntas en la evaluación está el último objetivo, cuya intención era que mediante las herramientas dadas en el taller los y las adolescentes puedan identificar en ellos u en otras personas conductas alimentarias de riesgo. Al analizar la pregunta dos del cuestionario, el 67.3% de los y las alumnas contestaron que sí podrían identificar conductas alimentarias de riesgo, y mencionaron una serie de alertas que les ayudarían a hacerlo.

Revisando el análisis de la evaluación del taller se observa una de las peticiones de los y las alumnas es manejar más apoyo visual y realizar más dinámicas en equipo, por lo que debería ser mayor la duración del taller en horas y días de aplicación.

CONCLUSIONES.

La disciplina de la Psicología está inscrita en sector de la Salud de manera profesional ya que su objeto de estudio son las personas y su equilibrio biopsicosocial, por lo tanto, dentro del campo educativo, entendido como todo espacio posible donde se construyen aprendizajes no solo escolares sino vitales, es fundamental el papel del psicólogo educativo, ya que su preparación profesional lo capacita de manera evidente para un trabajo de intervención preventiva en diferentes áreas evolutivas y de Orientación educativa.

En el caso de este trabajo sobre “La prevención de Conductas Alimentarias de Riesgo”, su injerencia estructurante es fundamental ya que a través de una serie de intervenciones promueve el fortalecimiento de procesos psicológicos que permiten a las y los adolescentes de diversas edades, hacer uso de su autonomía al decidir mediante la reflexión, el conocimiento y la experiencia vivencial de una serie de comportamientos y conductas que puedan poner en riesgo o mejorar la calidad de vida.

En esta investigación realizada en el Colegio Brookfield Americano, los resultados arrojaron que hay una preocupación latente por parte de los y las adolescentes por engordar. Lo anterior es una señal de importancia ya que los y las pone en riesgo de incurrir en algún CAR's. El hecho de que en los resultados arrojen que no existe una mayoría de la población que este utilizando algún laxante o vomitando, no quiere decir que estén fuera de riesgo.

En el transcurso de este trabajo de investigación, desde la búsqueda de información y estadísticas, fue interesante ver como la mayoría de la información sobre TCA y/o CAR's va dirigida al sexo femenino. Por el contrario en el análisis de resultados se muestra que en una parte significativa de los varones con los que se trabajó existe preocupación por engordar, la cual manifiestan de distintas formas por ejemplo haciendo del ejercicio una parte importante de su vida diaria.

El adolescente está atravesando una serie de cambios y busca la forma de vivirlos de la mejor manera, además vive rodeado de una serie de imágenes de “perfección” que le pueden dar todo lo que el desea obtener en la vida, dinero belleza, trabajo, pareja, etc., pero también de imágenes que reprueba, que caer en ello causa temor, un ejemplo claro de esto es la obesidad. Para la sociedad una figura estética y delgada es más bonita, caso claro es el de las mujeres, que siempre han sido vistas como símbolo sexual, por lo tanto los estándares de belleza que nos

exponen son los que buscamos o lo que se toma como modelo a seguir, por lo tanto aun hoy en día la sociedad reprueba la obesidad discriminando de manera indirecta mediante una serie de comerciales de productos y las tallas en las tiendas de ropa. Los hombres hoy en día se preocupan e invierten más por su físico y salud, si esto lo ligamos con la moda de lo metrosexual, se entiende porque se preocupan por engordar y crecen las estadística de trastornos alimenticios en hombres.

Las burlas, el rechazo, no encajar en ningún grupo, son algunas de las consecuencias psicológicas de la obesidad que los y las adolescentes intentan evitar. Al estar en una constante búsqueda de aceptación, el rechazo por la apariencia física es un temor que no se quiere experimentar; por otro lado las repercusiones físicas de la obesidad también son muchas, desde dolor en las rodillas, los pies, hasta enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, la hipertensión, problemas en el aparato respiratorio, entre otras a las cuales también se les tiene temor, que no solo cambian el estilo de vida, también pueden llegar a causar la muerte.

El ejercicio forma parte de los hábitos alimenticios. En el análisis de resultados, se puede observar que los y las adolescentes consideran que ejercitarse es una opción para mantenerse en forma, pero es importante mencionar que el ejercicio también puede ser dañino si no hay experto que supervise tanto el tiempo como las rutinas ya que hoy en día también nos enfrentamos a un nuevo trastorno alimenticios La Vigorexia.

El ejercicio es importante ya que el cuerpo al tener exceso de grasa se vuelve aletargado ya que la oxigenación y circulación no se da de una manera óptima, esto también repercute en el cerebro, lo que a su vez altera directamente el desempeño escolar, como, tener sueño constante, falta de concentración y en lento aprendizaje, entre otros.

La falta de una real y verdadera cultura alimenticia y los hábitos alimenticios son una de las principales causas de los problemas de alimentación en el adolescente, los cuales están divididos en dos polos, la obesidad y los relacionados con la desnutrición como la bulimia y la anorexia. En México la cultura alimenticia es muy deficiente y no porque sea un país pobre en variedad de alimentos, la realidad es que la calle está llena de puestos ambulantes de comida, estamos invadidos de comida rápida, se tiene la creencia que por comodidad, tiempo y cuestiones económicas es más fácil comprar unos tacos o una torta que lejos de nutrir acrecentan los problemas de obesidad y las consecuencias físicas que esta trae consigo, no en si por su contenido si no por el exceso de grasa en su preparación y el acompañamiento de refresco alto en azúcar. El

taller apuesta por la importancia de conocer lo que son los hábitos alimenticios y el buen comer, no solo saber que existe una pirámide alimenticia que se ve “bonita” en la envoltura de algún alimento, es saber qué es lo que significa esa tabla y como de una manera rápida e igual de económica se puede comer sano, siguiendo un horario y saber lo importante que es no saltarse ninguna comida, o en el caso de los y las adolescentes entender por qué es importante desayunar en la mañana antes de asistir a la escuela.

La intervención con talleres presenciales nos permite por un lado trabajar con los y las adolescentes la información mediante diversas dinámicas que ayuden a que las y los alumnos reflexionen sobre el impacto de los temas dados y sus experiencias día con día, lo que ayuda a que la comprensión de los temas sea más integra y se logren los objetivos. Además de que es importante aprender a trabajar en base a los gustos y necesidades de la población, situarnos en la realidad y entender que si el objetivo es captar la atención de los y las adolescentes hay que echar mano de las herramientas con las que ellos se identifican. Hoy en día la tecnología es parte importante en la vida del adolescente, si no escucha música en un ipod, la escucha en la computadora, le gusta ver videos, los y las adolescentes de hoy son auditivos y visuales. Meter videos, fotos, y música para ejemplificar los temas nos sirven más que mil palabras.

Los y las adolescentes ya sea por la vulnerabilidad de la etapa (que no es lo mismo que incapaces o tontos), o por la constante búsqueda de identidad e identificación son consideradas personas en riesgo, riesgo de caer en una adicción, alcohol, drogas, deportes extremos, velocidad al manejar, y obviamente riesgos alimenticios.

Las conductas alimentarias de riesgo son un tema de importancia, conocer los que son así como causas y consecuencias puede prevenir consecuencias futuras. No solo es necesario trabajar con los y las adolescentes, también con las personas que conviven con ellos a diario, los padres de familia y maestros ya que son la guía de estos adolescentes. Independientemente de los cambios que se experimentan en la adolescencia, la capacidad analítica, reflexiva y pensante no se ve alterada, por lo que es necesario trabajar en romper mitos sobre temas de alimentación y trastornos y no orillar a que el internet, (en blogs que no son confiables por ejemplo la página de Ana y Mía) u otras personas cercanas no muy bien informadas resuelvan dudas. El adolescente debe de tomar conciencia de la realidad que lo rodea y en la que está inmersa, ver siempre por su bienestar y tomar decisiones a su favor, el papel de padres y maestros es confiar en ellos y abrir

espacios de comunicación en lo que se pueda hablar sin ser juzgados ni emitir juicios, donde padre y maestros aprendan de los puntos de vista de los adolescentes y viceversa.

El papel del psicólogo educativo es importante en la prevención, crear espacios donde se hable de manera abierta de temas de interés para los y las adolescentes. En los programas de salud se apuesta por la detección de enfermedades el tratamiento y la rehabilitación, sería interesante trabajar en el 1ª nivel de intervención que es la prevención, donde además de ahorrar recursos humanos y monetarios para dar soluciones, la calidad de vida sería mejor.

La aplicación de talleres presenciales creados por un psicólogo educativo, es necesaria para trabajar en información y educación para la salud, teniendo como objetivo estimular principalmente la reflexión, que los y las adolescentes cuestionen la información que se les da en relación con sus experiencias, explotando su capacidad crítica y analítica, haciéndose responsables de las decisiones que toman y que estas sean de manera asertiva. Hay que aprender a confiar en los y las adolescentes, ya que si ellos no están plenamente convencidos de la cosas aunque los maestros les expliquen y los padres de familia estén al pendiente de las conductas de sus hijos, nunca van poder evitar que se cometan errores.

El taller propuesto y llevado a cabo en el Colegio Brookfield es innovador ya que por lo general se trabaja en dar solución a los problemas existentes, enfocarnos en la “Prevención de Conductas Alimentarias de Riesgo en la Adolescencia” es trabajar con un término no muy común y por lo que es importante dar claridad a su significado e implicaciones.

Por lo tanto es necesario darle la importancia a las conductas alimentarias de riesgo como focos rojos, ya que son signos y síntomas silenciosos y empiezan a ser evidentes ya que traen consigo consecuencias graves y que en algunos casos se hace necesaria la intervención de un equipo de atención interdisciplinario (médicos, psiquiatras, nutriólogos y psicólogos).

La mejor manera de prevenir es el conocimiento y brindar información, de ahí la importancia de conocer y estar informado de causas y consecuencias para así poder tomar decisiones, las cuales pueden ser buenas o malas pero son con pleno conocimiento del tema, es básico confiar en que las y los adolescentes pueden hacer uso de la información para su auto cuidado vital, ya que están explorando nuevas interpretaciones de la vida, manejando nuevos conceptos evolucionando cognitiva, emocional, biológica y socialmente pero también es necesarios que los adultos

involucrados en su educación formal e informal conozcan sobre este tema que en la actualidad demanda, exige ser tomado en cuenta absolutamente por toda la sociedad y sus instituciones.

Por lo tanto finalizo este apartado de conclusiones diciendo que:

- ❖ El psicólogo educativo tiene injerencia en temas de prevención en salud.
- ❖ Mediante la creación de talleres el Psicólogo Educativo puede trabajar temas de nutrición.
- ❖ Los y las adolescentes no poseen información acerca de CAR's.
- ❖ Es posible abordar temas que se consideran delicados con los y las adolescentes por medio de estrategias grupales.
- ❖ En necesario trabajar con los y las adolescentes temas de prevención.
- ❖ Es importante saber que tanto hombres como mujeres manifiestan preocupación por engordar por lo que ambos están en riesgo de caer en alguna de las CAR's.
- ❖ Los Trastornos de Conducta Alimentaria se han convertido en un problema grave en la adolescencia que requiere atención del sector salud y de grupos multidisciplinarios.
- ❖ El y la adolescente puede reflexionar sobre su propia etapa evolutiva y vincular situaciones de riesgo para toma de decisiones asertivas.
- ❖ En la adolescencia es factible construir la autonomía vinculada con la construcción del conocimiento sobre los riesgos posibles que la implican como CAR's.

SUGERENCIAS.

Se sugiere que las sesiones del taller sean más largas mínimo de una hora y media, con el fin de obtener mejores resultados y se puedan abordar los temas de forma detallada.

Se sugiere que el taller se imparta de entrada con todos los grupos al principio de año y después con todos los primeros que entren año con año.

Se sugiere que para poder trabajar con cada uno de los y las alumnas y así todos sean escuchados y tomados en cuenta, además de realizar todas las actividades correctamente, los grupos sean de máximo 25 personas.

Se sugiere enriquecer el taller, incluyen pláticas con especialistas como nutriólogos o psiquiatras, sobre algunos de los temas que se abordan en este.

Considero que la sugerencia más importante es lograr que los adultos que rodean a los y las adolescentes, (familiares y maestros), vuelvan a confiar en son capaces de tomar decisiones que afecten de manera directa su desarrollo integral. Es importante trabajar constantemente con los y las adolescentes para que aprendan a cuidarse.

Las conductas alimentarias de riesgo son un tema importante y de interés en la sociedad y más aun en la adolescencia. Es necesario que padres y maestros estén informados acerca del tema, para poder resolver dudas, brindar orientación y saber cómo resolver problemas y a quién acudir.

Se sugiere adaptar el taller para que sea impartido a padres y madres de familia así como al personal docente.

Es importante trabajar con los y las adolescentes programas donde se traten temas como la evolución del adolescente, el adolescente como sujeto en riesgo, trastornos y enfermedades, con el fin de crear espacios de acompañamiento, información, reflexión, análisis y crítica en donde el principal objetivo sea el crecimiento y desarrollo integral del sujeto.

Brindar información que previamente se haya recaudado en fuentes confiables con el fin de terminar con los mitos que rodean al adolescente, evitando así el morbo y los tabúes al hablar de ciertos temas (sexualidad, enfermedades, alimentación).

LIMITACIONES.

En mi opinión la principal limitación del este trabajo fue su propio tema. Al ser las Conductas Alimentarias de Riesgo un término prácticamente nuevo y poco usado, encontrar información fue un tanto complejo, aunque buscando bien se encuentran en internet estudios sobre el tema en México y en otros países.

Fue difícil encontrar una escuela en la que me permitieran entrar a aplicar el taller, ya que al explicarles el tema hacían comentario como que era un tema delicado, que tenían que avisar a los padres, etc.

Ya que se encontró la escuela, otra dificultad fue el manejo de los temas, una condición que puso la escuela para permitirme entrar a trabajar con los y las alumnas fue que ellos tenían que revisar una semana antes las presentaciones que se iban exponer, con el fin de revisar que el lenguaje, los temas y las imágenes fueran adecuados y la otra era que se adecuaban las sesiones a 45 minutos máximos 50 minutos que es lo que dura una clase. Gracias al apoyo técnico en la escuela no se tuvieron problemas ni de espacio para trabajar ni de equipo (computadora y cañón).

EXPERIENCIA PROFESIONAL.

La experiencia al trabajar con adolescentes un tema que en lo personal considero de suma importancia me pareció muy interesante y de mucho aprendizaje profesional y personal.

Elegir el tema de la tesis fue sencillo ya que está basado en una experiencia personal, además al estar buscando los temas, construyendo el taller y buscando las actividades que se incluirían, siempre surgía la pregunta, ¿Qué me hubiera gustado a mi escuchar cuando yo estaba en la secundaria?, aunque sé que las necesidades cambian con el tiempo y persona a persona, estoy segura que hay situaciones confusiones y sentimientos que no cambian.

Aunado al gusto por el tema, al realizar mi servicio social en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, me di cuenta de lo común que son los trastornos alimenticios en adolescentes, además que dentro del hospital hay un programa de psiquiatría comunitaria donde el principal fin es la prevención en salud mental. De ahí entendí la importancia de los programas que se crean para informar a la comunidad con el fin de prevenir consecuencias futuras.

En lo personal la realización de esta investigación me sirvió para darme cuenta que muchas veces la información encontrada dista de la realidad, por ejemplo al buscar estadísticas e información para hablar cuestiones de género y trastornos, me enfrente con el obstáculo de que la información es poca y se enfoca a las mujeres y los trastornos, pero al paso del taller comprobé que los hombre se está tan preocupados por el peso como las mujeres, lo que ayudo a romper ciertas creencias en mi persona.

Estar frente a un grupo no es fácil, menos si son 46 adolescentes que ven el espacio del taller como oportunidad de “perder clase”. Fue difícil al principio sentirme una experta, tratar de contestar las dudas sobre el tema y si no sabía algo reconocer que desconocía el tema pero investigarlo para la semana que seguía. Sentirme una figura de autoridad y hacer que en escucharan tampoco fue sencillo, para mi sorpresa conocí aspectos en mi persona que no sabía que existían, al final del taller logre impartirlo satisfactoriamente, logre que hablaran conmigo, que opinaran (cosa que no sucedió las dos primeras sesiones) y se sintieran en confianza conmigo y yo con ellos y con lo que estaba haciendo, en lo personal eso fue un gran logro y estoy muy satisfecha.

Como todo proceso en el que hay aciertos y fallas no faltaron días más difícil que otros, aunque considero que la clave siempre estuvo en que en verdad el tema de mi trabajo me apasiona. Es triste ver como las escuelas no le dan la importancia debida a la prevención de problemas no solo alimenticios, en general problemas característicos de la adolescencia y por los que mínimo uno de alumnos presentan. También es triste ver como aun hoy en día hay tantos mitos y tabúes alrededor de temas como la sexualidad, embarazos, enfermedades, adicciones, y en este caso trastornos alimenticios que nos impiden hablar abiertamente de la realidad.

Por último y como en todas las cosas hay partes buenas y partes malas pero en lo personal esta tesis me enseñó muchas cosas, y sé que también dejó un aprendizaje en los alumnos con los que se trabajó, así que no puedo estar más que agradecida con la oportunidad que me dieron de aplicar mi taller y poder ver el impacto que causó.

REFERENCIAS.

1. Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. [En línea]. Consultado: [29, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=ENVMNZgyxQIC&pg=PA65&dq=imagen+corporal+en+la+adolescencia&hl=es&ei=8SLjTN7bN4n6sAOMztFm&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0OCDEQ6AEwAg#v=onepage&q=imagen%20corporal%20en%20la%20adolescencia&f=false

2. Ayela, M. (2002). Adolescentes: Trastornos de Alimentación. [En línea]. Consultado: [15, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=e3SXamHXHHcC&pg=PA9&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=bQXnTIGyElupngeZ_fGHDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDcQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false

3. Barrón, M. (2005). Adolescencia, Educación y Salud: Inequidad sociocultural, Riesgo y Resiliencia. [En línea]. Consultado: [23, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=klW7B2sQDdMC&pg=PA64&dq=conductas+alimentarias+d+riesgo&hl=es&ei=D0DsTMyeBYaisQOLnaCSDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CE4Q6AEwCA#v=onepage&q&f=false

4. Bonsignore, A. (s.f.). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (T.A.N.E.) o síndromes intermedios. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2010] Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7oN_1m5Lhh4J:www.iabonline.com.ar/nuevo/trastornos_bonsignore.pdf+trastornos+de+conducta+alimentaria+no+especificados&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEEShbWLup76GwnQ49xcUEditSdVfRSwmUw3vrNAXCge20PArcf1NtWoSuEFeykR43bqGTFRXXnfcFfJ6fmI0jWGzHJL-QI5fR-ARExcdx3dlYwqv9Z5uepi4SIc2XXASy-m84MR&sig=AHIEtbT0-kZ9E5_O-jWzZ6Yw0XP8VQ_Rg

5. Cgb. (2008, Octubre, 29). Afecta vigorexia a hombre jóvenes, según IMSS. El Universal. [En línea], Español. Disponible:

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/551165.html>. [19, noviembre, 2010]

6. Chinchilla, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona, España. Masson, S.A.

7. Coleman, J. y Hendry, L. (2003). Psicología de la adolescencia. [En línea]. Consultado: [29, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=94Od90KAzNYC&pg=PA31&dq=libros+sobre+adolescencia+y+el+desarrollo+fisico&hl=es&ei=xQrKTMjNEJKosAPEyO3RDg&sa=X&oi=book_result&ct=book_thumbnail&resnum=1&ved=0CC8Q6wEwAA#v=onepage&q&f=false

8. Contreras, J. y García, M. (2005). Alimentación y cultura. Perspectivas Antropológicas. [En línea]. Consultado: [18, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=1misZQrhOQIC&printsec=frontcover&dq=alimentacion&hl=es&ei=5gfnTJzJJ- jsnQeO2NTUDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CFMQ6AEwBg#v=onepage&q=alimentacion&f=false

9. Delval, J. (2008). El desarrollo humano. [En línea]. Consultado: [29, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=WCr6oxkZP- EC&pg=PA544&dq=libros+sobre+adolescencia&hl=es&ei=YgrKTPTCGoa6sQPvz8TWDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDwQ6AEwAw#v=onepage&q&f=false

10. Dolto, F. (2004). La causa de los adolescentes. México D.F. Editorial Paidós Mexicana, S.A.

11. Freud, S. (2003). Sigmund Freud, Obras Completas VII; ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey con la colaboración de Ana Freud; fragmento de análisis de un caso de histeria (dora), tres ensayos sobre la teoría sexual y otras obras (1901-1905). Argentina. Amorrortu Editores.

12. Gayó, R. (1999). Perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein. Apsique. Consultado: [05 de octubre del 2011] Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/PersKlepp>

13. Graziano, L. (s.f.). Neurotransmisores y alimentación. Asociación Educar, Monografías Neuroeducación. Consultado: [17, noviembre, 2010] Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ggFjHkbgH0YJ:www.asociacioneducar.com/monografias/graziano.pdf+alimentacion+y+los+neurotransmisores&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESj3Fpw4ICjADO5Sj34B6hM3GR7b57QYbe8Y77wWISSUbyDPSeTq545GQK0Rc6FRjduKGh4GXwzgvJ7ugbRonkeAKYunwxcyVPIGegHJom_XVWtTsgHZhOwIPT9rjIVMUnk1eUw-&sig=AHIEtbQya9HFLGnfu4lbcFsUR73FUm1-gA

14. Haro, J. (s.f.). Investigación evaluativa. Aplicaciones en intervenciones sociales y de salud pública. Consultado: [05 de agosto del 2011].

15. Hernández, M. y Sastre, A. (1999). Tratado de nutrición. [En línea]. Consultado: [18, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=SQLNJOsZClwC&pg=PA837&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=vljsTOSxA430swOA77nJDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

16. Holford, P. (2005). Nutrición óptima para la mente; La medicina nutricional y ortomolecular aplicada a la salud y el equilibrio mentales. [En línea]. Consultado: [16, noviembre, 2010] Disponible en:

<http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=tmlJC3yNJugC&oi=fnd&pg=PA7&dq=la+nutricion+y+los+neurotransmisores.&ots=8AFhtciDvo&sig=1KmCOBKlkYhFcRlxVp9Njc-MGNY#v=onepage&q&f=false>

17. Holford, P. y Colson, D. (2008). Nutrición Óptima para la mente del niño. [En línea]. Consultado: [16, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=dIOkf8lcnioC&pg=PA160&dq=la+nutricion+y+los+neurotransmisores.&hl=es&ei=8yv0TKixE5CssAPy5cCmCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7&ved=0CEoQ6AEwBg#v=onepage&q&f=false

18. Holford, P. y Lawson, S. (2008). Nutrición Óptima; Guía fácil. [En línea]. Consultado: [16, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=u_fkwdB1D4UC&pg=PA116&dq=la+nutricion+y+los+neurotransmisores.&hl=es&ei=cY30TKDwCISosAPdq63LCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDMQ6AEwAjgK#v=onepage&q&f=false

19. Ietza Bojórquez-Chapela, I., Mendoza-Flores, M., Tolentino, M., Morales, R. y De-Regil, L. (2010, marzo 08). Las conductas alimentarias de riesgo no se asocian con deficiencias de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva de la ciudad de México. Archivos Latinoamericanos de Nutrición (ALAN). Volumen 60 No. 1. Consultado el 10, octubre, 2010 Disponible en: <http://alanrevista.org/ediciones/2010-1/art9.asp>

20. Krauskopf, D. (2007). Adolescencia y educación. [En línea]. Consultado: [27, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=mqjTAdT4HVOC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Dina+Krauskopf%22&hl=es&ei=MSbjTMPoC4f4sAOKkdFm&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CCkQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false

21. Kaufer, M., Alcázar, I. y Rojas, R. (2007). Asuntos de mucho peso. Un libro sobre aciertos y errores en la alimentación. México D.F. Editorial Serpentina S.A. de C.V.

22. Marín, Z. (2008). Elementos de nutrición humana. [En línea]. Consultado: [15, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=txKXD0mWGhoC&pg=PA187&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=aQbnTL3QOZnhnQfa183pDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q&f=false

23. McGuigan, F. (2003). Psicología experimental. Enfoque metodológico. México D.F. Editorial Trillas S.A. de C.V.

24. Neumark-Sztainer, D. (2008). Nutrición para Adolescentes, Guía practica. Cómo prevenir la obesidad y los trastornos alimentarios en los adolescentes. [En línea]. Consultado: [15, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=6hlbvcCrUBMC&pg=PA290&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=eQbnTJndBYSinge21b32DA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEYQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false

25. Papalia, D. Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). Desarrollo Humano, (9ª Ed.). México DF. Mc Graw Hill.

26. Ramos, J. (2008, Noviembre, 14). Padecen 200 mil mujeres trastornos alimenticios: UNAM. El Universal. [En línea], Español. Consultado : [19, noviembre, 2010] Disponible:

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/555596.html>.

27. Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). Atención al Adolescente. [En línea]. Consultado: [17, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA132&dq=consecuencias+de+la+mala+alimentaci%C3%B3n+en+el+desarrollo+del+los+y+las+adolescentes.&hl=es&ei=bunuTNPTLZCosQP50PjSCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=8&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=consecuencias%20de%20la%20mala%20alimentaci%C3%B3n%20en%20el%20desarrollo%20del%20los%20y%20las%20adolescentes.&f=false

28. Requejo, A. y Ortega, R. (2006). Nutriguía, Manual de nutrición clínica en atención primaria. [En línea]. Consultado: [17, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=x2CII3457MsC&pg=PA41&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=UgbnTLLLKsjcngel3bXIDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEEQ6AEwBA#v=onepage&q&f=false

29. Requejo, A. y Ortega, R. (2009). Nutrición en la adolescencia y juventud. [En línea]. Consultado: [15, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=I5dlJpAhIRUC&pg=PA11&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=fwTnTPvqLM7bngpepnMTyDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=alimentacion%20en%20la%20adolescencia&f=false

30. Rice, F. (1997). Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. [En línea]. Consultado: [28, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=ZnHbCKUCtSUC&printsec=frontcover&dq=Desarrollo+humano:+estudio+del+ciclo+vital&hl=es&ei=xer2TOnGOIGesQQ22vitCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

31. Rodríguez, B., Oudhof, H., González-Arratia, N., Unikel-Santoncini, C. y Becerril, M. (s.f.). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. Revista Científica Electrónica de Psicología. ICSa-UAEH. No. 6. Consultado el 10, octubre, 2010 Disponible en:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:G-dwt49u_IJ:dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/11_-_No._6.pdf+cuales+son+las+conductas+alimentarias+de+riesgo&hl=es&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEEsgHf5whdR-H16mj6mOMVzO5_qvEDxQ2Q4J5DIMgvXA5SidlklA2bcA5Vhgg-wEoPGtW-xb4ixOA3jf1-IQ_2KMBaayQGygS63MUUJzaVuc9lldkCXjij2GqJrATuHIOVS458aD&sig=AHIEtbRcMQSzfKfqYBfsV00R55175N8keQ

32. Rodríguez-Santos, F., Aranceta, J. y Serra, Ll. (2008). Psicología y Nutrición. [En línea]. Consultado: [16, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=wQeGnfOH64MC&oi=fnd&pg=PA17&dq=la+nutricion+y+los+neurotransmisores.&ots=hKh0aop5Th&sig=J_Ok0rAe9MLioiHvY_6Q9Zh2M3o#v=onepage&q&f=false

33. Rodríguez V. y Simón, E. (2008). Bases de la alimentación humana. [En línea]. Consultado: [18, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=c_f5eJ77PnwC&pg=PR20&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=wQfnTKupDODtnQe87ribDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFQQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false

34. Salas-Salvado, J., Bonda A., Trallero, R., Saló M. y Burgos, R. (2008), Nutrición y dietética clínica. [En línea]. Consultado: [16, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=RCVE3ThHIEwC&pg=PA128&dq=alimentacion+en+la+adolescencia&hl=es&ei=pAbnTLrtH42XnweZ3qHZDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CFgQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false

35. Serra, Ll. y Aranceta, J. (2006). Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. [En línea]. Consultado: [18, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=LVk80_G_QegC&pg=PA305&dq=requerimientos+nutricionales+en+la+adolescencia&hl=es&ei=t17sTLM EJYrEsAPDy92RDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=requerimientos%20nutricionales%20en%20la%20adolescencia&f=false

36. Stern, C. (2008). Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. [En línea]. Consultado: [28, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=9EyTiM6SKPoC&pg=PA81&dq=adolescencia+concepto&hl=es&ei=R_vRTNW1A4e-sAOgs9j5Cg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEMQ6AEwBQ#v=onepage&q=adolescencia%20concepto&f=false

37. Unikel, Villatoro, Ameth, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández (2000), Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Revista de investigación clínica.52 (2). Consultado el 20 de noviembre, 2010. En: http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=2017&id_seccion=6&id_ejemplar=238&id_revista=2

38. Vasta, R., Haith, M. y Millar, S. (2008). Psicología infantil. [En línea]. Consultado: [17, noviembre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=q4vdL2PMHScC&pg=PA219&dq=consecuencias+de+la+mala+alimentaci%C3%B3n+en+el+desarrollo+fisico+en+la+adolescencia&hl=es&ei=rj1TM-7G5DksQORweyDw&sa=X&oi=book_result&ct=book_thumbnail&resnum=1&ved=0CCgQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false

39. Vital, J. (2001). Curso nutrición y adolescencia. Programa de actualización académica para profesores de enseñanza media superior. México D.F. UNAM, Facultad de medicina.

40. Zudaire, M. (2009), Drunkorexia y diabulimia, nuevos desórdenes alimentarios. Eroski consumer. Consultado el 21 de noviembre, 2010. En: <http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/tendencias/2009/02/19/183508.php>

41. Zurro, A. y Cano, J. (2003). Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. [En línea]. Consultado: [27, octubre, 2010] Disponible en:

http://books.google.com.mx/books?id=yya5lzouA5EC&pg=RA1-PA1612&dq=etapas+de+la+adolescencia&hl=es&ei=UODZTM_BAY-msQPypqS6Bw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwADgK#v=onepage&q=etapas%20de%20la%20adolescencia&f=false

A N E X O S

ANEXO A.

Nombre: _____ Edad: _____

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

Instrucciones: Este cuestionario es para conocer tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios.

Lee cada pregunta y señala con una X el numero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

Nunca o casi nunca.	A veces.	Con frecuencia (dos veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)
1	2	3	4

		1	2	3	4
CR1	Me ha preocupado engordar.				
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
CR3	Podría perder el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
CR4	Vomitaría después de comer para tratar de bajar de peso.				
CR5	Haría ayunos (dejar de comer por 12 horas o más).				
CR6	Haría dietas extremas para tratar de bajar de peso.				
CR7	Haría ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso.				
CR8	Usaría pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR9	Tomaría diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR10	Tomaría laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				

ANEXO B.

EVALUACIÓN DEL TALLER “ADOLESCENCIA: PREVINIENDO RIESGOS ALIMENTICIOS”.

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas.

Describe 5 cosas que hayas aprendido en el taller.

¿Podrías identificar en ti o en otras personas Conductas Alimentarias de Riesgo? Si ó no. Y en que te basarías para identificarlas.

¿Qué te gustó del taller?

¿Qué no te gustó del taller?

Sugerencias

ANEXO C.

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER: ADOLESCENCIA: PREVINIENDO RIESGOS ALIMENTICIOS.

No. de sesión: 1 Tema: Presentación del taller y aplicación del instrumento.

Objetivo: Informar al grupo acerca de la temática e intención del taller.

Tiempo/ duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
20 minutos.			
10 minutos.	Presentación del taller: Tema. Objetivos. Forma de trabajo. Duración.	Exposición.	
10 minutos.	Aplicación de instrumento.	Resolver cuestionario.	Cuestionario (Anexo A) impreso y lápiz.

No. de sesión: 2 Tema: Adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes identifiquen los diferentes cambios que surgen en la adolescencia.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
45 minutos 25 minutos. 20 minutos.	Concepto. Cambios: <ul style="list-style-type: none">- Físicos.- Psicológicos.- Sociales.- Emocionales.	Exposición. Collage. En equipos, realizar un collage donde Se plasmen mediante imágenes, los Distintos cambios en la Adolescencia.	Presentación Power Point. Revistas, pegamento, tijeras, cartulina, plumones.

No. de sesión: 3 Tema: Sexualidad.

Objetivo: Que los alumnos y las alumnas conozcan el papel que juega la sexualidad en el desarrollo del adolescente.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
<p>45 minutos.</p> <p>20 minutos.</p>		<p>Palabras Claves.</p> <p>I. Con todos los participantes o por grupo, se le pide a cada uno que (en forma escrita y hablada) sintetice o resuma lo que piensa sobre el tema (sexualidad) que se trata, pero deberá utilizar solamente una sola palabra y pasarla a escribir en un rotafolio.</p> <p>II. Luego se realiza una breve reflexión en torno a lo que cada palabra significa para cada uno de los participantes, para dar paso a la exposición del tema.</p>	
<p>25 minutos.</p>	<p>Concepto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La importancia de la sexualidad en la adolescencia. - Diferencia entre sexo y sexualidad. - Las relaciones interpersonales. 	<p>Exposición</p>	<p>Presentación Power Point.</p>

No. de sesión: 5 Tema: Autoestima, Asertividad y Toma de decisiones en la adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes analicen la importancia de la autoestima y la asertividad en la toma de decisiones durante la etapa de la adolescencia.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
45 minutos.			
25 minutos.	Autoestima: - Concepto. - Características. Asertividad: - Concepto. - Características.	Exposición	Presentación Power Point.
20 minutos.	Toma de decisiones: - Concepto - Características.	¿Qué tan asertivo soy? El objetivo es revisar en la propia vida experiencias de asertividad, agresividad y de no asertividad. Se leerán una serie de casos donde los alumnos y las alumnas identifiquen si se actuó de manera asertiva, agresiva, o no asertiva. Así como que identifiquen como actúan ellos y ellas cotidianamente.	Un salón de clases, bien iluminado y acondicionado para que los participantes puedan estar cómodos.

No. de sesión: 6 Tema: Alimentación y nutrición, en la adolescencia.

Objetivo: Que los y las adolescentes analicen el contenido de los alimentos que comen día con día, y conozcan la diferencia entre alimentación y nutrición.

Tiempo/ duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
45 minutos. 20 minutos.		Dividir el grupo en parejas, y repartirles una envoltura de un producto que comúnmente comen, (papas, gansitos, chocolates, galletas, etc.). Pedirles que analicen la tabla nutricional que viene al reverso y lo apunten en una hoja. Al terminar se abrirá el dialogo en todo el grupo donde deberán mencionar que encontraron, si entienden esta información y si con leerlo saben que es lo que están comiendo.	Envolturas de diferentes tipos de comida. Papel y lápiz.
25 minutos.	Concepto de alimentación. Concepto de nutrición. Tabla nutricional.	Exposición.	Presentación Power Point.

No. de sesión: 7 Tema: Importancia de la alimentación en la adolescencia.

Objetivo: Que las alumnas y los alumnos analicen la importancia de la alimentación, así como las repercusiones que esta tiene en el desarrollo integral del adolescente.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
45 minutos	Necesidades nutricionales de las y los adolescentes. Cambios en la adolescencia y su relación con la alimentación. - Físicos. - Psicosociales. - Cognitivos.	Exposición.	Presentación Power Point.
30 minutos.			
15 minutos.			
		En equipos, realizar en un rotafolio el dibujo de una silueta humana, sobre ella marcar la función de los nutrimentos más importantes en diferentes partes del cuerpo, (exposición) y compartir con el grupo porque se cree que los nutrimentos elegidos son los más importantes en la adolescencia.	Hojas de rotafolio y plumones de colores.

No. de sesión: 8 Tema: Hábitos Alimenticios y ejercicio.

Objetivo: Que los y las adolescentes conozcan cuáles son los requerimientos de una dieta balanceada y los hábitos alimenticios, así como la importancia del ejercicio para prevenir enfermedades crónicas.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
<p>45 minutos</p> <p>20 minutos.</p> <p>25 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimenticios. - Dieta Balanceada. - Ejercicio - Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación. 	<p>Exposición</p> <p>Comemos rico / comemos sano.</p> <p>Dinámica en la que mediante tarjetas de diferentes colores se analizaran tres alimentos base de la dieta de cada persona con el fin de hacer consiente el contenido de la dieta y los hábitos alimenticios.</p>	<p>Presentación Power Point.</p> <p>Rueda (ruleta de cartón) y tarjetas de 4 colores diferentes</p>

No. de sesión: 9 Tema: Trastornos Alimenticios.

Objetivo: que los alumnos y las alumnas conozcan que son los trastornos alimenticios y analicen sus consecuencias en el desarrollo de los y las adolescentes.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
<p>45 Minutos.</p> <p>20 minutos.</p> <p>25 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición. - Características. - Consecuencias; <ul style="list-style-type: none"> - Físicos. - Psicosociales. - Cognitivos. <p>De cada uno de los Trastornos alimenticios. Diferenciar los TCA y las CAR.</p>	<p>Exposición.</p> <p>Apojo con imágenes. Se pasara un video de una bulímica y una anoréxica para que observen el comportamiento de las personas que padecen dichos trastornos.</p>	<p>Presentación Power Point.</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=Axr5bUdzmwA</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=MeSCVOC7rNA</p>

No. de sesión: 10 Tema: Conductas Alimentarias de Riesgo.

Objetivo: Que los y las adolescentes identifiquen cuáles son las conductas alimentarias de riesgo y porque en esta etapa son vulnerables a caer en alguna de ellas.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
45 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Definición. - Características. - Consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> - Físicos. - Psicosociales. - Cognitivos. 	Exposición	Presentación Power Point. Computadora, cañón y videos: http://www.youtube.com/watch?v=9TC1oT0-E8w http://www.youtube.com/watch?v=zIFAoRU1veo http://www.youtube.com/watch?v=HBx8CaCtolc
20 minutos.			
25 minutos.			

No. de sesión: 11 Tema: Prevención y Tratamiento de las Conductas Alimentarias de Riesgo.

Objetivo: Que los alumnos y las alumnas analicen y reconozcan la importancia de prevenir y/o detectar a tiempo conductas alimentarias de riesgo en ellos y ellas mismos, o en personas cercanas.

Que los y las adolescentes conozcan los nuevos trastornos de la conducta alimentaria y las opciones de tratamiento que existen.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
50 minutos. 20 minutos. 20 minutos.	-Prevención de las Conductas Alimentarias de Riesgo y nuevos trastornos alimenticios. -Tratamiento.	Exposición Lotería. Se armará una lotería con conceptos vistos en todo el taller. Se forman 8 equipos y se les repartirá una tabla y frijoles. Se harán preguntas cuyas respuestas están ejemplificadas en una dibujo, si saben al respuesta y la tienen en su tablero ponen un frijol, gana el que llene todas las casillas.	Presentación Power Point. Tableros, tarjetas con preguntas y frijolitos.
10 minutos.		Aplicar la escala perteneciente al Post-test y la evaluación del taller.	Cuestionarios (Anexo A y B) impresos y lápices.

No. de sesión: 12 Tema: Devolución de los resultados del taller.

Objetivo: Abrir el dialogo al grupo en general para que los alumnos den sugerencias con respecto al taller.

Tiempo / duración.	Contenidos.	Actividad.	Material.
20. minutos	Resultados del taller.	Dar los resultados de las evaluaciones, así como escuchar y resolver las dudas de los alumnos y escuchar las sugerencias que los alumnos hagan con respecto al taller.	Reportes de devolución de resultados (Anexos D y E).

ANEXO D.

México D.F. a ___ de ___ del 2011.

Asunto: Devolución de resultados del Programa de intervención.

Taller: Adolescencia. Previniendo riesgos alimenticios.

Colegio Brookfield Americano.

Por medio de la presente quiero agradecer de antemano la oportunidad que se me brindó para trabajar con los alumnos de 1ª de secundaria, así como quiero hacer de su conocimiento los resultados que se obtuvieron al término de dicho taller donde se retomaron temas como; la adolescencia, alimentación y nutrición, Trastornos Alimenticios y Conductas Alimentarias de Riesgo.

El principal objetivo del taller era informar sobre lo que son las Conductas Alimentarias de Riesgo con el fin de prevenir consecuencias a futuro.

Se aplicó un taller teórico-práctico de 12 sesiones, divididas de la siguiente forma; en la primera se aplicó el Pre-test, 10 sesiones de trabajo de 45 min cada una y en la última se realizó la devolución de los resultados.

Los resultados fueron los siguientes.

Al inicio del taller los 46 alumnos y alumnas con los que se trabajó se encontraron dentro del nivel de "prevención" de los 4 niveles con los que se calificó el Pre-test y el Post-test. Al término del taller 4 de esos 46 alumnos y alumnas se encontraron dentro del nivel "sin riesgo".

Entre las Conductas Alimentaria de Riesgo que presentaron mayor prevalencia se encontraron:

- 1) La preocupación por engordar.
- 2) Hacer ejercicio con el fin de perder peso.
- 3) Los atracones de comida.
- 4) Las dietas para bajar de peso.

En cada una de las sesiones del taller siempre se buscó que los y las adolescentes fueran seres reflexivos, analíticos y críticos, que relacionaran lo visto en las sesiones con situaciones propias.

Con el fin de lograr captar la atención de los y las alumnas se expusieron fotos y videos que ejemplificaran los temas que se estaban tratando.

Hay que tomar en cuenta que la adolescencia es una etapa de grandes cambios por lo que se vuelve una edad vulnerable en la que los y las adolescentes están en riesgo constante. Aunado a esto los medios de comunicación y la mercadotecnia de las tiendas de ropa y productos para bajar de peso nos invaden con la imagen de la figura perfecta. Por lo que es importante que maestros y padres de familia estén informados acerca de temas como conductas alimentarias de riesgo y trastornos de conducta alimentaria para poder hacer frente a los problemas que presenten los y las jóvenes así como saber a dónde canalizarlos.

Independientemente de lo confusa que es esta etapa los y las adolescentes son seres inteligentes capaces de tomar decisiones por lo que necesitan estar informados sobre temas de su interés y que esta información se les de de manera abierta y fidedigna, por lo que es importante romper con los mitos y tabúes que envuelven la etapa de la adolescencia.

Se sugiere que se aplique este taller al inicio del curso escolar a todos los grupos y a todos los nuevos grupos de primero que se formen año con año.

En conclusión considero que el taller que se aplicó cumplió el objetivo de informar a los y las adolescentes acerca de las Conductas Alimentarias de Riesgo y cómo prevenirlas. Es importante trabajar con los y las adolescentes mediante talleres que favorezcan en ellos y ellas la reflexión, y el análisis en la toma de decisiones para que esta sea de la manera más asertiva posible.

ANEXO E.

México D.F. a ___ de ___ del 2011.

Asunto: Devolución de resultados del Programa de intervención.

Taller: Adolescencia. Previniendo riesgos alimenticios.

1º de Secundaria del Colegio Brookfield Americano.

Por medio de la presente quiero agradecer de antemano la oportunidad que se me brindo para trabajar con los alumnos de 1ª de secundaria, así como quiero hacer de su conocimiento los resultados que se obtuvieron al termino de dicho taller donde se retomaron temas como; la adolescencia, alimentación y nutrición, Trastornos Alimenticios y Conductas Alimentarias de Riesgo.

El principal objetivo del taller era informar sobre lo que son las Conductas Alimentarias de Riesgo con el fin de prevenir consecuencias a futuro.

Se aplicó un taller teórico-práctico de 12 sesiones, divididas de la siguiente forma; en la primera se aplicó el Pre-test, 10 sesiones de trabajo de 45 min cada una y en la última se realizó la devolución de los resultados.

Los resultados fueron los siguientes.

Al inicio del taller los 46 alumnos y alumnas con los que se trabajó se encontraron dentro del nivel de “prevención” de los 4 niveles con los que se calificó el Pre-test y el Post-test. Al término del taller 4 de esos 46 alumnos y alumnas se encontraron dentro del nivel “sin riesgo”.

Entre las Conductas Alimentaria de Riesgo que presentaron mayor prevalencia se encontraron:

- 1) La preocupación por engordar.
- 2) Hacer ejercicio con el fin de perder peso.
- 3) Los atracones de comida.
- 4) Las dietas para bajar de peso.

En el transcurso del taller se trabajaron aspectos importantes para el desarrollo del adolescente, es de mi agrado informar que el taller cumplió su objetivo de manera satisfactoria.

El taller se enfocó principalmente en brindar información sobre temas como la adolescencia alimentación y trastornos alimenticios, se buscó reforzar los conocimientos previos de grupo y trabajarlos en las actividades que se realizaron.

La autoestima, la toma de decisiones y la asertividad fueron temas importantes que se vieron en un sesión de taller donde se trabajó la relación que tienen la autoestima y la asertividad para tomas decisiones, se habló de las burlas en el salón de clase y un punto importante fue el afán de las personas por compararse con los demás, por lo que es importante trabajar en fortalecer la autoestima y acercarse a padres y maestros para que ayuden a lograr este fin.

Fue de interesante trabajar la alimentación desde el uno de vista de que alimento sirve para que parte del cuerpo, tema que se reforzó al analizar las tablas nutricionales de ciertos alimentos que se comen cotidianamente y así recapacitar que es lo que comemos día con día y que dañino o no es para nuestro cuerpo.

Los temas de Trastornos alimenticos y Conductas Alimentarias de Riesgo se trabajaron con videos que impactaron al ver como es el comportamiento de una persona con anorexia, considero fue la mejor manera de ejemplificar lo expuesto, y ver que es algo real y que mata mucha gente.

En general creo que se creó un espacio de información donde mediante actividades se aprendieron cosas nuevas.

Es importante ahora aplicar lo aprendido y entender que los adultos no son enemigos, son personas a las que se pueden acercar para que los orienten y se mas fácil atravesar por la confusa etapa que atraviesan, la adolescencia.