
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

CICLO DE COFERENCIAS PARA INFORMAR Y PREVENIR LOS
TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD
EN LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN PEDAGOGÍA

PRESENTAN:

MIGUEL ANGEL LOPEZ PEÑA
ANA ISABEL MOTA LUNA

ASESORA:

MTRA. SILVIA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2017

Introducción.....	4
Capítulo 1. Educación para la Salud	8
1.1 Educación: orígenes etimológicos.....	8
1.2 Definición de educación.	9
1.3 Salud: etimología y desarrollo conceptual.....	11
1.3 Antecedentes históricos de la salud.....	12
1.4 Concepto de educación para la salud.....	14
1.6 ¿Qué es la educación para la salud?.....	15
1.7 Objetivo y función de la educación para la salud.....	17
Capítulo 2. Trastornos de la Alimentación (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad y Sobrepeso).....	20
2.1 Trastornos Alimenticios.....	20
2.2 Anorexia nerviosa.	22
2.2.1 Tipos de anorexia nerviosa.....	23
2.2.2 Características de la anorexia nerviosa.....	24
2.3 La bulimia nerviosa.	26
2.3.1 Tipos de bulimia.....	27
2.3.2 Características de la bulimia nerviosa.....	28
2.4 Sobrepeso y obesidad.	30
Capítulo 3. Trabajo de campo.....	37
3.1 Instrumento.....	37
3.1.1 ¿Qué es la prueba Eating Attitudes Test (EAT-26)? su objetivo y características.....	37
3. 1. 2 Algunas investigaciones recientes sobre Trastornos de la Conducta Alimenticia.....	38
3.2 Escenario.....	41
3.2.1 Universidad Pedagógica Nacional: creación, misión, visión y objetivos.....	41
3.3.2 Población.....	44
3.4 Análisis y discusión de los datos de la aplicación de la escala Eat-26.....	45
Capítulo 4. Propuesta de un ciclo de conferencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria.....	66

4.1 ¿Qué es un ciclo de conferencias?	66
4.1 Primera Conferencia	68
4.2 Segunda conferencia	72
4.3 Tercera conferencia	77
Conclusiones.....	80
Bibliografía	82
ANEXO 1.....	87

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y en específico refiriéndonos a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad, siguen siendo uno de los problemas sociales que aquejan a la población mexicana. Son muchos los factores que han generado su rápida expansión; sin embargo, los medios de comunicación a través de sus constantes campañas publicitarias en televisión, internet, revistas, redes sociales, periódicos, anuncios, son una de las principales causas. Es importante destacar que estos trastornos no diferencian en sexo, edad, nivel socio-económico, nivel educativo, condición física, entre otros, la población que los padece puede mostrar grandes diferencias en cuanto a los aspectos antes mencionados.

Los TCA no forman parte de algún desorden actual de la época, ya que existen antecedentes desde siglos atrás; sin embargo, en el presente siguen aumentando y siendo cada vez más evidentes los casos vigentes. Estos desajustes alimenticios afectan a millones de personas en todo el mundo, provocando desnutrición o aumento excesivo de peso, que en cualquiera de estos casos puede causar la muerte de las personas.

La población que llega a padecer alguno de estos trastornos frecuentemente inicia con pequeñas alteraciones alimenticias, las cuales aumentarán según el desarrollo del trastorno, es evidente que estas personas no reflexionan ante las consecuencias que esto les traerá. Por otro lado, es preciso mencionar que estos desajustes regularmente coinciden con otras enfermedades como: la depresión, el abuso de sustancias o algún otro tipo de trastorno.

Usualmente las personas que padecen alguno de los TCA no consideran por sí solas que estas irregularidades alimenticias son acciones nocivas para su salud; no obstante, esta idea es totalmente errónea al ignorar los efectos que este comportamiento traerá en contra de su organismo, dejando secuelas que pudiesen ser irremediables. Al ser estos trastornos de difícil medición es probable que estas conductas puedan identificarse cuando las personas ya cuentan con una excesiva pérdida o incremento de peso.

De ahí que la principal consecuencia de la anorexia nerviosa es la pérdida voluntaria de peso, provocada por el deseo de perder peso debido al miedo a la gordura, se genera una imagen distorsionada del cuerpo y la anemia, inclusive en el caso de las mujeres se suspende el ciclo menstrual.

Mientras que con la Bulimia nerviosa sucede lo contrario a la anorexia, puesto que en este caso se produce una ingestión voraz y compulsiva de alimentos, estas personas suelen comer en secreto y posteriormente se auto provocan el vómito, no saben identificar cuándo tienen apetito o cuando están saciadas.

En cuanto al sobrepeso y a la obesidad, se trata de una enfermedad crónica tratable y se produce cuando existe un exceso de producción de un tejido adiposo en el cuerpo, considerado como grasa. Esta desestabilización en el organismo se agrava en muy poco tiempo y genera otras patologías como: la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares, entre otras.

Por ello, es importante destacar que todos estos trastornos se pueden prevenir en la población, si ésta cuenta con la información necesaria, oportuna y correcta. Estas acciones preventivas pueden empezar a desarrollarse por medio de la educación de las personas pudiendo concientizarse de hábitos alimenticios en pro de la salud.

Por ello consideramos que la educación para la salud es la herramienta primordial para la contribución de la conservación, el mejoramiento y bienestar de la salud de los individuos, es de ahí que emerge una gran importancia para la promoción de la salud y sobre todo para la prevención de enfermedades.

Consideramos que los trastornos de la alimentación pueden ser prevenidos eficazmente si se aportan los elementos necesarios, que generen la concientización de los individuos en pro de su salud y la de los demás, ya que a pesar de que estos trastornos se padecen de manera individual, generan también consecuencias en el entorno social, cultural y familiar, por lo tanto, son trastornos multicausales.

Buscando realizar una intervención de manera profesional, oportuna y eficaz el objetivo general de esta investigación fue diseñar un ciclo de conferencias dirigido

a los jóvenes universitarios para que puedan ser informados y prevenidos ante los trastornos de la conducta alimenticia, buscando generar una actitud consciente de cuidado, respeto y conservación de su cuerpo, también se busca que éstos sean orientados en cuanto a los Centros de Ayuda, a los cuales pudiesen acudir en caso de requerirlo.

De esta manera la investigación quedo conformada por tres capítulos:

En el primero se retoman algunas consideraciones etimológicas, conceptualizaciones y antecedentes de la educación, con la intención de aproximarnos lo más posible al concepto de Educación para la salud, su objetivo y función.

En el segundo capítulo se describen los trastornos alimenticios descritos, retomando las conclusiones específicas de cada uno, así como los síntomas presentados por los individuos que los padecen y las consecuencias que estos producen.

El instrumento, el escenario, la población y el análisis de los datos están considerados en el capítulo tres, en donde especificamos cuál fue nuestro campo de estudio, el cual se encuentra situado en la Universidad Pedagógica Nacional-Ajusco (UPN), el número de muestra y por supuesto el instrumento de aplicación que utilizamos, el cual consistió en la prueba Eating Attitudes Test (EAT-26). El EAT-26 lo aplicamos a una muestra poblacional de estudiantes de la UPN (sin distinción alguna), los resultados y el análisis realizado son el sustento para consolidar una propuesta basada en un Ciclo de Conferencias para la prevención de los TCA.

Dicha propuesta constituye el cuarto capítulo en donde se describen las conferencias y la conclusión a la que se llegó con este estudio.

Finalmente al saber que el fomento de los buenos hábitos alimenticios, así como la falta de información para la prevención de los TCA son de vital importancia para que los alumnos que aún se encuentran realizando sus estudios superiores, no formen parte de los números arrojados por las estadísticas realizadas en los últimos tiempos, con este estudio se busca generar una actitud de conciencia, para que la

comunidad universitaria cuide, respete y proteja su cuerpo de acciones que van en contra de un goce pleno de salud.

Capítulo 1. Educación para la Salud

La educación para la salud contribuye a la conservación, el mejoramiento y bienestar de la salud de los individuos, se le asigna una gran importancia para la promoción de la salud y sobre todo para la prevención de enfermedades. A continuación, se describen los orígenes etimológicos, tanto del término educación como el de salud, posteriormente se retoman las aportaciones conceptuales de algunos autores, así también se realiza una aproximación a los antecedentes históricos tanto de la educación como de la salud, posteriormente se incluye el objetivo y la función que tiene la Educación para la salud.

En cada uno de los apartados se busca identificar el origen de las terminologías, la evolución de cada uno por medio de sus antecedentes, para así poder definir a la Educación para la Salud de una manera coherente, siendo específicos en las metas que ésta persigue y la manera en que pretende cumplirlas.

1.1 Educación: orígenes etimológicos.

Para poder darle sentido al significado de la educación, se ha debido contemplar que existen dos explicaciones de índole etimológico, por un lado nos encontramos con el vocablo educere, según Perea (2004) se refiere a la promoción, conducción y tutelaje del desarrollo, crecimiento y desenvolvimiento de la personalidad a partir de un monitor exterior, por lo tanto esta concepción del término genera un proceso de autodesarrollo, construcción y creación de la propia personalidad, el sujeto en formación es el generador de su propio desarrollo de manera libre.

Es a partir del termino educere que se deriva el vocablo educare, el cual según Barba (2002) tiene como significado hacer salir, extraer y dar a luz, esta concepción se enfoca más en promover el desarrollo interior del educando, es decir, se centra en lo intelectual y de alguna manera en lo cultural, por lo tanto, busca desarrollar el

intelecto y el conocimiento a partir de las potencialidades cognitivas propias del educando.

Retomando las dos interpretaciones que muestran la naturaleza del significado de Educación, podemos mencionar que ambas concepciones se complementan; puesto que mientras el término Educere considera que el sujeto es quien debe generar su propio conocimiento y que el tutor sólo tiene la tarea de encaminar su autodesarrollo, la expresión Educare pretende que el sujeto sea capaz de lograr un desenvolvimiento, aplicación y práctica de todo aquel conocimiento que se encuentra inactivo, pero presente.

1.2 Definición de educación.

El término de educación es muy complejo y podría decirse que resulta difícil de definir, ya que se trata de un concepto ambiguo, confuso y en algunos casos inexacto y es que este término contiene una variedad de connotaciones, lo cual lleva a darle un significado a partir de la perspectiva y el contexto en el que se realiza dicha concepción.

Con la intención de dejar claro el planteamiento del término Educación, a continuación, se exponen algunas concepciones realizadas por los autores que han trabajado y realizado aportaciones en este tema:

Para Platón, la educación es entre otras cosas, el arte de volver los ojos del alma a la luz, por lo tanto “la educación sería el arte de volver este órgano del alma del modo más fácil y eficaz en que puede ser vuelto, más no como si le infundiera la vista, puesto que yo la puse, sino, en caso de que se le haya girado incorrectamente y no mire donde debe, posibilitando la corrección” (Escalera, 2011, p. 54).

Jonh Dewey (2004, p.74) menciona que la educación “es aquella reconstrucción o reorganización de la experiencia que da sentido a la experiencia y que aumenta la capacidad para dirigir el curso de la experiencia subsiguiente”

Durkheim (1922) señaló que “la educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquéllas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social” (p.15).

La educación es un proceso de formación, ahora bien “éste no se lleva a cabo sin la influencia del/os otro/s y del entorno en que se vive. La educación debe promoverse desde fuera para lograr ese desarrollo perfecto” (García, Ruiz, García, 2009, p.35).

Ahora bien, según la definición del Diccionario de Psicología y Pedagogía, la educación es la “actividad orientada intencionalmente para promover el desenvolvimiento de la persona humana y de su integración en la sociedad” (2004, p. 44)

Retomando a Roing (2006, p.415) “podemos decir que el término educación es un proceso de <autoproducción-creación y de recepción-asimilación>, el sujeto se educa tomando como herramienta de apoyo el entorno en el que se desenvuelve.

Las definiciones descritas anteriormente, son el fruto de las investigaciones realizadas por los teóricos interesados en el tema de la educación, así de esta manera se hace posible conceptualizar a la educación e identificar los factores que forman parte de su desarrollo y las funciones a realizar. Es preciso mencionar que cada una de estas contribuciones es muy diferente entre sí, debido primordialmente a la generalidad del término.

Retomando a Porras (2010, p.106) podemos mencionar que “la educación es el desarrollo integral del alumnado” las aportaciones realizadas por los autores anteriores al término educación que trata de un proceso de enseñanza-aprendizaje holística, esta transformación que se genera en el individuo se encuentra sustentada en su formación, dicho desarrollo se verá reflejado de manera integral tanto físicamente como emocionalmente, afectivamente, socialmente, religiosamente, intelectualmente, etc.

1.3 Salud: etimología y desarrollo conceptual.

A lo largo de los años, el ser humano se ha enfrentado a conceptualizar diferentes y variados vocablos; sin embargo, se debe considerar que la forma más acertada de darle sentido a algo es de manera etimológica, puesto que se parte del origen y naturaleza del concepto, según Perea (2004) “el termino de salud proviene del latín *salus-utis* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (p.11).

El término <salud> ha evolucionado a la par del desarrollo de la medicina y es evidente que esta modificación se ha venido dando con el transcurso del tiempo, además es un término que no puede definirse de manera simple y fácil; ya que este concepto está ligado al de enfermedad, siendo éste último la parte opuesta y situándose al otro extremo de nuestro primer concepto. Lograr una definición exacta de la salud, pero sobre todo especificar el límite entre estar saludable o estar enfermo sigue siendo muy complejo, ya que las definiciones de estos últimos términos se encontrarán sustentados en la transformación que se esté realizando en el momento por parte de la ciencia, pero sobre todo en la visión que los individuos tienen acerca de la enfermedad.

Ahora bien, la salud al igual que la educación resulta un derecho básico de los humanos y como tal se debe de contar y gozar con dicho derecho. Al ser un factor fundamental para el bienestar óptimo en la vida de las personas, éste ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014 DF, www.int/es/,2014).

Hasta ahora la definición más aceptada es la propuesta de la OMS, la cual es totalmente positiva e indispensable en la persona. También cabe mencionar que no sólo se trata de una relación con factores de tipo físico o biológico, sino que esta concepción dimensiona aspectos psicológicos y sociales. El concepto de salud se sustenta desde la perspectiva que se está retomando, el tiempo y el espacio, es decir, puede ser visto desde una visión de tipo clínico, ecológico, social, educativo,

a partir de una organización o de una institución como lo es la Secretaría de Salud (SS) en México.

Para Vargas (2004, p. 68) desde el punto de vista clínico, “la salud es el goce pleno y armonioso de todas las facultades”, mientras que el concepto a partir del ámbito ecológico sería “hay salud cuando la interrelación del agente, el huésped y el ambiente está en equilibrio. Si el equilibrio se rompe por alteración en cualquiera de los elementos de la triada ecológica, se produce el estímulo que inicia la enfermedad”.

Para Calvo (1992, p.20) la salud es un “proceso dinámico que tiene que ver con lo variable, lo adaptativo y lo normal”, la autora considera a la salud como algo inestable puesto que busca nutrirse del entorno logrando una adaptación para cada caso sin salirse de las normas. Al definir el término de salud este puede estar íntimamente ligado al momento histórico en que se determinan las condiciones sociales, ambientales, físicas y psicológicas, ya que no es un concepto estático y por lo tanto va cambiando constantemente. En consecuencia, la salud no sólo es una cuestión individual, sino que se trata de un deber compuesto de distintos factores.

Por su parte los autores Gavidia y Rodes (2000) mencionan que “no vivimos para tener salud, sino que tenemos salud para vivir mejor, con más intensidad” (p.37), por ello es necesario que el ser humano busque su adaptación al entorno y logre una transformación que mejore su condición de vida. Finalmente son varias las ideas y los juicios emitidos en relación a la salud, extrayéndose de cada una de estas una aportación más para la mejora de dicha conceptualización.

1.3 Antecedentes históricos de la salud.

La percepción del concepto de salud y sus prácticas han cambiado desde la antigüedad hasta la actualidad, a continuación, podremos identificar el desarrollo de esta acción por medio de las diferentes etapas históricas de la humanidad.

A) Edad antigua. Desde esta época los habitantes ya contaban con un grado de conciencia sanitaria, sin embargo no era suficiente como para que se tuviese un bienestar pleno, algunas de las acciones que favorecían la salud de los habitantes era la recolección de agua potable, evitaban estar en contacto directo con materias fecales, se sabe que las primeras civilizaciones le ponían cierto grado de atención a la higiene, principalmente hacia el cuerpo, como seguimiento de esta acción realizaban una limpieza personal constante.

B) Edad media. En este periodo aún no se contaba con las medidas sanitarias necesarias, por el contrario, es en esta fase de la historia cuando se desarrollan epidemias causadas principalmente por la movilización migratoria que se dio por las distintas guerras, las circunstancias insalubres estuvieron muy lejos de ser erradicadas. Por otro lado, se desarrolló un pensamiento dirigido hacia los demonios, brujas, dioses, culpando a estos seres mágicos de cualquier situación ocasionada en cuanto a sanidad se trataba, pasando a ser parte de un segundo plano los cuidados físicos. Las personas durante este momento histórico solían bañarse muy poco, acostumbraban utilizar prendas en mal estado, los alimentos descompuestos, tanto por excrementos, como las aguas sucias eran arrojadas y desechadas por las ventanas de las viviendas (Gavidia y Rodes., 2000, pp. 57-59), fue muy difícil el despertar científico ante la ignorancia de las civilizaciones.

C) Edad moderna. Durante esta fase histórica surge el descubrimiento de vacunas basadas en métodos científicos. En cuanto a la salud pública, ésta estuvo justificada en “el método epidemiológico, la práctica administrativa, la decisión política y el compromiso con el bienestar de toda la sociedad” (Rodríguez, 2002, p.88).

D) Edad contemporánea. Surge un enfoque de salud de tipo individual, así como actividades para la prevención de enfermedades y el tratamiento de grupos poblacionales. Se enfrentan problemas de “desarrollo infantil, alimentación, nutrición, higiene personal, salud mental, accidentes, drogas y alcoholismo” (Gómez, 2007, p, 12), se puso énfasis en transmitir información masiva por medio de materiales educativos y campañas de salud, entre otros.

E) Siglo XXI. En la actualidad la evolución del desarrollo acelerado tanto de la tecnología como de la medicina, ha logrado que se atiendan grupos sociales, que exista una integración al sistema de salud, así como una atención con un alto nivel científico.

Por lo tanto, una vez que ya contamos con las referencias históricas de la evolución, importancia y la práctica de acciones para el fomento de la salud, es posible considerar cuáles son las aportaciones realizadas para la construcción de una definición clara y acertada para dicho término.

1.4 Concepto de educación para la salud.

Existen una serie de definiciones que responden al término Educación para la Salud (EpS), todas ellas con un objetivo y características propias, en conceptualización puede estar basada desde la perspectiva y el fin que se pretenda alcanzar. En cuanto a los diferentes términos relacionados, podría decirse que educación y salud son dos acciones que se encuentran íntimamente ligadas porque ambas comparten un objetivo en común, ya que el desarrollo del ser humano proporciona las condiciones y los elementos necesarios para que éste evolucione satisfactoriamente.

Con respecto a esto, la OMS (www.who.int/es/, 2014) menciona que “la educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano”. Al buscar ambas acciones un mismo fin, se pretende lograr desarrollar un potencial óptimo en el individuo y es por esto que una se apoya de la otra y viceversa.

En la obra de García y cols. (2006, p. 411) se menciona que hay dos periodos de evolución en el concepto de la Educación para la salud, estos son:

1) -El primero se refiere al periodo clásico que llega hasta la década de los 70's, este concepto se encuentra enfocado en los factores internos del individuo y

tenía como objetivo adoptar conductas o hábitos a través de actividades de educación, las cuales estarán totalmente relacionadas con su salud.

2) -El segundo periodo refiere al que inicia a mediados de la década de los 70's y está vigente actualmente, para este caso se menciona que las acciones dirigidas al individuo con el modelo anterior habían sido poco eficaces, por lo que los factores externos (económico, ambiental, social) forman parte de los objetivos principales de la Educación para la Salud.

Al considerarse los factores externos para la concepción de la EpS no sólo será el individuo el que deberá generar la conducta o hábitos necesarios por medio de la educación, sino que será la educación quien deberá tomar en cuenta el ambiente que rodea al individuo, para que la aportación que se haga de la EpS sea la adecuada.

Martínez, Costa y López, (1996) comparten la definición de EpS diciendo que ésta es “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y a hacer difíciles las prácticas de riesgo” (p.29), en esta definición ya se muestra la importancia que tiene la adquisición de un conocimiento planeado con un objetivo determinado, el cual se refiere a producir en el educando un cambio en los factores internos como hábitos y prácticas en relación a la salud, para que, ésta se vea reflejada en un nivel óptimo de salud.

1.6 ¿Qué es la educación para la salud?

Al estar la educación y la salud íntimamente ligadas y agruparse en una educación para la salud, ambas comparten un objetivo en común, así durante el desarrollo del ser humano se proporcionan las condiciones y los elementos necesarios para que éste evolucione satisfactoriamente. Alrededor de la EpS también se han generado diferentes definiciones, la mayoría de éstas llegan al fin común de toda acción educativa que conlleva un proceso de enseñanza-aprendizaje, basado en

experiencias que ayudan a los sujetos inmersos en este proceso a actuar de manera positiva en su propia salud.

La EpS surgió con la intención de cubrir las necesidades que sean resultado de la evolución y desarrollo de la sociedad, tomando como herramienta primordial a la educación, también se busca que a través de ésta se mejoren las condiciones de vida de los individuos. Vale la pena decir, que a pesar de que actualmente se cuenta con una educación para la salud, no significa que se esté en busca de la inmortalidad de las personas, sino que éstas sean quienes aumenten la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Villa, Ruiz y Ferrer (www.saludextremadura.com,2006) mencionan que “la EpS aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud”, y es que la intervención que la EpS tendrá permitirá generar conductas óptimas a favor de la salud, ya sea desde una acción común como lo es la transmisión de información hasta lograr la reflexión de la misma generando una participación de quienes integran el proceso educativo (educandos y educadores).

Por otra parte, desde hace muchos años la educación ha sido una práctica que en distintos casos y según Durkheim (1989, p.32) ha pasado de generaciones adultas a otras más jóvenes, algo muy similar ha ocurrido con lo referente al tema de la salud, los conocimientos y las prácticas se han diferenciado de una generación a otra: sin embargo, se han seguido tomando en cuenta los consejos y recomendaciones que en algún momento de la historia se llevaron a cabo por otras generaciones.

El término de Educación para la Salud realmente tiene poco tiempo y éste surge por la preocupación de fomentar y prevenir acciones que generaban el incremento descontrolado del desarrollo de enfermedades que pudiesen evitarse, es a partir de ahí que uno de los principales fines de esta educación es lograr la reflexión y concientización en relación a las enfermedades, hábitos y estilos de vida.

Es hasta principios del presente siglo que se empieza a integrar el término en el ámbito público y es que la Secretaría de Salud (www.salud.gob.mx, 2014) define la terminología como el “proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva”. Actualmente la EpS es utilizada como una herramienta que busca promover el comportamiento, las actitudes y los conocimientos necesarios para fomentar buenos hábitos de salud.

1.7 Objetivo y función de la educación para la salud.

En este apartado se busca identificar los objetivos primordiales en los que se acentúa la Educación para la Salud, así como sus funciones; es preciso realizar una breve especificación para dejar claro de qué estamos hablando, al referirnos a los objetivos de la EpS, queremos exponer las metas o finalidades que tiene esta rama de la educación, por otro lado, en cuanto a la función pretendemos explicar el quehacer de esta modalidad. Los objetivos de la educación para la salud son muy numerosos, puesto que cada uno pone énfasis en aspectos diferentes entre sí, por ello a continuación se expondrán algunas concepciones importantes.

Según Vargas (2004, p.10), “la meta de la educación para la salud es conducir a los estudiantes a que piensen, sientan y actúen con inteligencia en asuntos relacionados con la salud y las enfermedades, que eviten acciones que sean dañinas y se formen hábitos y cambien actitudes y comportamientos por otros más beneficios para su salud”, con la aportación de este autor se busca que el propósito de la EpS sea el de generar en el estudiante una responsabilidad en relación a la salud, pero no sólo de manera individual, sino que también se genere una forma de concientización con la población que forma parte de su entorno, de esta manera se podrá implementar una calidad de vida satisfactoria.

Para Perea (2004, p.16), la principal finalidad de la EpS es la “mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación”, es entonces cuando la EpS más que referirse a una opción más de la educación, forma parte de un proceso dinámico e interdisciplinar en el que intervienen distintos factores que lograrán una alteración en los estilos de vida de las personas.

Por lo que se refiere a la Ley General de Salud ésta indica en su Artículo 112 (www.promocion.salud.gob.mx, 2014) que la EpS busca lograr los siguientes objetivos:

I.- Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.

II.-Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.

III.- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Dentro de ese marco, la EpS tiene como destino final:

A) Conseguir que la sociedad valore su salud y la de los demás, evitando acciones riesgosas o que atenten contra su bienestar.

B) Ofrecer los conocimientos necesarios para que el individuo tenga la capacidad de resolver problemáticas relacionadas con la salud.

C) Tener la intención de generar comportamientos saludables en el individuo.

D) Promover la utilización de instrumentos, medios y la práctica de acciones que favorezcan la salud en la sociedad.

Se considera que las funciones de la Educación para la Salud van de la mano con los objetivos de la misma, a continuación, se presentan algunas aportaciones realizadas por distintos autores en relación con el quehacer de la EpS.

Para Perea (2004, p. 16) la EpS tiene una “función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales, los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables”. Mientras que para Acosta y López (1996, p. 20) la EpS tiene “la ocupación de promover a menudo no tanto la elección de conductas, sino más bien la elección de entornos para vivir mejor”.

Es así que se considera que la labor de la Educación para la Salud es buscar la mejora de la salud humana, desarrollando actitudes y comportamientos positivos que establecen los estilos de vida saludables. Partiendo del planteamiento anterior la EpS responderá a las necesidades de salud, se forjará una actitud preventiva sustentada en la toma de decisiones conscientes, responsables y coherentes en cuanto al fomento de la salud. Finalmente, estas fueron algunas de las principales metas de la EpS, por otro lado, es necesario retomar que la salud no se trata de algo individual, sino que, al ser una responsabilidad de índole social, es necesaria una participación, reflexión y concientización de los miembros involucrados en el proceso educativo.

Capítulo 2. Trastornos de la Alimentación (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad y Sobrepeso).

2.1 Trastornos Alimenticios.

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en la dieta diaria, una de estas alteraciones es comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona con esta enfermedad puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se quedó fuera de control.

Los trastornos de la alimentación, generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Los más comunes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, obesidad y el sobrepeso, estas son enfermedades reales, tratables y con frecuencia coexisten con otras enfermedades, como: la depresión, el abuso de sustancias o trastornos de ansiedad (NIH, 2014)

La mayoría de las personas inician desajustes alimenticios sin prever en absoluto sus consecuencias, empiezan con las dietas impuestas por uno mismo. Están seguidos de objetivos válidos por los individuos, en distintas ocasiones sólo es la búsqueda de sentirse mejor con ellos mismos, pero no tienen en cuenta que a menudo los medios que utilizan no son los adecuados, sino además éstas resultan nocivas. Las personas carecen de información o la que tienen es incorrecta, también cabe mencionar que este tipo de desórdenes se presentan en mujeres y hombres, sin distinguir edad, ocupación, nivel socioeconómico, etc.

Una de las consideraciones de importancia es la medición en cuanto a la alimentación que se le suministra a los individuos, por lo tanto, es conveniente saber hasta qué punto la alimentación que se impone es adecuada o no.

En la última encuesta realizada por la Secretaría de Educación Pública y expuesta en medios de comunicación (www.NoticierosTelvisa.com, 2014) los resultados arrojaron lo siguiente:

- En la población universitaria, entre el 19% y el 30% de las mujeres presenta algún tipo de trastorno con conductas de bulimia y anorexia por su obsesión sobre su imagen corporal.
- El 62% de las mujeres deportistas, como: gimnastas olímpicas, bailarinas de ballet o patinaje a nivel profesional, padecen un desorden alimenticio.
- Los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México, durante los últimos 20 años.
- El 25% de las mujeres encuestadas de entre 15 y 18 años han dejado de comer por doce horas por miedo a engordar.
- Uno de cada diez alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o el sobrepeso.
- El 28.8% de las mujeres encuestadas y el 18.6% en el caso de los varones, han tomado pastillas para bajar de peso y el 24% de los encuestados lo ha hecho en los últimos tres meses.
- Una de cada diez personas encuestadas entre hombres y mujeres, han vomitado para bajar de peso.
- El 11.3% de las mujeres encuestadas y el 6.2% en varones, han tomado diuréticos para bajar de peso, mientras que el 13.5% en mujeres y el 7% en hombres, confesaron tener prácticas bulímicas (provocarse el autovómito, dietas) para perder peso.

Los trastornos son difíciles de medir debido a que son conductas que las personas niegan, hasta que la enfermedad no se puede ocultar por la excesiva pérdida y/o incremento de peso de las pacientes. Según datos de la Organización mundial de la salud (OMS, 2014), los trastornos alimenticios integran la tercera causa de muerte de adolescentes, solamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas.

Los trastornos se cobijan a la sombra del prototipo de moda de la sociedad, el perfil característico que se tenía de los trastornos era el que se refería a enfermedad típica de clases sociales económicamente alta y con un comienzo en la adolescencia, este contexto ha cambiado y poco a poco la edad de inicio se da más tempranamente, extendiéndose en todas las clases sociales.

2.2 Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa, representa la “pérdida voluntaria de peso. -Anorexia- es una palabra de origen griego que consta del privativo <han> y del término <orexis (deseo)>, es decir falta de deseo de comer. Se trata de un trastorno ya conocido desde la antigüedad, puesto que la primera descripción clínica del mismo aparece de finales del siglo XVII” (Doy, 1999, p.36)

La anorexia nerviosa se caracteriza por un deseo intenso de pesar menos, cada vez menos, intenso miedo a la gordura y una alteración del sistema corporal, que hacen que las afectadas se vean mucho más gruesas de lo que en realidad están. Según Riobó (2000, p.11) “El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga”

Se calcula que sufre anorexia nerviosa una de cada 150 personas, el afectado puede en ocasiones llegar a reducir drásticamente la ingestión de alimentos hasta el extremo de poner en peligro su vida, para así cumplir su objetivo.

La persona con este” trastorno se niega a mantener su cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, lo quieren inferior; tienen un miedo exagerado a ganar peso y por lo general están preocupados por su silueta; la valoración que tiene de sí mismo está determinada por lo que opinan de su cuerpo” (Doy, 1999 pp.13-14)

El anoréxico reduce la cantidad de alimento que ingiere diariamente, al principio elimina los alimentos que supone tienen mayor contenido calórico y progresivamente, va reduciendo el repertorio hasta que llega un momento en que sólo ingiere unos pocos y siempre lo mismo. Una dieta de adelgazamiento puede ser el punto de inicio de la anorexia nerviosa, la pérdida de peso se convierte en una obsesión que esclaviza a la persona afectada y de la cual se es difícil de escapar. Cuando la pérdida de peso es constante se puede caer en un grave deterioro físico e incluso mental y desembocar en un cuadro depresivo.

2.2.1 Tipos de anorexia nerviosa.

Según Riobó (2001) es posible identificar dos tipos de anorexia: la restrictiva y la bulímica, el primer tipo es el que se refiere a la anorexia restrictiva, en ésta se presenta una restricción cada vez mayor de la ingestión de alimentos, hasta llegar a estados de inanición, reduce su ansiedad y sus preocupaciones sobre su gordura y el incremento de peso, evitando el consumo de alimentos. La pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo, no se recurre a atracones ni a purgas

El segundo tipo es el de la anorexia bulímica, en este subtipo se desarrollan episodios de gran voracidad, que contrarrestará empleando métodos purgativos, auto provocación del vómito y ejercicio excesivo que reducen su ansiedad, cualquier conducta es aceptada para evitar engordar.

Por un lado, los vómitos provocados conducen al aprendizaje de que es posible el deseado control de peso sin tener que restringir la ingestión de alimentos, ya que

calman el apetito, según lo que piensan las personas con este trastorno. Como podemos ver el objetivo de estos dos tipos de anorexia nerviosa es reducir el peso corporal, sin importar que tan riesgosos sean los métodos para lograrlo de lo único que sienten culpa es cuando comen y su principal objetivo es adelgazar.

2.2.2 Características de la anorexia nerviosa.

A continuación, se muestran algunas de las principales características, síntomas, cambios físicos y emocionales sufridos en los individuos que presentan anorexia nerviosa (Doy, 1999, p. 46):

- Miedo a engordar, que no disminuye aun perdiendo peso.
- Total resistencia a ingerir alimentos ricos en calorías.
- Sentimiento de culpa si la persona considera que se ha extralimitado.
- Imagen distorsionada de su cuerpo: la persona se ve gruesa, aunque pese la mitad de lo normal que corresponde por edad, sexo y altura.
- Inexistencia de enfermedades que expliquen la pérdida de peso.
- Piel fría por pérdida de grasa corporal (hipotermia).
- Dolor al sentarse.
- Presión baja
- Latido del corazón más lento de lo normal, menor a 60 pulsaciones por minuto.
- Estreñimiento grave.
- Indigestión aunque se coma muy poco.
- Anemia por deficiencias orgánicas de hierro y proteínas.
- Síntomas de osteoporosis (pérdida de masa ósea): los huesos se vuelven frágiles y vulnerables a las fracturas.
- En el caso de las mujeres se suspende el ciclo menstrual.
- Aumento del vello corporal.

Los factores psicológicos que predominan al inicio de la anorexia nerviosa son “el aumento brusco de peso, una situación estresante o un fracaso personal, las personas anoréxicas se caracterizan por una personalidad rígida, miedo a situaciones nuevas, rechazo a complacer a los demás y a ellas mismas, tienen estados de ansiedad y nerviosismo. Numerosas personas afectadas eligen una profesión o estudios que conceden gran importancia a la delgadez” (Doy,1999, pp.15-16).

Las personas que están predispuestas a sufrir anorexia nerviosa son las mujeres y los hombres de todos los niveles socioeconómicos y pueden tener algunas de las siguientes características: inteligentes, inquietas, responsables, perfeccionistas, ambiciosas, disciplinadas, poco espontáneas, solitarias, con problemas de relación social y sexual y frialdad efectiva. Tales conductas no provocan sentimientos de culpa o de arrepentimiento; los anoréxicos solo se sienten culpables si comen.

Se presentarán a continuación estadísticas establecidas por los estudios realizados por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (www.salud.df.gob.mx, 2014):

- En México se estima que el 90% de los pacientes que padecen anorexia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres.
- Según el Sector Salud, cada año se registran 20 mil casos de anorexia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los catorce y los diecisiete años
- El grupo etario de mayor riesgo está comprendido entre los catorce y dieciocho años, aunque existen estudios (eat-27) que amplían esta edad desde los doce a los veinticinco años.
- Se calcula que la anorexia nerviosa afecta entre el 0.5 al 3% de la población mundial de adolescentes, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común, entre este grupo etario.

- Dentro de los grupos de adolescentes que se encuentran a dieta, se calcula que sólo alrededor del 20% padecen realmente sobrepeso, el resto está interesado en perder peso aún sin necesitarlo.
- Cerca del 90% de los adolescentes que realizan dieta son mujeres.
- Se calcula que una de cada cien niñas/adolescentes padece de anorexia, mientras que cerca del 3% desarrolla bulimia.
- Nueve de cada diez personas que sufren anorexia son mujeres
- Si se realiza una evaluación diferencial de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres, el porcentaje sería de 5% y 95%, respectivamente, aunque en los últimos años, la diferencia entre los sexos se va acortando.
- Del total de pacientes que reciben tratamiento para combatir la anorexia, después de cinco años, aproximadamente el 12% se crónifica, aumentado al 15% a los diez años.
- La tasa de mortandad a causa de la anorexia ronda entre el 3 y el 5%

2.3 La bulimia nerviosa.

La palabra bulimia procede de los “términos griegos buos (buey) y limos (hambre), es decir hambre de buey” (Doy, 1999, p.22). La persona bulímica se encuentra atada de manera física y psicológicamente a la comida, lo que le provoca ingerir compulsivamente los alimentos, en cuanto a su alimentación está puede estar conformada por carbohidratos o alimentos chatarra.

De igual forma que las personas anoréxicas, las personas con bulimia intentan dietas de adelgazamiento en diferentes ocasiones. La bulimia nerviosa constituye justamente lo contrario de la anorexia nerviosa, ya que se trata de la ingestión voraz y compulsiva de gran cantidad de alimento independientemente de la sensación de hambre o apetito, ya que la raíz del problema es psicológica como ocurre con la anorexia nerviosa.

Para Ángeles y Castro la bulimia pasa inadvertida, por lo tanto, “no se detecta pronto, hay que tener en cuenta que las personas con este trastorno de la alimentación suelen comer correctamente delante de los demás (sus atracones se dan en secreto) y la mayoría mantiene un peso normal” (2003, p. 28), para cuando se detecta el problema puede haber pasado ya varios años con el trastorno alimenticio.

No podemos hablar de una única causa de la bulimia nerviosa, es más adecuado proponer un origen multi-casual del problema; dentro de los factores que predominan es el sobrepeso, el inicio de una dieta muy estricta, una autoestima muy baja y la falta de seguridad en uno mismo, pueden preparar el terreno para que inicie la bulimia nerviosa, es el poder que tienen los medios de comunicación y la presión social para conseguir un cuerpo perfecto.

2.3.1 Tipos de bulimia.

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pueden identificar dos tipos de comportamiento, dentro del caso de la bulimia presentan los siguientes: bulimia purgativa y bulimia no purgativa.

Para Cervera la bulimia purgativa se caracteriza por ocasionar “atracones, los cuales van seguidos de vómitos autoinducidos o se suele utilizar laxantes o diuréticos que sin medida alguna se llega al abuso de los mismos, estas personas suelen tener mayor ansiedad y una mayor preocupación por su imagen corporal” (2005, p. 33), mientras que para el caso de la bulimia no purgativa, también se

generaran los atracones, sin embargo, estos estarán seguidos por conductas compensatorias, estas son: "el ayuno, la dieta restrictiva y el exceso de ejercicio físico" (Cervera, 2005, p. 34).

La secuela de estos tipos de bulimia nerviosa, es comer en grandes cantidades que las acompañan con conductas no favorables para su cuerpo, como el vómito provocado, los métodos para reducir peso, ejercicios y laxantes. De esta forma ya no se sienten culpables por comer.

2.3.2 Características de la bulimia nerviosa.

Algunos hábitos y acciones practicadas por una persona bulímica presentan una o más de las siguientes características, las cuales pueden variar (Doy, 1999, p. 87):

- Ingerir grandes cantidades de alimentos en periodos muy cortos, dos veces por semana.
- Sensación de falta de control cuando se come vorazmente, la persona no se siente capaz de dejar de comer.
- Gran preocupación por el peso y por mantener la línea.
- Comer en secreto, se avergüenzan de su conducta alimentaria.
- Autoprovocación del vómito, empleo de laxantes, periodos de ayuno y ejercicio físico intenso para prevenir el sobrepeso, todo esto se alterna con atracones de comida.
- No saben cuándo tienen apetito o están saciadas.
- Problemas dentales: caries o incluso pérdida de dientes.
- Dolores de garganta.
- Inflamación de las glándulas salivares a consecuencia de los frecuentes vómitos.
- Deshidratación causada por el abuso de laxantes y los vómitos.
- Disminución de los reflejos.
- El corazón no late adecuadamente.

- Constante sensación de sed.
- La luz resulta molesta.
- Cólicos (dolores en el abdomen) y calambres.
- No se absorben adecuadamente nutrimentos muy importantes para el organismo.

Los factores psicológicos que predominan en la bulimia nerviosa, los explica Doy (1999, p.36) diciendo que “emerge una inquietud excesiva ante el miedo a engordar así como la inquietud por la aceptación física, mientras que en la anorexia nerviosa a pesar de tener el temor latente ante el peso no generan una distorsión de su imagen, su vida social como la sexual son demasiado intensas, con frecuencia se encuentran en una inestabilidad emocional, suelen cambiar con frecuencia de estudios y trabajo cuando están siguiendo un tratamiento”, sin embargo este mismo autor también menciona que “él o la bulímica suelen pedir ayuda al estar consciente de su problema, mientras que el anoréxico siempre estará negado ante la problemática”.

A continuación, se mostrarán estadísticas expuestas por la Secretaria de la Salud en relación al trastorno alimenticio de la bulimia:

- Según el sector salud, cada año se registran 20 mil casos de bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los catorce y los diecisiete años.
- En México se estima que el 90% de los pacientes que padecen bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres.
- El 95% de los casos de la bulimia se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta.
- Una de cada seis personas que sufren bulimia son hombres.
- El 60% de los casos de bulimia nerviosa, pasan a la anorexia nerviosa

- En la población universitaria en México, entre el 19% y el 30% de las mujeres presenta bulimia

2.4 Sobrepeso y obesidad.

La obesidad y el sobrepeso ha aumentado, es una problemática que hoy en día ha tomado fuerza dentro de la sociedad. La alimentación tanto en México como en otros países se ha ido modificando a causa de la globalización, el estilo de vida que proponen los medios de comunicación para la sociedad, para la familia, para la escuela, son algunos factores que predominan en el inicio de la enfermedad, que no se ven como tal.

La Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF) nos menciona que “la obesidad y el sobrepeso son el principal problema de salud pública en México” (www.salud.df.gob.mx, 2014), puesto que nuestro país es el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso y el segundo lugar lo ocupan los adultos.

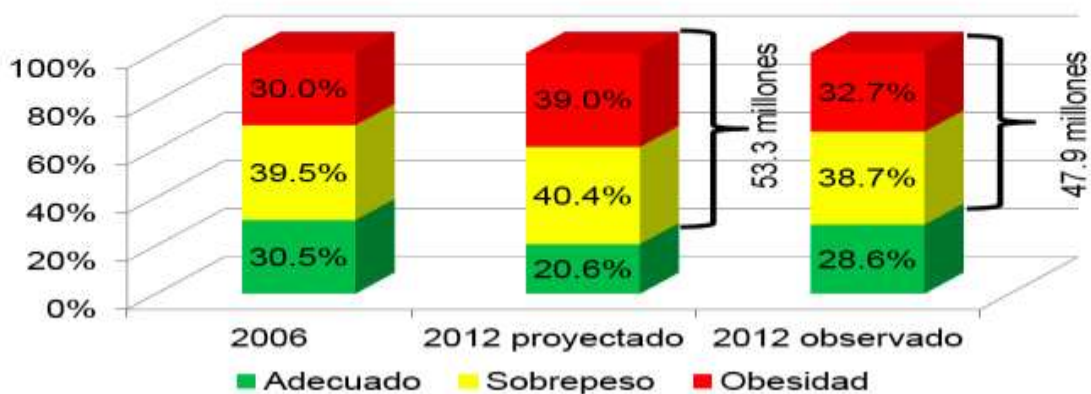
México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, sólo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%, es obvio que no representa nada más una enfermedad, sino también un gasto para el país.

La obesidad “es una enfermedad crónica tratable, se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. Aparte del problema que representa la obesidad, los expertos advierten que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma muy evidente, patologías graves como: la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica) e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales” (www.dmedicina.com, 2014).

Teniendo así que las principales causas del sobrepeso y la obesidad consideradas como enfermedades crónicas, están siendo generadas por el consumo excesivo de grasas, azúcares y carbohidratos, lo que provoca la acumulación de grasa en el

cuerpo, otras de las distintas causas, pero de las más importantes es la poca o nula actividad física en la vida diaria.

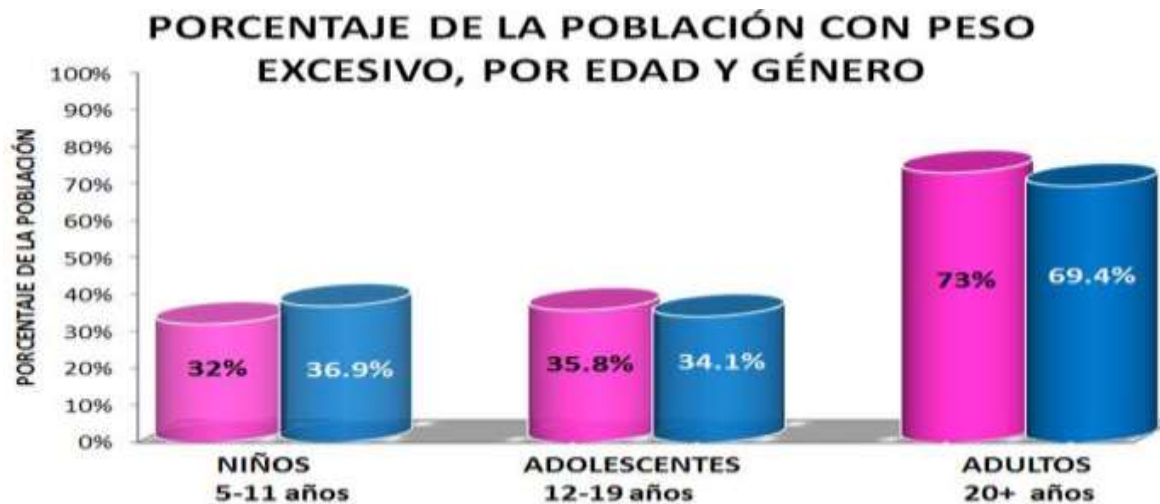
De haberse mantenido la tendencia, habría hoy 5.4 millones más de adultos con sobrepeso y obesidad



Gráfica no.1

Fuente: <http://www.dmedicina.com>, 2014.

Como se puede ver en la gráfica no.1 de seguir la tendencia del mismo estilo de vida sin hacer ejercicio, llevando una alimentación fuera del balance correspondiente, tenemos que: en los hombres 10.6% de este grupo sufre obesidad, y 20% sobrepeso; mientras que, en las mujeres, el 23.7% está catalogado dentro del rango de obesidad y 22.5% en exceso de peso. Dejando en claro que el primer lugar lo tienen las mujeres y el segundo los hombres con problemas de obesidad y sobrepeso como se muestra en la gráfica no. 2 que se encuentra a continuación. Retomando información de la Secretaría de Salud en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, tenemos lo siguiente:



Grafica no.2

Fuente: Encuesta Nacional de la Salud y Nutrición (Ensanut 2012).

Tabla no.1.- Indicador porcentual de obesidad según nacionalidad.

Nacionalidad	Cantidad porcentual en obesidad
México	32,8%
Estados Unidos	31,8%
Siria	31,6%
Venezuela	30,8%
Libia	30,8%

Fuente: <http://www.promocion.salud.gob.mx>, Encuesta Terra, 2014.

Como se puede ver en la tabla no.1– Indicador porcentual de obesidad según nacionalidad, México ocupa el primer lugar de obesidad en adultos a nivel mundial en la actualidad. De acuerdo con el informe de la ONU, publicado por el Daily Mail, 70 % de la población mexicana adulta tiene sobrepeso y un tercio sufre obesidad, pasando a ser una tendencia que se ha convertido en un problema de salud pública en el 2014.

El sobrepeso y la obesidad afectan a siete de cada diez adultos mexicanos de las distintas regiones, esto implica que los esfuerzos para prevenir este problema deben

tener prioridad nacional, al mismo tiempo que se implementen acciones multisectoriales y con una mayor cabida de participación social. Para abordar este tema y otros temas del sector salud de manera nacional se requiere: una regulación en los programas sociales estipulados específicamente para este tipo de enfermedades crónicas, así como el diseño y evaluación de los mismos programas y una adecuada inversión de recursos, sin embargo, según lo expuesto por la Secretaría de Salud “el reto en los próximos años será intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas” (<http://www.scielo.org.mx/>, 2014) y así evitar que la tendencia a futuro acrecentándose, un problema de salud con esta magnitud requiere mejor diagnóstico, atención y capacitación del sector médico para que éste prescriba tratamientos adecuados y mejore el control de este tipo de enfermedades.

Cabe señalar que uno de los factores primordiales de estos fenómenos es el mal hábito de alimentación de la población, no se tienen una buena nutrición y gasto de calorías adecuadas para que el cuerpo se desarrolle de forma adecuada, para una vida saludable.

Esta enfermedad está relacionada con factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos, idealmente su tratamiento debe ser manejado de manera integral por un grupo de especialistas (médicos, nutriólogos, psicólogos y expertos en activación física).

El índice de masa corporal (IMC) es un” indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2)”, a continuación, se muestra la tabla no.2.- Categorías del índice de masa corporal, en ella se presenta lo ya mencionado.

Tabla no.2.- Categorías del índice de masa corporal.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CATEGORÍA
Por debajo de 18.5	Por debajo del peso
18.5 a 24.9	Saludable
25.0 a 29.9	Con sobrepeso
30.0 a 39.9	Obeso
Más de 40	Obesidad extrema o de alto riesgo

El índice de masa corporal no siempre es una forma precisa para decidir si uno necesita o no bajar de peso. Si usted tiene más o menos músculo de lo normal, su IMC puede no ser una medida perfecta de la cantidad de grasa corporal que tiene (Medlineplus, 2014).

A continuación, se muestran algunas de las principales características y síntomas de la obesidad y el sobrepeso.

- Poca actividad física.
- Aumentan en la cantidad de comida que se ingiere.
- Aumento de peso.
- Dificultad para respirar (durante el día y al dormir).
- Fatigues.
- Cansancio.
- Dolor de las articulaciones en rodillas y pies.
- Reflujo y acidez.
- Hinchazón.
- Dolor y calambres en las piernas.
- Pérdida de control para orinar.

No obstante, hace muy poco tiempo que este problema se ha reconocido como prioritario que requiere de atención y acciones inmediatas para una mejor

prevención, diagnóstico oportuno y control en la población. Los programas que promueve la Secretaría de Salud son: el Programa de <Muévete> que consiste en realizar actividad física como: caminar, correr y hacer secuencias de estiramiento preferentemente al inicio del día; esta dependencia también propone integrar <el plato del bien comer> el cual representa los siguientes tres grupos de acuerdo al programa social “Fomento de Nutrición y Salud” (2014).

Alimentos que contempla:

- Verduras y frutas. Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.
- Cereales y tubérculos. Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.
- Leguminosas y alimentos de origen animal. Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de los tejidos.

Se requiere una mezcla de los tres grupos para poder tener una comida balanceada y nutritiva para una mejor salud como se puede ver en la imagen no.1.



Imagen no.1 Plato del bien comer.

Capítulo 3. Trabajo de campo.

3.1 Instrumento.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan una enfermedad crónica que se desarrolla mayormente en mujeres jóvenes, según la Revista Mexicana Salud Pública y Nutrición (RESPYN), la cual menciona que dichos trastornos “están asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una co-morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas” (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004, p. 42). Ahora bien, dado el desarrollo de estos trastornos de la conducta alimenticia es preciso identificar de manera oportuna los síntomas y signos de alarma que permiten reconocer a quienes están propensos a padecer alguno de estos trastornos, para así lograr una intervención oportuna.

Actualmente se han elaborado variados instrumentos, principalmente cuestionarios auto-aplicables, así como entrevistas debidamente estructuradas, con la finalidad de evaluar de manera rápida la existencia de síntomas sospechosos del comportamiento alimentario, sin embargo, no es posible tener un diagnóstico según el resultado del cuestionario. En cuanto a los cuestionarios el que tuvo una mayor aceptación en la población en general y que facilitó los mejores resultados para la detección de los TCA fue el Eating Attitudes Test (EAT).

3.1.1 ¿Qué es la prueba Eating Attitudes Test (EAT-26)? su objetivo y características.

La prueba Eating Attitudes Test (EAT) fue elaborado por David M. Garner y P.E., Garfinkel, desde su creación ha sido “traducido al menos a ocho idiomas” (De Irala, Cano, Lahortiga, Gual, Martínez, Cervera, 2008, p. 28). En un principio este instrumento de medición contenía 40 reactivos y por lo mismo fue nombrado EAT-40, la puntuación total del test distingue el comportamiento en cuanto a la

alimentación de los sujetos, es decir, puede identificarse a partir de los resultados, si existen conductas propias de la bulimia, conductas en relación con la anorexia, percepción de la imagen corporal, presencia de vómitos, limitación con los alimentos, presión social, etc.

Posteriormente se elaboró una versión más corta del EAT-40, en esta nueva versión se anularon catorce reactivos quedando sólo 26. La modificación se debió a que “se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento” (Iñarritu, Cruz y Moran, 2014, p. 12), ambas versiones son un instrumento de medición de tipo escala, que regularmente se utilizan para medir actitudes, como sabemos las actitudes son tendencias de respuesta de aceptación o rechazo hacia algún fenómeno o evento.

La escala en la que se encuentra sustentado el EAT-26 es la de tipo Likert la cual “mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares” (Ávila, 2006, p. 34). Este tipo de escala suele interpretarse mediante la sumatoria de las respuestas adquiridas en cada ítem, de ahí que cada uno de los ítems cuenta con cinco posibles respuestas (siempre, muy a menudo, a menudo, algunas veces, raramente, nunca) las cuales permiten determinar los comportamientos propios del régimen o hábitos alimenticios de las personas.

3. 1. 2 Algunas investigaciones recientes sobre Trastornos de la Conducta Alimenticia.

A continuación, presentaremos algunas investigaciones recientes, las cuales nos ayudarán a realizar la comparación con los resultados que se obtuvieron en la aplicación de la escala EAT 26 a los universitarios de la UPN.

Inicialmente, tenemos un estudio elaborado por Monterrosa, Boneu, Muñoz y Almanza (2012) que lleva por nombre “Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de Riesgo” dicha publicación tiene el objetivo de “identificar las principales escalas validadas que permiten detectar síntomas y conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y adultos” (www.revistacienciasbiomedicas.com, 2014).

La metodología estuvo basada en la revisión de publicaciones de diversas escalas en las que se evaluaron síntomas y conductas de riesgo relacionados con los TCA, también se apoyaron en la búsqueda electrónica de artículos publicados desde 1984 al 2011, en inglés y español. Se revisaron los resúmenes y se seleccionaron los documentos que trataban sobre escalas que valoraban síntomas y factores de riesgo para TCA.

Se revisaron alrededor de 75 artículos y se identificaron seis escalas validadas para la identificación de síntomas y conductas de riesgo: SCOFF (Sick, Control, Outweight, Fat, Food), EDE-Q (Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire), EAT (Eating Attitudes Test), en versiones de 40 y 26 preguntas, además de una escala específica para niños (ChEAT-26). ED (Eating Disorder Inventory), BULIT (Bulimia Test) y la versión (BULIT-R), BITE (Bulimia Test of Edimburg).

Para estos investigadores la escala SCOFF resulta ser la de mejor manejo en su aplicación, mientras la escala EAT en ambas versiones, es considerada como el mejor modelo para identificar síntomas y conductas de riesgo para los TCA.

Otra investigación es la que se refiere al artículo de Bang (2015, p. 9) quien escribió “Esclava de tu peso, ¡No más!”. Este material, en la revista *Fernanda*, realizó una reflexión sobre el por qué la felicidad se encuentra vinculada con el peso y de cómo la obsesión de la apariencia puede lograr que una persona pierda la vida. Este artículo se encuentra enmarcado por una serie de inquietudes que pretende responder, inicia puntualizando que la delgadez se encuentra vinculada básicamente con la altura y la complejión de cada persona, por lo tanto, lo que pudiese ser delgado para ciertas personas para otras no lo es, es así como podemos decir que no existe un modelo universal de la delgadez.

Entonces ¿por qué buscar siempre la delgadez? para darle respuesta a esta interrogante, es preciso considerar que los medios publicitarios según esta autora “fungen un papel normalizador de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho” promoviendo el consumo de “productos dietéticos, de belleza, cirugías

y muchos más”(Bang,2015, p. 73) , por supuesto los beneficios no siempre son muy alentadores para quienes hacen o realizan estas acciones, pero para las industrias y/o empresas las ganancias son muy buenas.

Según la colaboradora de dicha Revista “la fijación por la talla puede fungir de forma importante y total como un método de control femenino” (Bang, 2015, p. 74), es decir, la talla se está convirtiendo en la nueva forma de la esclavitud de la mujer, anteriormente eran prendas de vestir como fajas y el corsé lo que reprimía el cuerpo físico de las mujeres, actualmente es el bloque social quien las obliga a mostrar el estereotipo aceptado y adecuado.

En cuanto al sobrepeso u obesidad no siempre puede ser una enfermedad y es que pueden existir personas con gran masa corporal y estar sanas, por supuesto que una persona con sobrepeso u obesidad se encuentra con un porcentaje mayor a desarrollar alguna alteración en la salud, pero según lo escrito por Bang (2015), esto como tal no es una enfermedad, sólo al existir una alteración metabólica u hormonal ya podría considerarse como enfermedad y los kilos de más serían parte de los síntomas.

Por último, Bang (2015) concluye que el hecho de estar enfocándose en uno mismo, no permite ver todo lo que nos podríamos estar perdiendo, para ella la llave de la liberación consta de dos alternativas. La primera acción que propone es no hablar más del tema de la talla, esto implica no realizar comentario alguno en relación al peso, de esta forma se acabarán todos aquellos insultos hacia uno mismo y hacia otros. La segunda acción la considera mucho más profunda y es que se refiere a “contactar con nuestro ser interno, tenemos que empezar a amarnos, hay que buscar la reconciliación con uno mismo, porque la liberación proviene siempre desde adentro” (Bang, 2015, p. 77).

A pesar de que este escrito no está relacionado con la prueba EAT-26, sí tiene una correlación con los indicadores que generan la incidencia en los TCA y es que la obsesión de la apariencia, el bombardeo descontrolado de la publicidad por parte de los medios de comunicación, y el control ejercido por parte de la sociedad, pueden modificar la conducta de las personas. Como seres pensantes es evidente

que se necesita generar conciencia de que somos seres diferentes con cuerpos únicos, por lo tanto, no existe un modelo de talla universal, la talla siempre estará determinada por nuestra complejidad física, salud, actividades y necesidades propias específicas. Esto es lo que se debe explicar a los jóvenes para que se sientan seguros de que no deben responder a estereotipos de apariencia física emanados de los medios de comunicación, cuyos intereses se relaciona básicamente con el consumo y la estandarización de la apariencia física.

3.2 Escenario.

Nuestro escenario es específicamente la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Ajusco. Esta universidad fue creada por Decreto Presidencial en agosto de 1978 como una institución pública de educación superior desconcentrada de la Secretaría de Educación Pública.

Según Nájera (2003, p. 17) esta universidad tiene sus orígenes por “las antiguas demandas de recalificación, reconocimiento profesional, ascenso socioeconómico y resignación social de la base magisterial”, cabe mencionar que estas solicitudes surgieron desde principios de los años sesentas. En el anteproyecto de creación de la UPN se presentan las pretensiones de dicho organismo, ya que esta fue creada “como una institución de los maestros y para los maestros” (Fuentes, 1980, p. 39).

3.2.1 Universidad Pedagógica Nacional: creación, misión, visión y objetivos.

La creación de una institución que lograra cubrir las demandas de los dirigentes del Sindicato Nacional de Trabajadores (SNTE) fue planteada por el grupo “Vanguardia Revolucionaria”, este grupo de personas buscaban la creación de la “Universidad del SNTE” más que buscar una para el magisterio. Después de intensas negociaciones tanto con la burocracia educativa como con el sindicato, se dio la designación final de la futura Universidad. Es así como, el 25 de agosto de 1978 se firma el decreto presidencial de la creación de la Universidad Pedagógica Nacional.

En el decreto de creación de la UPN se menciona que esta quedará desconcentrada de la Secretaría de Educación Pública. También se menciona en el artículo segundo de este decreto que esta institución tendrá por finalidad “prestar, desarrollar y orientar servicios educativos de tipo superior encaminados a la formación de profesionales de la educación de acuerdo a las necesidades del país” (<http://normateca.upn.mx>, 2015). Este propósito se complementa con la misión que persigue la misma institución “a partir de sus funciones sustantivas se vincula con el sector educativo, con organizaciones sociales e instituciones nacionales e internacionales, con el fin de atender la problemática educativa y el fomento a la cultura” (<http://www.upn.mx>, 2015).

Mientras que la visión hasta la actualidad de esta universidad consiste en ser “una institución pública de educación superior, autónoma y líder en el ámbito educativo [...]. Tiene un lugar estratégico en la discusión e instrumentación crítica de las políticas públicas educativas, atención a temas y problemas emergentes. Se distingue por su vocación social y su compromiso ético con la justicia, la equidad y su especial consideración a los grupos en situación de discriminación o exclusión social” (<http://www.upn.mx>, 2015).

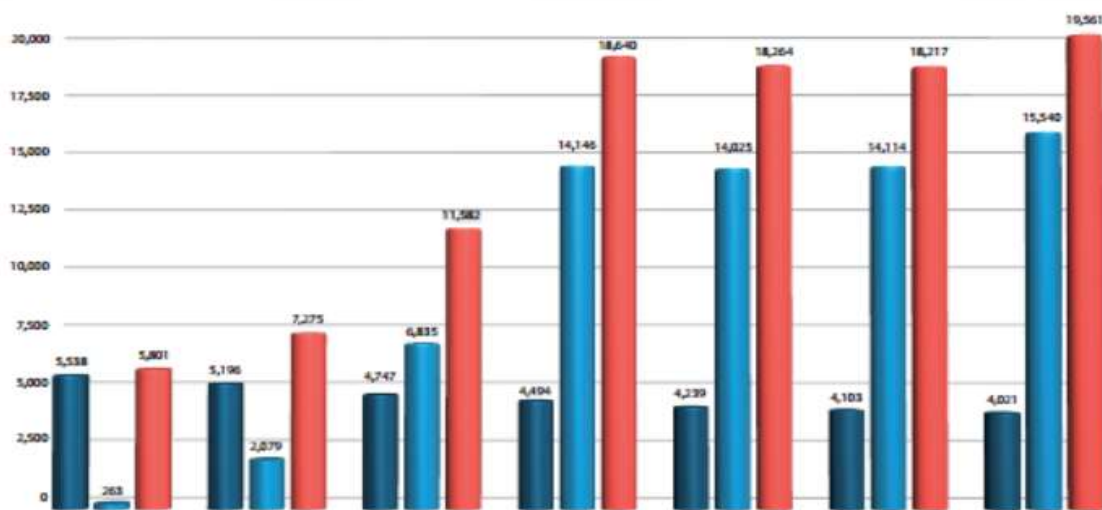
La UPN se encuentra conformada por un Sistema Nacional de Unidades, ya que cuenta con 76 unidades y 208 subsedes académicas distribuidas en todo el país. En cada una de estas unidades académicas las actividades programadas buscan responder a las necesidades regionales del magisterio y del Sistema Educativo Nacional.

En cuanto a la población estudiantil de la Unidad Ajusco, la cual es escenario de nuestra investigación, podemos decir que el número de estudiantes ha generado notables cambios en la composición y el comportamiento de la matrícula desde la creación de la misma, ya que en el ciclo escolar que correspondió de 1980-1981 las licenciaturas (Sociología de la Educación, Psicología Educativa, Administración Educativa, Pedagogía y Educación Básica) atendieron a una población inicial conformada por 2,200 estudiantes, para el año 1981 se integró el Sistema de Educación a Distancia con la intención de acercar los servicios a aquellas personas

que no pudiesen asistir a un sistema escolarizado. Mientras que para el sexenio correspondiente al periodo del año 2006 y hasta el 2012 en la agenda estadística de la UPN se muestran las siguientes cifras en cuanto a la matrícula:



POBLACIÓN ESCOLAR
Matrícula total por nivel y programa
Serie 2006-2012



Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
■ Licenciatura	5,538	5,196	4,747	4,494	4,239	4,103	4,021
■ Posgrado escolarizado y virtual	263	2,079	6,835	14,146	14,025	14,114	15,540
■ Matrícula Total	5,801	7,275	11,582	18,640	18,264	18,217	19,561

Fuente: Subdirección de Servicios Escolares. Agenda Estadística UPN 2012.

Como se muestra en la gráfica no.3 para el año 2012 la población estudiantil de la Universidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusco, se encontraba en 19,561 mientras que en el primer año solo eran 2,200 los estudiantes, lo cual equivaldría a un 11.25% de la matrícula del año 2012.

Ahora bien, una vez descrito un panorama de manera general de lo referente a lo que pertenece a nuestro escenario de estudio, su origen, sus objetivos a perseguir y su matrícula poblacional continuaremos con la caracterización de la muestra que utilizamos para la realización del trabajo decampo que corresponde a nuestro trabajo recepcional y a aplicación de la escala EAT-26.

3.3 Tipo de Estudio.

Esta investigación se define como un trabajo descriptivo ya que se busca medir los hábitos alimenticios de los estudiantes que participaron en el trabajo de campo.

3.3.1 Muestra:

Dicho rango poblacional se encuentra compuesto por un total de 50 sujetos que oscilan en una edad correspondiente de entre los 18 y 26 años, 35 mujeres que corresponden al 70% y 15 hombres que representan un 30% de nuestra muestra, estas personas son parte de una institución educativa de nivel superior como lo es la UPN. Fue a este grupo poblacional a quienes se les aplicó la escala EAT 26, la cual contiene 26 reactivos sobre conductas alimenticias para detectar la tendencia de adquirir trastornos alimenticios.

3.3.2 Población.

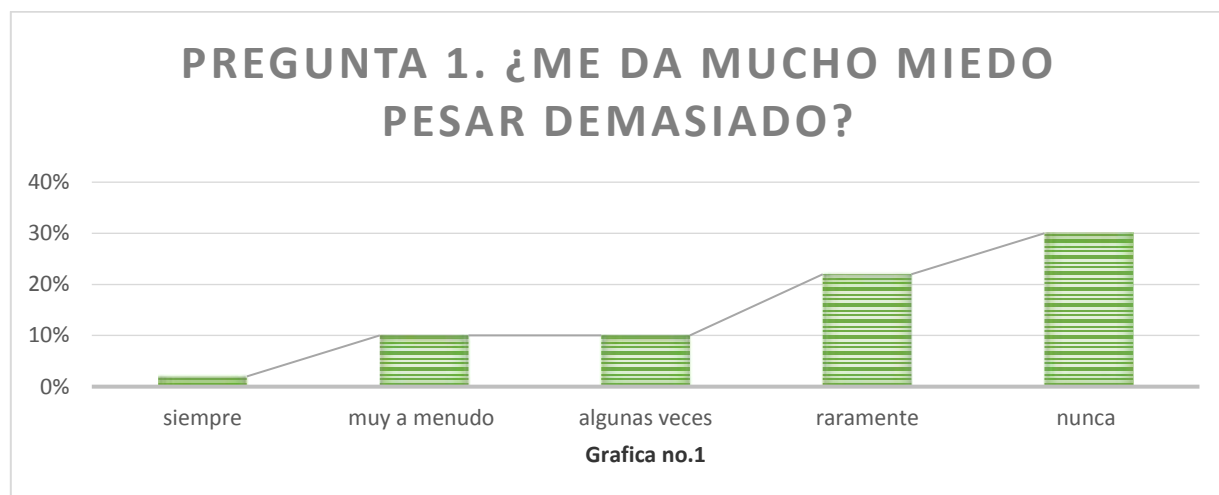
Las edades de la muestra poblacional del estudio son variables, ya que se integra por dos personas de 18 años, seis personas con 19 años, ocho personas con 20 años, ocho personas con 21 años, siete personas con 22 años, seis personas con 23 años, ocho personas con 24 años, dos personas con 25 años, y tres personas con 26 años. Obteniéndose así una media (suma de todos los datos dividida entre el número total de datos) de 21.8 años, una mediana (al ordenar los datos de manera creciente o decreciente, el valor que ocupa el lugar central entre todos los valores del conjunto pertenece a la mediana) de 22 años y una moda (valor o valores que se repiten con la mayor frecuencia) de 20, 21, 22 años. De los cuales doce personas están cursando el segundo semestre, veinte el cuarto semestre, diez personas el sexto semestre y ocho personas están cursando el octavo semestre.

3.4 Análisis y discusión de los datos de la aplicación de la escala Eat-26.

Los datos que se obtuvieron en la aplicación de la escala EAT-26, entre la comunidad estudiantil de la UPN, de una población que correspondió a 50 estudiantes seleccionados de manera aleatoria, quienes a través de sus respuestas nos permitieron conocer características propias de sus hábitos alimenticios, es así como fue posible identificar la práctica errónea en el proceso alimenticio siendo recabada la siguiente información presentada en la tabla no.3 (ver anexo 1) con resultados expuestos de manera general.

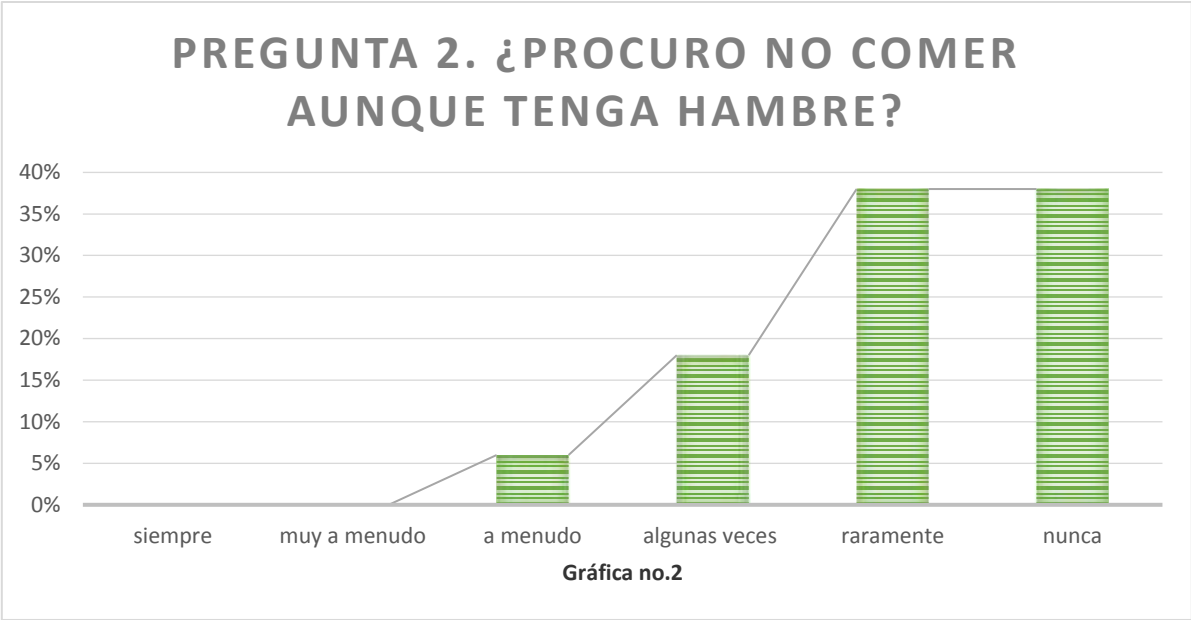
Esta tabla contiene siete columnas con la siguiente información (de lado izquierdo a derecho) en la primera columna se describen las preguntas del cuestionario que representa la prueba Eat-26, posteriormente le siguen seis columnas más, cada una de estas representa la opción de respuesta y dependiendo de la información obtenida se designó el porcentaje a cada una.

3.4.1 Análisis de las respuestas al EAT 26.



En la gráfica no.1 observamos que el 30% de la población, no le da temor pesar demasiado, el 26% raramente siente temor, el 22% algunas veces lo siente, el 20% muy a menudo lo siente, y el 2 % siempre lo teme. Si sumamos los porcentajes de

quien siente miedo de pesar demasiado tendríamos que un 2 % temen siempre por su peso y un 20 % muy a menudo se preocupa de pesar demasiado, lo que suma un total de 22%, y si acumulamos otro 22 % que algunas veces siente este miedo tendríamos un 44% que si llega a sentir miedo de pesar demasiado. Siendo este porcentaje muy elevado, pues sería casi el 50% de los participantes quienes llegan a sentir ese temor.



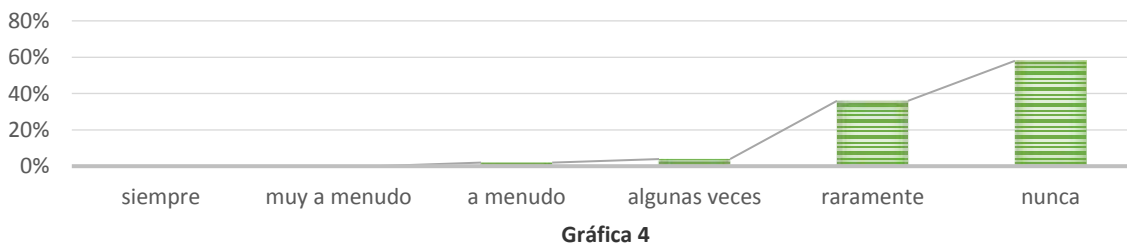
En la gráfica no. 2 observamos que el 38% de la población nunca ha dejado de comer aunque tenga hambre, el otro 38% raramente lo hace, el 18% lo ha hecho algunas veces y el 6% a menudo lo hizo. Esto nos indica que el 24% deja de comer algunas veces y a menudo aunque tenga hambre.

PREGUNTA 3. ¿ME PREOCUPO MUCHO POR LA COMIDA?



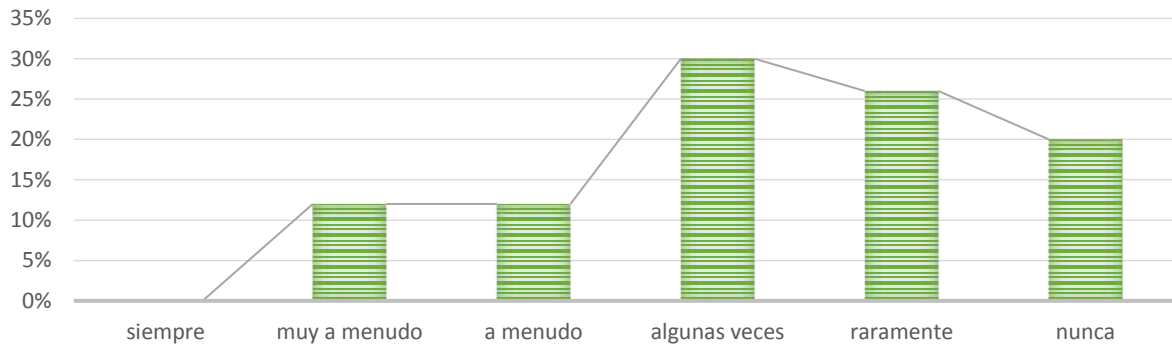
En la gráfica no.3 observamos que el 20% nunca se preocupa por la comida, el 28% raramente se preocupa por la comida, el 32% de la población algunas veces se preocupa por la comida, el 18% a menudo se preocupa ya que el 2% siempre lo hace. Lo que nos señala que un 52% se preocupa por la comida.

PREGUNTA 4. ¿A VECES ME HA ATRACADO DE COMIDA, SINTIENDO QUE ERA INCAPAZ DE PARAR DE COMER?



En la gráfica n°4 observamos que el 58% de la población nunca ha realizado atracones de comida, el 36% raramente lo realizó, el 4% algunas veces lo hizo, y el 2% a menudo efectuó atracones. El 6% de los participantes si ejecuta atracones de comida y el 36% raramente lo hace pero si lo lleva a cabo.

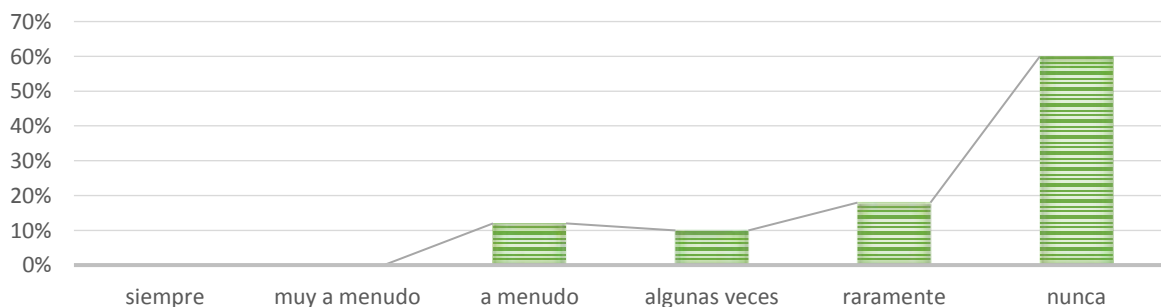
PREGUNTA 5. ¿CORTO MIS ALIMENTOS EN TROZOS PEQUEÑOS?



Gráfica 5

En la gráfica n° 5 se observa que el 30% de la población algunas veces corta sus alimentos en trozos pequeños, el 26 raramente lo hace, el 20% nunca lo realiza, el 12% muy a menudo corta sus alimentos en trozos pequeños, al igual que el otro 12% de la población lo hace a menudo.

PREGUNTA 6. ¿TENGO EN CUENTA LAS CALORIAS QUE TIENEN LOS ALIMENTOS QUE COMO?



Gráfica 6

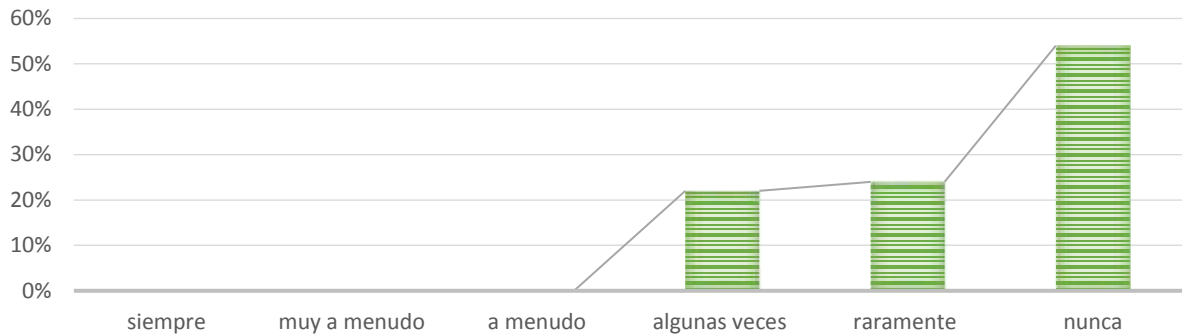
En la gráfica no. 6 se observa que el 60% de la población nunca cuenta las calorías de los alimentos, el 18% raramente lo hace, el 10% algunas veces lo hace y el 12%

a menudo las cuenta. Así observamos que el 60% **NUNCA** cuenta las calorías de los alimentos que ingiere, es decir, más de la mitad de la población no se preocupa por la cantidad de calorías que contiene su comida.



En la gráfica no.7 se observa que el 36% de la población nunca evita comer hidratos de carbono, el 34% raramente lo hace, el 20% algunas veces lo hace, el 6% a menudo lo hace y el 4% muy a menudo lo realiza. El 36 %, al igual que el 60% de quienes no cuentan las calorías de sus alimentos. tampoco raciona las cantidades de hidratos, pan, arroz y patatas.

PREGUNTA 8. ¿NOTO QUE LOS DEMAS PREFERIRIAN QUE COMIESE MÁS?



Gráfica 8

En la gráfica no. 8 se observa que el 54% de la población nunca les han dicho que comieran más, el 24% raramente les dicen y el 22% algunas veces les dicen que tienen que comer más.

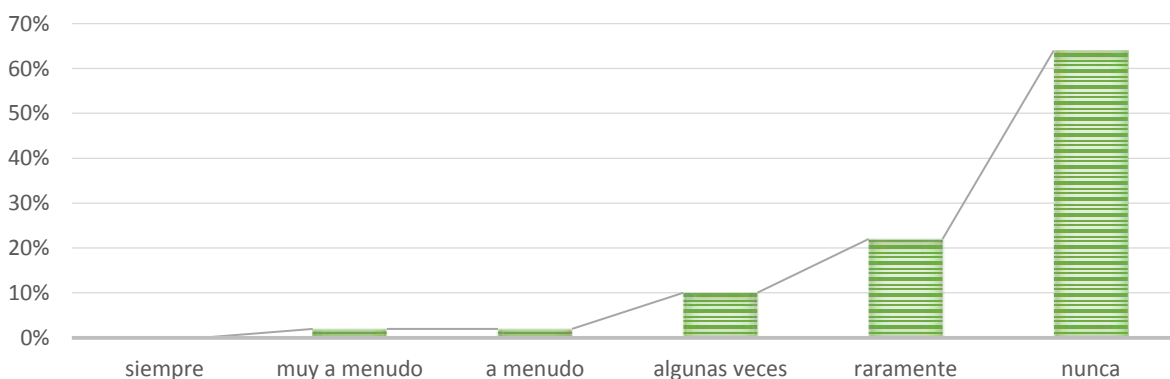
PREGUNTA 9. ¿VOMITO DESPUES DE HABER COMIDO?



Gráfica 9

En la gráfica no. 9 se observa que el 88% de la población nunca vomita después de comer, y el 12% raramente lo ha hecho. La ausencia del síntoma del vómito, por lo menos, nos permite identificar que no se ha adquirido el trastorno de la bulimia, el cual se caracteriza por comer en pedazos pequeños, comer todo lo que pueden y después vomitar los alimentos.

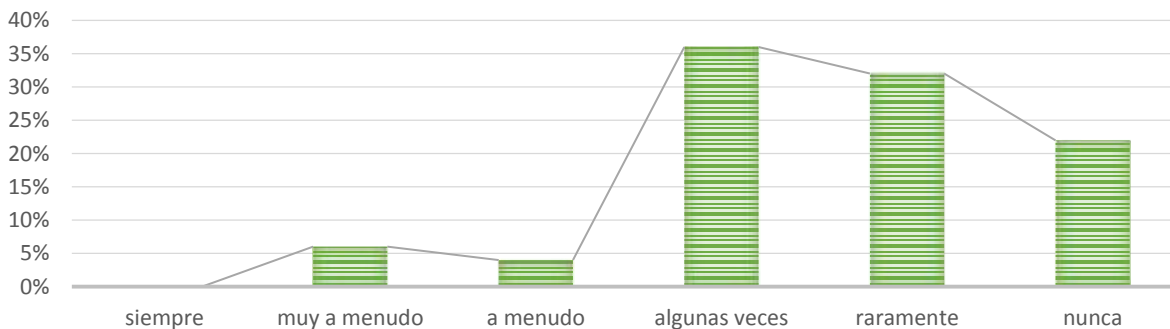
PREGUNTA 10. ¿ ME SIENTO MUY CULPABLE DESPUES DE COMER?



Gráfica 10

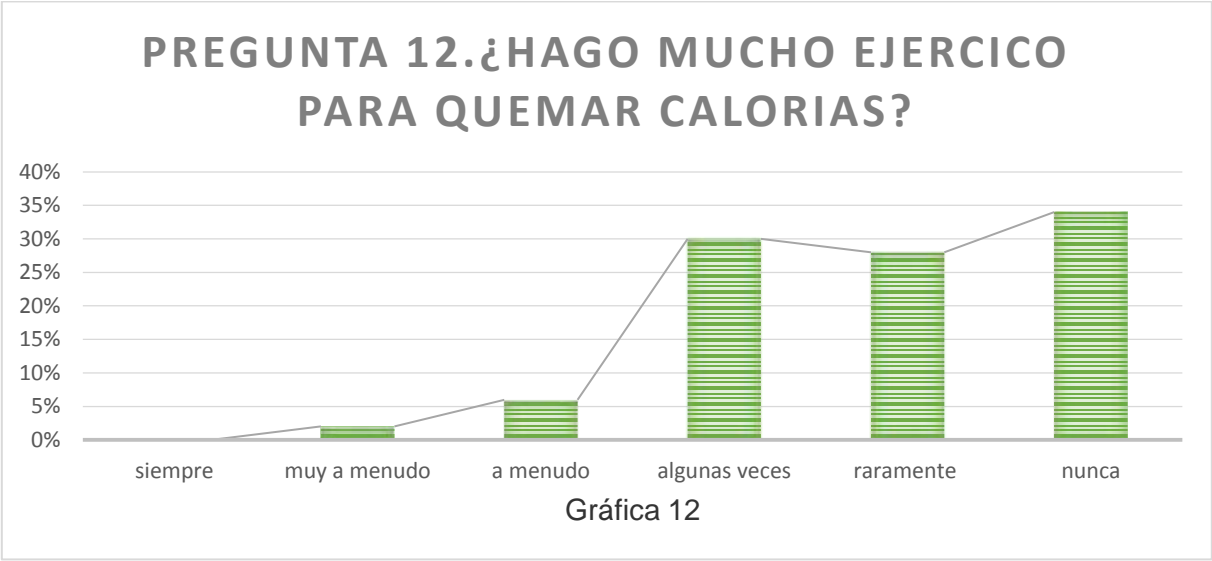
En la gráfica n°10 se observa que el 64% nunca se siente culpable después de comer, el 22% raramente se siente culpable, el 10% algunas veces, el 2% a menudo lo hacen, al igual que el otro 2% muy a menudo. No se observa la culpabilidad después de comer pero si existe la preocupación por el peso.

PREGUNTA 11. ¿ ME PREOCUPA EL DESEO DE ESTAR MÁS DELGADO/A?



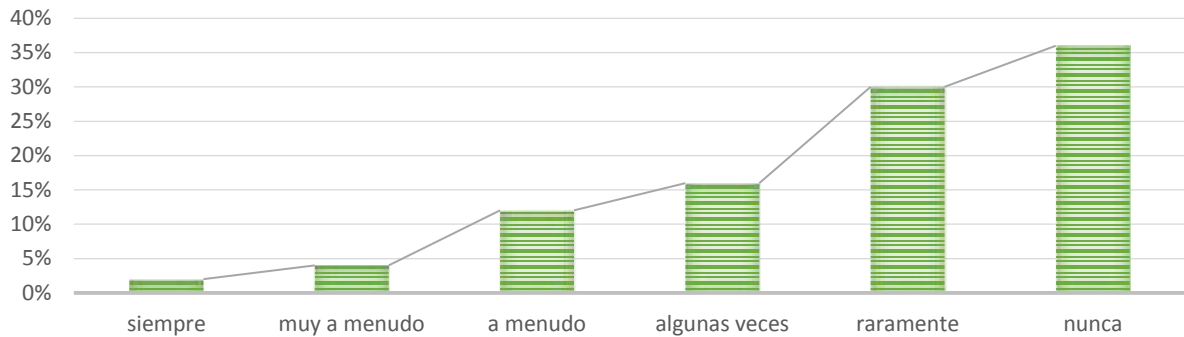
Gráfica 11

En la gráfica no. 11 se observa que el 22% nunca se ha preocupado por estar más delgado, el 32% raramente, el 36% de la población algunas veces se preocupa por estar más delgado, el 4% a menudo y el 6% muy a menudo se preocupan por estar más delgados. Sólo el 22 % no se preocupa nunca por estar más delgado, pero el resto ya sea raramente, algunas veces, a menudo o muy a menudo si se preocupan por estar más delgados.



En la gráfica no. 12 se observa que el 34% de la población nunca hace ejercicio para quemar calorías, el 28% raramente, el 30% algunas veces ha realizado ejercicio, el 6% a menudo al igual que el 2% muy a menudo realizan ejercicio para quemar calorías. Se puede entender que sólo el 8 % hace ejercicio de forma regular.

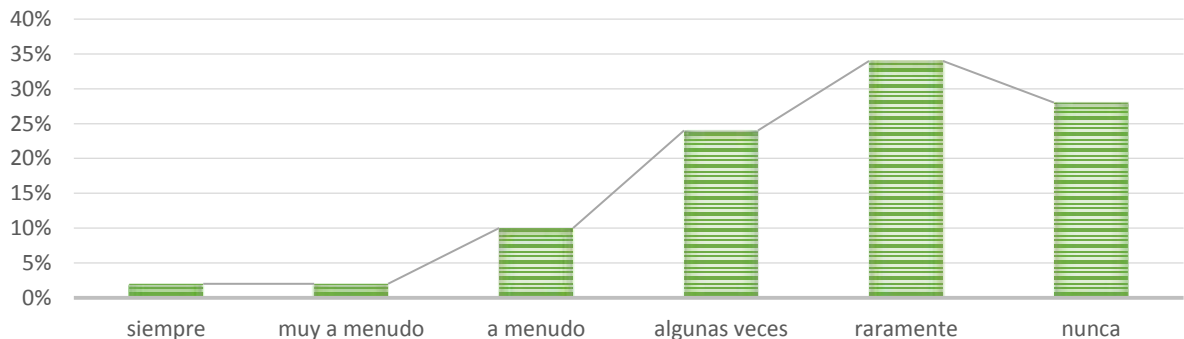
PREGUNTA 13. ¿LOS DEMAS PIENSAN QUE ESTOY DEMASIADO DELGADO/A?



Gráfica 13

En la gráfica no. 13 se observa que el 36% de la población señala que nunca los ven muy delgados, el 30% raramente, el 16% algunas veces, el 12% a menudo piensan que los ven muy delgados, el 4 % muy a menudo los ven, y el 2% mencionan que siempre los ven demasiado delgados.

PREGUNTA 14. ¿ME PREOCUPA LA IDEA DE TENER GRASA EN EL CUERPO?



Gráfica 14

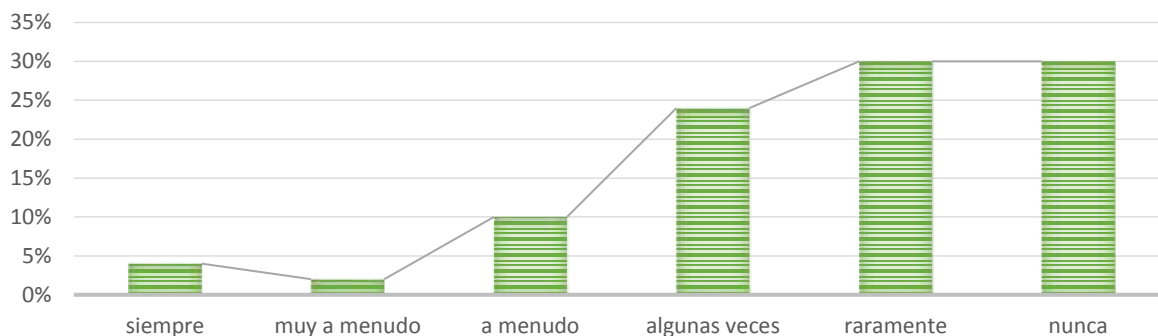
En la gráfica no. 14, al 28% nunca le ha preocupado la idea de tener grasa en el cuerpo, al 34% de la población raramente le preocupa, al 24% algunas veces le preocupa, al 10% a menudo, el 2% muy a menudo, y el 2% siempre les preocupa tener grasa en el cuerpo. Es extraño que al 28 % no le preocupa tener grasa en el

cuerpo, pero al 36% si se preocupa, algunas veces, por estar más delgado, y el 10% a menudo y muy a menudo se preocupan por estar más delgados. Se observa cierta contradicción entre no preocuparse por tener grasa en el cuerpo pero a la vez querer estar más delgado.



En la gráfica no. 15 se observa que el 18% nunca tarda más en comer que otras personas, 28% de la población raramente tarda en comer más tiempo que otras personas, el 24% algunas veces tarda más, el 16% a menudo, y el 14% siempre. Estos datos nos indican que el 46 % come más rápido que los comensales con quienes comparte la comida. Esta rapidez es probable que le permita ingerir más cantidad de comida en el mismo lapso o en menos tiempo.

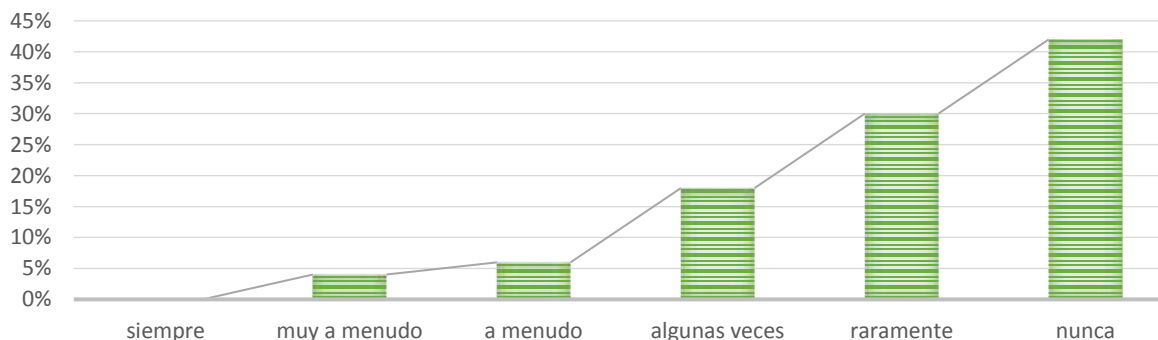
PREGUNTA 16. ¿PROCURO NO COMER ALIMENTOS CON AZUCAR?



Gráfica 16

En la gráfica n° 16 que se observa el 30% de la población nunca procura comer alimentos con azúcar, el otro 30% raramente lo hace, el 24% algunas veces lo hace, el 10% a menudo procura no hacerlo. El 4% siempre evita los alimentos con azúcar, y el 2% muy a menudo los evita. Podemos observar que el 60% no se preocupa por evitar la comida azucarada, la cual contiene muchas calorías.

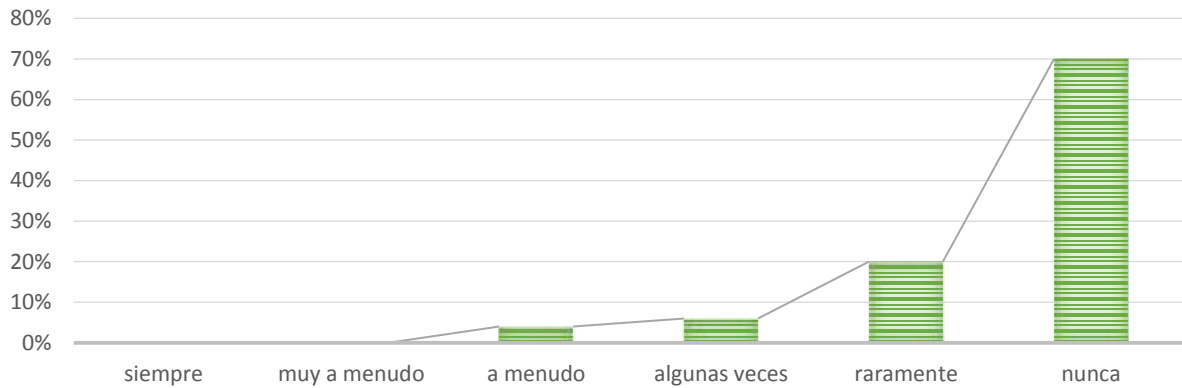
PREGUNTA 17. ¿COMO ALIMENTOS DE REGIMEN (DIETA)?



Gráfica 17

En la gráfica no. 17 se observa que el 42% de la población nunca como alimentos de dieta, el 30% raramente lo hace, el 18% algunas veces come alimentos de dieta, el 6% a menudo, el 4% muy a menudo los ingiere.

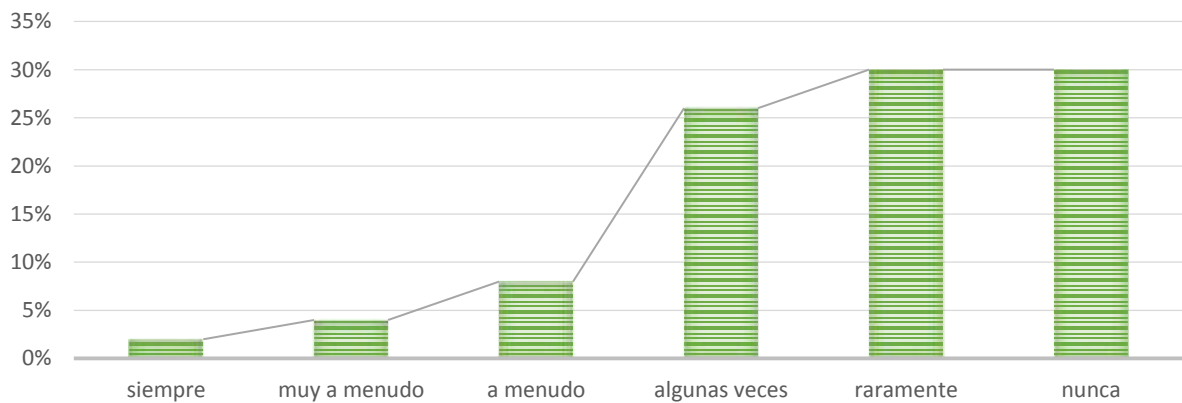
18. ¿SIENTO QUE LOS ALIMENTOS CONTROLAN MI VIDA?



Gráfica 18

En la gráfica no. 18 se observa que el 70% de la población nunca siente que los alimentos controlan su vida, el 20% raramente lo siente, el 6% algunas veces, y el 2% a menudo lo siente.

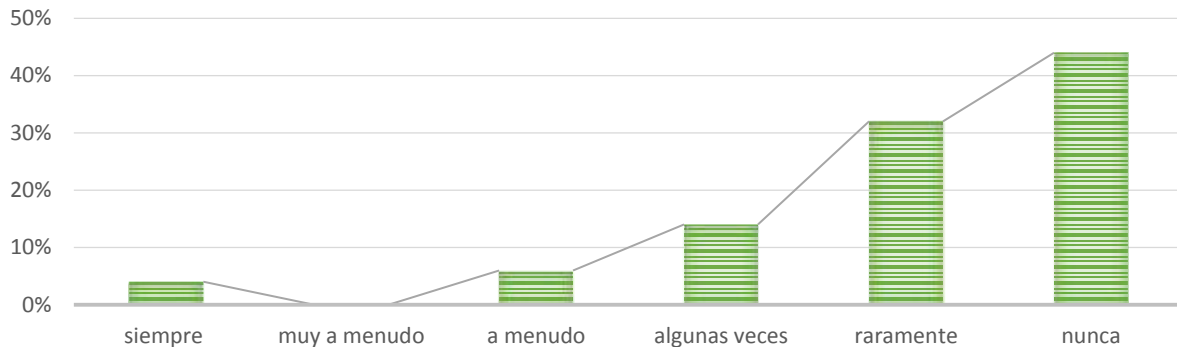
19. ¿ME CONTROLO EN LAS COMIDAS?



Gráfica 19

En la gráfica no. 19 se observa que el 30% de la población nunca se controla en las comidas, el otro 30% raramente lo hacen, el 26% algunas veces, 8% a menudo lo hace, el 4% muy a menudo lo hace y el 2% siempre se controla en las comidas.

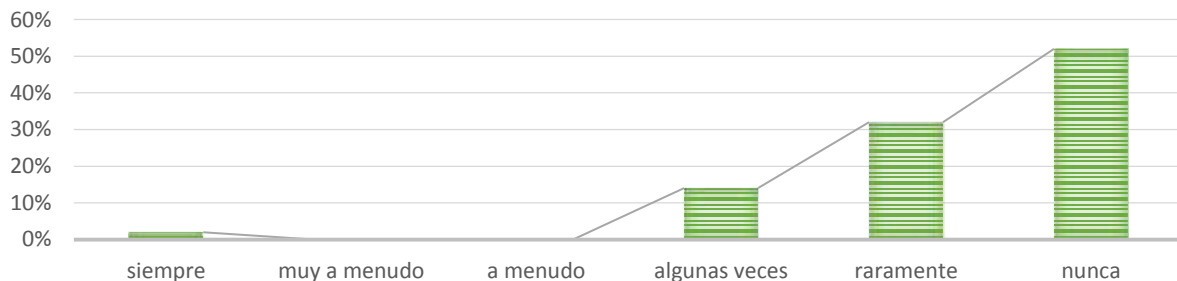
PREGUNTA 20. ¿NOTO QUE LOS DEMAS ME PRESIONAN PARA QUE COMA?



Gráfica 20

En la gráfica no. 20 se observa que el 44% de la población nunca los presionan para comer, el 32% raramente, el 14% algunas veces, el 6% a menudo los presionan para comer, y al 4% siempre los presionan.

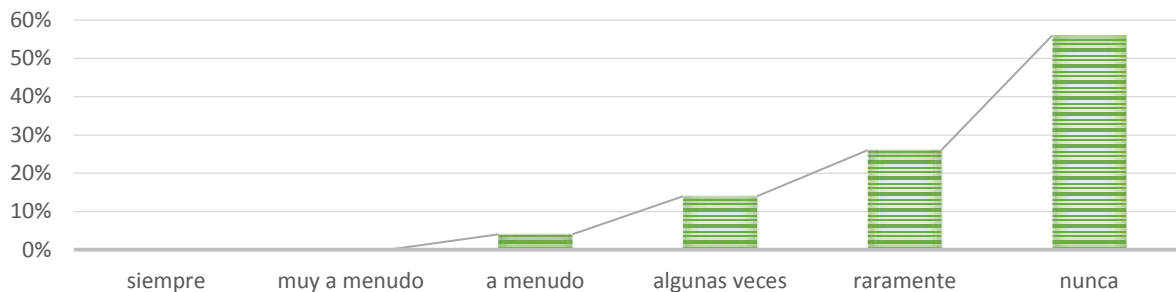
PREGUNTA 21. ¿PASO DEMASIADO TIEMPO PENSANDO Y OCUPANDOME DE LA COMIDA?



Gráfica 21

En la gráfica no. 21 se observa que el 52% de la población nunca pasan demasiado tiempo pensando en la comida, el 32% raramente lo hace, 14% algunas veces, el 2% siempre lo hace. Es posible que si eligieran un lugar en donde pudieran comer ensaladas o verduras o alimentos bajos en grasa, no subieran de peso.

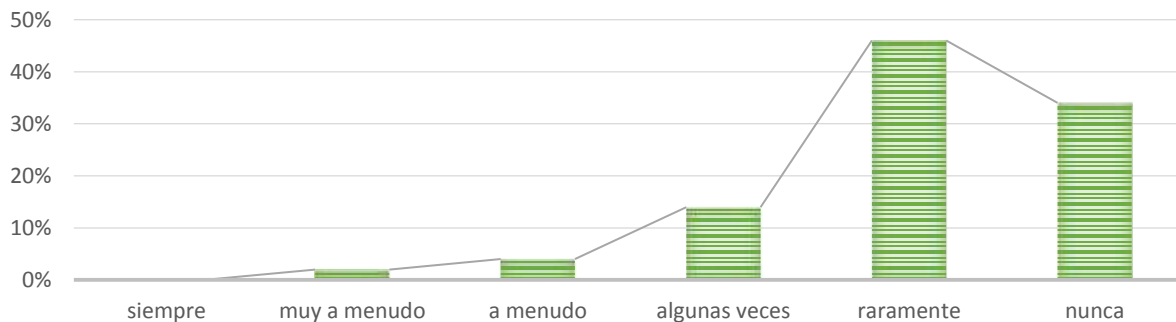
PREGUNTA 22. ¿ME SIENTO INCOMODO/A DESPUES DE COMER DULCES?



Gráfica 22

En la gráfica no. 22 que se observa el 56% de la población nunca se sienten incómodos después de comer un dulce, el 26% raramente lo hacen, el 14% algunas veces, el 4% a menudo se siente incómodo.

PREGUNTA 23. ¿ME COMPROMETO A HACER REGIMEN?



Gráfica 23

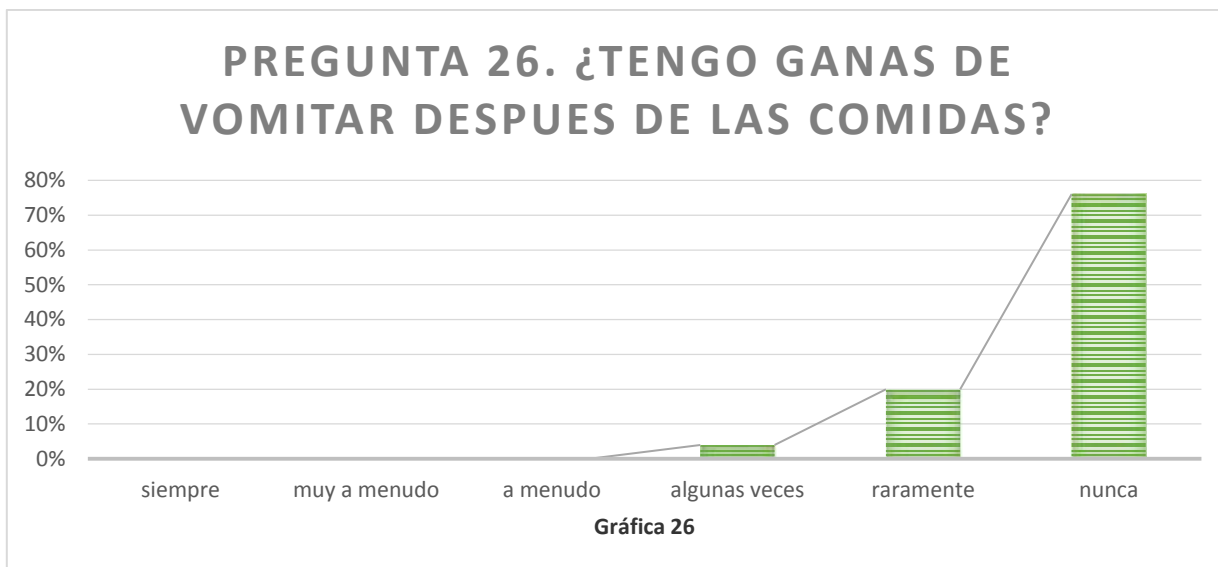
En la gráfica no. 23 se observa que el 34% nunca se compromete a hacer régimen, el 46% de la población raramente se compromete a hacer régimen, el 14% algunas veces, el 4% a menudo al igual que el 2% se comprometen hacer régimen. Podemos inferir que al parecer no hay un compromiso con la forma de comer aunque les preocupe estar delgados.



En la gráfica no. 24 se observa que el 64% de la población nunca le gusta sentir el estómago vacío, el 24% raramente, el 8% algunas veces, el 2% a menudo le gusta sentir el estómago vacío, al igual que el 2% que siempre le gusta.



En la gráfica no. 25 se observa que el 28% siempre disfruta comidas nuevas, 22% algunas veces lo hace, 18% a menudo, 16% muy a menudo, 14% raramente lo disfruta, y el 2% nunca disfruta probando comidas nuevas.



En la gráfica no. 26 se observa que el 76% de la población nunca tiene ganas de vomitar después de las comidas, el 20% raramente lo hace, y el 4% algunas veces.

El cuestionario auto-aplicado reporta síntomas o conductas de riesgo en cuanto a adquirir TCA, recalcando que no da un diagnóstico clínico. Es por ello que pretendemos hacer conciencia de la problemática que se puede vivir con los trastornos de la alimentación y poder llevar una vida saludable.

3.4.2 Resumen de los datos obtenidos en la aplicación del EAT 26.

Es a partir de estos resultados que es posible visualizar que la población se encuentra en una constante precaución por la apariencia física, y no tanto por encontrar una estabilidad en su estado de salud, es por esto que optan por seguir dietas y realizar ejercicio sin una supervisión profesional.

Por otro lado, un punto importante que llamó la atención a la hora de aplicar la escala fue que más del 80% de las personas participantes relacionaban algunas de las preguntas con un amigo, familiar o conocido, siendo las más aludidas: 6. ¿Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como?, 8.- ¿Noto que los demás preferirían que comiese más?, 17.- ¿Como alimentos de régimen (dieta)?, 23.- ¿Me comprometo a hacer régimen?

Se observa también que muy pocas personas que realizan ejercicio de forma regular, y en general no evitan ingerir alimentos que contienen azúcar, carbohidratos e ingieren pan sin inquietud por subir de peso. Todos estos hallazgos nos indican que existe riesgo real de que esta muestra de sujetos que participaron en el trabajo de campo de este estudio podrían en un futuro tener una tendencia a adquirir algún trastorno de la conducta alimenticia con base en las respuestas proporcionadas a la escala EAT 26 por lo que se justifica el diseñar un taller para la prevención de los trastornos de la conducta alimenticia dirigido a la población de donde se obtuvo la muestra que contestó el instrumento de recolección de datos.

3.6 Plática con la nutrióloga Treviño Villarreal.

Como parte de la información que se consideró útil recuperar para la interpretación de los datos obtenidos a través del trabajo de campo, entrevistamos a una nutrióloga para identificar qué información resultaba pertinente para nuestro trabajo de tesis.

Una vez comentando los resultados encontrados en los artículos de las distintas publicaciones, consideramos pertinente la colaboración de la Licenciada en Salud Pública y Nutrición María Antonieta Treviño Villareal, quién por medio de un breve cuestionario, nos realizó la siguiente aportación:

Nombre: Lic. María Antonieta Treviño Villarreal

Profesión y/o especialidad: Lic. en Salud Pública y Nutrición

- ¿Cuál es su función como nutrióloga?
Educar y apoyar a la gente a una buena educación alimentaria.
- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimenticia?
Los trastornos alimentarios es una patología ocasionada principalmente por un desorden en la alimentación, muchas veces por temor a subir de peso o falta de autoestima
- ¿Por qué se producen y como evitarlos?
Existen varios factores que podrían afectar a esta patología

- Psicológico: ya que tienen una distorsión de su propia imagen corporal, falta de autoestima o identidad.
- Biológicos: hay varios factores como neurológicos o falta de algunas sustancias químicas que pueden afectar estos trastornos.
- Sociales: la presión social o familiar, la falta de autoestima o el sentimiento de pertenencia pueden ser factores para esta patología

Una manera de evitarlos es teniendo una salud mental, alimentando la autoestima de los pequeños y una buena educación alimentaria.

- ¿Cómo detectarlos?

Es muy importante la observación y la atención tanto familiar como en la escuela. Notar si hay algún cambio brusco o repentino de peso, el sueño. Escuchar las pláticas, si todo el día el adolescente o la persona está hablando de comida, contando calorías, su obsesión por engordar o no engordar, hablando de dietas.

Observar el comportamiento al terminar de comer, si inmediatamente al terminar corre al baño, si utiliza laxantes o diuréticos para ayudar la pérdida de peso etc.

- ¿Qué es la bulimia nerviosa?

Es un trastorno el cual consiste en una comida desesperada o por atracones seguido de un vomito o muchas veces el uso excesivo de laxantes. Esta patología principalmente es por el sentido de culpabilidad después de un atracón.

- ¿Qué es la anorexia nerviosa?

Esta patología consta de privarse del alimento sobre todo por temporadas largas o por una ingesta muy baja de calorías, esto se puede detectar más fácilmente ya que hay una pérdida muy significativa de peso.

- ¿Qué es la obesidad?

Es un trastorno en el cual se caracteriza por un aumento muy significativo de peso y por una gran acumulación de grasa corporal.

- ¿Cuáles son los síntomas o características propias de la anorexia, bulimia y obesidad?

Irritabilidad, pérdida de sueño, pérdida de fuerza corporal por la falta de nutrientes, cambio de tonalidad de la piel (se vuelve más opaca o ceniza) en la bulimia puede haber una descalcificación dental y puede afectar también a constantes reflujos hasta úlceras gástricas o esofágicas por el ácido gástrico de los vómitos.

- ¿Cómo diferenciar la Obesidad del sobrepeso?

El sobrepeso es un aumento del IMC (Índice de masa corporal) mayor a 25, la obesidad se tiene un IMC mayor a 30.

En la obesidad algunos órganos pueden empezar a fallar.

- ¿Cuáles son las causas más comunes por las que las personas llegan a padecer alguno de estos desórdenes alimenticios?

Las causas más comunes son debido a la presión social y el sentido de pertenencia y sobre todo es importante recalcar que es un problema psicológico que sobre todo debe de ir acompañada por una terapia, el papel del psicólogo o terapeuta juega un papel muy importante, aquí es un trabajo en equipo el que se debe de llevar a cabo para poder tratar estos padecimientos.

- ¿Quiénes son más vulnerables hombres o mujeres? ¿Por qué?

Regularmente es más común en las mujeres, pero no es raro encontrar casos en los hombres. Las mujeres nos sentimos más presionadas y la vanidad juega un papel muy importante

- ¿Los medios de comunicación influyen en el padecimiento de alguno de los TCA?

Definitivamente, la imagen que manejan los medios de comunicación, nos presentan cuerpos esculturales y los adolescentes sobre todo siguen mucho estos patrones tratando de imitarlos.

- ¿La complexión física define si padecemos algún TCA?
Puede ser un indicador mas no es definitivo, son varios puntos los que se tendrían que revisar para ver si efectivamente se padece, Analizar el comportamiento, análisis clínicos y químicos, etc.
- ¿Cómo ayudar a quienes padecen alguno de los TCA?
Primeramente, se debe de canalizar con algún terapeuta o psicólogo, ya que esto es un problema psicológico, el paciente debe de estar consciente del problema que tiene y una vez así, con la aceptación se puede hacer una terapia nutricional.
- ¿Qué tratamientos existen actualmente? ¿Son a largo o corto plazo?}
Psicológico
Nutricional
Farmacológico
Todos son a largo plazo, ya que esto lleva un proceso de aceptación y entendimiento.
El apoyo de la familia es esencial para poder tener éxito.
- ¿Cómo saber que tenemos una buena alimentación?
Debe de haber un balance en todos los grupos de alimentos.
Hacer de cuatro a cinco comidas diarias
Sentirse activo, con vitalidad y sin sueño.
Análisis químicos y sanguíneos con regularidad.
Mantener un IMC adecuado y estar en su peso ideal.

- Desde su punto de vista como profesionalista ¿Cuáles serían sus recomendaciones en relación al tema? Principalmente educar sobre todo a nuestros niños en la importancia de una buena alimentación, alimentar sobre todo la autoestima; ya que la sociedad o los medios de comunicación pueden ser muy dañinos para nuestras generaciones.

El cuestionario se encuentra relacionado con los trastornos de la conducta alimenticia (TCA) Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad. Consideramos importante y agradecemos su aportación como profesionalista.

Ahora bien, según la aportación realizada por la especialista en nutrición las mujeres se encuentran mucho más propensas en caer dentro de un trastorno alimenticio antes que los hombres, también menciona que hay factores (psicológicos, biológicos y sociales) determinantes que influyen en el desarrollo de estas enfermedades. Además, la nutrióloga considera que el impacto de los medios es muy importante en la idea de la figura que las personas deben presentar, en donde la delgadez, llega ser sinónimo de aceptación social. El tratamiento que ella considera adecuado incluye informar sobre la importancia de una buena alimentación, así como el elevar la autoestima de las personas. Sin olvidar el generar conciencia en la gente de balancear la alimentación, el aceptar que se tiene un problema y el entender cómo atenderlo.

Capítulo 4. Propuesta de un ciclo de conferencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han generado actualmente problemáticas que día con día siguen aumentando en la población mexicana, es importante destacar que estos trastornos no se diferencian en sexo, edad, nivel socio-económico, nivel educativo, condición física, etc. Por esta razón buscamos crear conciencia ante esta problemática alimenticia, por consecuencia hemos elaborado una propuesta basada en un Ciclo de Conferencias con el que se logre prevenir, informar y orientar a los jóvenes estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) para que éstos no sean parte de las cifras que representan los trastornos de la conducta alimentaria y así evitarlos, ya que estos pudiesen ocasionar la muerte de cualquier individuo.

4.1 ¿Qué es un ciclo de conferencias?

Ahora bien, la presentación de la información se realizará por medio de un Ciclo de Conferencias ¿pero a qué nos referimos con Ciclo de Conferencias? si orientamos nuestra idea a partir de lo particular a lo general, debemos identificar inicialmente qué entendemos por conferencia.

Para Seeking y Farrer (1999, p. 21) una conferencia “se emplea para describir cualquier tipo de reunión, y el objetivo principal de estas es...que la gente interactúe y se comunique”. Mientras que para Fonseca (2005, p.56) una conferencia es una “disertación muy usual en nuestra época, con la que se difunden ideas y conocimientos, sobre todo en el área científico-académica”, ambas ideas tienen mucho en común y al realizar una conferencia se pretende informar al público de algún tema en específico, con la ayuda de éste mismo, es decir, el público tendrá la tarea de realizar preguntas de interés al ponente, con la finalidad de aclarar todas sus dudas en cuanto al tema expuesto.

Las características de una conferencia son las siguientes: 1) los objetivos de la conferencia, 2) la forma en la que se pretende presentar la información y 3) la estructura de la conferencia, es decir, debe contar con una introducción, un cuerpo del discurso y una conclusión con la que busca cumplir su objetivo.

Por otro lado, en cuanto a la manera más adecuada en la que debe elaborarse una conferencia los autores Ander-Egg y Aguilar (1989, p. 10) sugieren seguir las siguientes recomendaciones:

- 1- ¿Qué voy a comunicar? En éste punto es necesario tener claro el tema o el mensaje que se quiere transmitir.
- 2- ¿A quién voy a comunicar? Cuál será el público destinatario considerando características todos como la edad, el sexo, la condición social, las profesiones, el nivel cultural, las costumbres, etc.
- 3- ¿Cómo lo voy a comunicar? Seleccionar los medios y los procedimientos, en este apartado se requiere pensar en el material de ayuda ya sea videos, presentaciones con dispositivos, en imágenes o en cualquier elemento que sea de apoyo para que la presentación de la información sea más clara e interesante.
- 4- ¿Para qué voy a comunicar? Éste es uno de los puntos más importantes, ya que es aquí donde se deben plantear los objetivos que se busca cumplir al realizar una conferencia

Como ya se mencionó, estas son algunas consideraciones viables para la realización de una adecuada y exitosa conferencia. Hasta el momento hemos presentado la información en relación a las conferencias y lo que éstas implican, sin embargo, aún nos falta determinar en qué consiste un Ciclo de Conferencias.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (<http://lema.rae.es/ciclodeconferencias>, 2015) un Ciclo de Conferencias se refiere a una “serie de conferencias u otros actos de carácter cultural relacionados entre sí, generalmente por el tema” Es así como llegamos a la conclusión de que el diálogo expuesto por profesionales y/o expertos en temas especializados, en donde se

realiza una secuencia de pláticas en el mismo tema, se le considera Ciclo de Conferencias.

El Ciclo de Conferencias que se propone se dividió en tres sesiones:

- En la primera sesión se darán a conocer algunas cifras de los trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad) en México, así como la importancia de la Educación para la Salud en relación con esta problemática.
- En la segunda sesión se dialogará acerca de las características, daños tanto físicos, como emocionales y sociales generados por los trastornos alimenticios.
- En la tercera sesión se hablará acerca de las estrategias para prevenir cualquiera de los trastornos alimenticios, esta sesión se complementará con testimonios de personas que han sufrido algún trastorno alimenticio y con sugerencias de los Centros de Ayuda para la Prevención de los trastornos Alimenticios.

En esta última sesión se entregará a los asistentes una hoja en la que puedan verter sus comentarios y sugerencias con respecto al Ciclo de Conferencias

4.1 Primera Conferencia

“La educación para la Salud y su importancia para la prevención de los trastornos de la alimentación.”

Objetivo: Se informará a los asistentes acerca de la Educación para la Salud y la importancia que ésta tiene en cuanto a la prevención de los trastornos de la alimentación.

Metodología:

- ❖ Se le dará la bienvenida a la conferencia a los asistentes.
- ❖ Se explicará en qué consiste la Educación para la Salud.
- ❖ Se informará acerca de la importancia de una buena alimentación basada en el plato del “Bien Comer”.
- ❖ Al finalizar se otorgarán 20 minutos para resolver las dudas planteadas.

Fundamentación

La Educación para la Salud es un término muy complejo, actualmente existen una serie de definiciones que responden al término Educación para la Salud. En cuanto a los diferentes términos relacionados, podría decirse que la educación y la salud son dos acciones que se encuentran totalmente separadas, que su campo de acción no podría unirse; sin embargo, están íntimamente ligadas porque ambas comparten un objetivo en común que es el desarrollo del ser humano, asimismo proporcionan las condiciones y los elementos necesarios para que éste evolucione satisfactoriamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) menciona que “la educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano. Al buscar ambas acciones un mismo fin, logran desarrollar un potencial óptimo en el individuo y es por esto que una se apoya de la otra.

Ahora bien, cuando hablamos de educación consideramos los siguientes atributos:

- La etimología del término educación está compuesta por el vocablo educere, el cual está inclinado a promover, conducir y tutelar el desarrollo, crecimiento y desenvolvimiento de la personalidad, a partir de un monitor exterior, por lo tanto, esta concepción del término genera un “proceso de autodesarrollo, construcción y creación de la propia personalidad, el sujeto en formación es el generador de su propio desarrollo de manera libre” (Perea, 2009, p. 16).

Por otro lado, a partir del este primer término se deriva el vocablo educare el cual tiene como significado hacer salir, extraer y dar a luz, esta concepción se enfoca más en promover el desarrollo interior del educando, es decir, se centra en lo intelectual y de alguna manera en lo cultural, por lo tanto, busca desarrollar a partir de las potencialidades cognitivas propias del educando el intelecto y el conocimiento (Barba, 2002, p. 15).

- Algunas de las definiciones sobre educación expuestas por diversos autores:

- Durkheim (1922, p. 34) “la educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social”.
- Jonh Dewey (2004, p. 43): “es aquella reconstrucción o reorganización de la experiencia que da sentido a la experiencia y que aumenta la capacidad para dirigir el curso de la experiencia subsiguiente”.
- “La educación es un proceso de formación. Ahora bien, este no se lleva a cabo sin la influencia del/os otro/s y del entorno en que se vive. La educación debe promover desde fuera para lograr ese desarrollo perfectivo” (García, Ruiz, García, 2009, p. 87).

En cuanto a Salud tenemos las siguientes características:

- El origen etimológico del término salud “proviene del latín salus-utis y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Perea, 2004, p. 43)
- Algunas definiciones realizadas en cuanto a Salud:
 - Para Calvo (1992, p. 21) “la salud es un proceso dinámico que tiene que ver con lo variable, lo adaptativo y lo normal”
 - La salud es el “goce pleno y armonioso de todas las facultades” (Vargas ,2004, p. 76)
 - La salud considerada por la OMS (2014) como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”
- En cuanto a la Educación para la Salud (EpS), esta surgió con la intención de cubrir necesidades que son resultado de la evolución y desarrollo de la sociedad, tratando de mejorar las condiciones de vida de los individuos por medio de una educación que este enfocada a prevenir y promover el acceso

a la salud, utilizando estrategias que estimulen, desarrollen, apoyen y originen la participación de la población en general.

- La Secretaría de Salud (<http://www.who.int/dg/speeches>, 2014) define a esta rama de la educación como, el “proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva”.
- Ya que uno de los principales fines de la EpS es lograr en los educandos la reflexión y concientización, en relación a la estabilidad del factor salud y retomando los trastornos de la alimentación en la población, cabe mencionar que una de las propuesta implementadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal a partir del año 2005 es la Norma Oficial Mexicana (NOM-043), la cual clasifica a los alimentos en tres grupos: verduras y frutas; cereales y tubérculos; leguminosas y alimentos de origen animal. Dicha clasificación se representa gráficamente en el “Plato del Bien Comer “, con la finalidad de que a la población se le facilite la selección y el consumo variado de los alimentos dentro de su dieta diaria en los diferentes tiempos de comida (desayuno, comida y cena). Es así que ésta podría ser una de las herramientas más recomendadas y aceptadas por ser muy vistosa, de fácil acceso y entendimiento.
- La información se representa en forma de un plato, porque es así como la visibilidad de los diferentes alimentos es más precisa. La elección de alimentos de cada uno de los grupos hace que una dieta alimenticia sea completa.
- Se busca que haya variación y combinación de alimentos de los tres grupos alimenticios en los distintos menús, para que estos contribuyan con las necesidades nutricionales de cada persona tomando en cuenta la edad, el sexo, la estatura, la actividad física o el estado fisiológico.

4.2 Segunda conferencia

“Características y daños de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobrepeso y obesidad”

Objetivo: Se dialogará acerca de las características y daños tanto físicos, como sociales y psicológicos de los trastornos de la alimentación.

Metodología

- ❖ Se proporcionará información relacionada con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad
- ❖ Se proyectará un video llamado “trastornos alimenticios”
- ❖ Al finalizar se asignará 20 minutos para responder los cuestionamientos planteados.

Fundamentación:

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en la dieta diaria, una de estas alteraciones es comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un trastorno de la alimentación puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. Hay que hacer notar que los trastornos se cobijan a la sombra del cuadro de moda de la sociedad. El perfil característico que se tenía de los trastornos era: enfermedad típica de las clases socioeconómicas altas y comienzo en la adolescencia, este contexto ha cambiado y poco a poco la edad de inicio se da más temprana, extendiéndose a todas las clases sociales, sin importar el género.

Los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y sobrepeso. Son enfermedades reales y tratables, con frecuencia coexisten con otras enfermedades como: la depresión, el abuso de

sustancias o trastornos de ansiedad. ([http:// NationalInstitute of Mental Health](http://NationalInstitute of Mental Health), 2014)

Según datos de la Organización mundial de la salud (OMS), los trastornos alimenticios son la tercera causa de muerte en los adolescentes, solamente después de los accidentes de tránsito y la adicción a las drogas.

La anorexia nerviosa, se caracterizan por un deseo intenso de pesar menos, cada vez menos, intenso miedo a la gordura y una alteración del sistema corporal, que hacen que las afectadas se vean mucho más gruesas de lo que en realidad están. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga (Riobó, 2001)

Tipos de anorexia, se diferencian dos tipos de anorexia, anorexia restrictiva y anorexia bulímica según Riobó, 2001 (p. 14) el primer modelo es el que se refiere a la anorexia restrictiva, en ésta se presenta una restricción cada vez mayor de la ingestión de alimentos, hasta llegar a estados de inanición. Reduce su ansiedad y sus preocupaciones sobre su gordura y el incremento de peso evitando el consumo de alimentos. La pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo, no se recurre a atracones ni de purgas.

El segundo tipo es el de anorexia bulímica, en este subtipo se desarrolla episodios de gran voracidad, que contrarrestará empleando métodos purgativos, auto-provocación del vómito y ejercicio excesivo que reducen su ansiedad, cualquier conducta es aceptada para evitar engordar. Entre el 30 y 50 % presentan episodios de bulimia.

Características de la anorexia nerviosa

A continuación, se muestran algunas de las principales características, de los síntomas y de los cambios físicos y emocionales sufridos en los individuos que presentan anorexia nerviosa.

- Miedo a engordar, que no disminuye aun perdiendo peso.
- Total resistencia a ingerir alimentos ricos en calorías.

- Sentimiento de culpa si la persona considera que se ha extralimitado.
- Imagen distorsionada de su cuerpo: la persona se ve gruesa, aunque pese la mitad de lo que corresponde por su edad, su sexo y su altura.
- Inexistencia de enfermedades que expliquen la pérdida de peso.

Los síntomas físicos son:

- Piel fría por pérdida de grasa corporal (hipotermia).
- Dolor al sentarse.
- Presión baja
- Latido del corazón más lento de lo normal menor de 60 pulsaciones por minuto.
- Estreñimiento grave.
- Indigestión aunque se coma muy poco.
- Anemia por deficiencias orgánicas de hierro y proteínas.
- Síntomas de osteoporosis (pérdida de masa ósea): los huesos se vuelven frágiles y vulnerables a las fracturas.
- En el caso de las mujeres se suspende el ciclo menstrual.
- Aumento del vello corporal.

Bulimia nerviosa: La palabra –bulimia- procede de los términos griegos buos (buey) y limos (hambre), es decir hambre de buey. El bulímico está ligado física y psíquicamente a la comida; traga compulsivamente los alimentos, su alimentación puede estar compuesta sólo por chatarra y carbohidratos. Al igual que las personas anoréxicas, las personas con bulimia intentan dietas de adelgazamiento en diferentes ocasiones” (Doy, 1999, p.67).

Tipos de bulimia: Al igual que la anorexia, también con la bulimia se pueden identificar dos tipos: bulimia purgativa y bulimia no purgativa.

Las describe Cervera (2005, p. 31). “Se encuentra la bulimia purgativa, en esta se generan los atracones los cuales van seguidos de vómitos autoinducidos o se suele utilizar laxantes y diuréticos que sin medida alguna se llega al abuso de los mismos, estas personas suelen tener mayor ansiedad y una mayor preocupación por su imagen corporal. Por otro lado, en cuanto a la bulimia no purgativa un estado se

producirán atracones, los cuales estarán seguidos de otras conductas compensatorias, tales como; el ayuno, la dieta restrictiva y el exceso de ejercicio físico”.

En la bulimia nerviosa, se come en grandes cantidades que las acompañan con conductas no favorables para su cuerpo, como el vómito provocado, métodos para reducir de peso ejercicios y laxantes. De esta forma ya no se sienten culpables por comer.

Características de la bulimia nerviosa

Algunos hábitos y acciones practicadas por una persona bulímica presentan las siguientes características, las cuales pueden variar:

- Ingerir grandes cantidades de alimentos en periodos muy cortos dos veces por semana.
- Sensación de falta de control, cuando se come vorazmente, la persona no se siente capaz de dejar de comer.
- Gran preocupación por el peso y por mantener la línea.
- Comer en secreto, se avergüenzan de su conducta alimentaria.
- Auto-provocación del vómito, empleo de laxantes periodos de ayuno y ejercicio físico intenso para prevenir el sobre peso, todo esto se alterna con atracones de comida.
- No saben cuándo tienen apetito o está saciados.

Síntomas físicos de la bulimia:

- Problemas dentales: caries o, incluso, pérdida de dientes.
- Dolores de garganta.
- Inflamación de las glándulas salivares a consecuencia de los frecuentes vómitos.
- Deshidratación causada por el abuso de laxantes y los vómitos.
- Disminución de los reflejos.
- El corazón no late adecuadamente.
- Constante sensación de sed.

- La luz resulta molesta.
- Cólicos (dolores en el abdomen) y calambres.
- No se absorben adecuadamente nutrimentos muy importantes para el organismo.

Obesidad y sobrepeso: La obesidad es una “enfermedad crónica tratable, se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. Aparte del problema que de por sí representa la obesidad, los expertos advierten que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma muy evidente patologías graves como la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica), e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales.” (<http://www.dmedicina.com>, 2014)

La Secretaria de Salud del Distrito Federal (<http://www.ssdf>, 2014) nos menciona que “La obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México, puesto que nuestro país es el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y en segundo lugar se encuentran los adultos”.

Las características de la obesidad y el sobrepeso se mencionarán a continuación:

- Poca actividad física.
- Aumentan en la cantidad de comida que se ingiere.
- Aumento de peso.
- Dificultad para respirar (durante el día y al dormir).
- Fatigues.
- Cansancio.
- Dolor de las articulaciones en rodillas y pies.
- Reflujo y acidez.
- Hinchazón.
- Dolor y calambres en las piernas.
- Pérdida de control para orinar.

4.3 Tercera conferencia

“Instituciones que ayudan a tratar los trastornos de la alimentación”

Objetivo: Se elaborará una presentación con información acerca de los trastornos de la alimentación, así como de profesionales representantes de instituciones que ayuden a tratar los trastornos de la alimentación.

Metodología

- ❖ Se mencionarán algunas instituciones que brinden información y apoyo, para quienes lo necesiten.
- ❖ Al finalizar se otorgarán 30 minutos para responder a los cuestionamientos planteados.
- ❖ Se entregará a los asistentes una hoja, en la cual deberán anotar sus comentarios y sugerencias en relación a la presentación de la información, para ser consideradas en un futuro.

Centros e Instituciones de atención

- Hospital Médica Sur: Cuenta con el servicio clínico de Trastornos de la Conducta Alimentaria, donde apoyan psicoterapia, nutrición, endocrinología y gastroenterología, ayudan y orientan a las personas a estar en armonía con su cuerpo. Brindan la información y apoyo a quienes requieran de ayuda profesional.

Teléfono: 5424-7200

Teléfono de Urgencias: 01800 000 URGE (8743)

Dirección: Puente de piedra 150, Toriello Guerra, México, Ciudad de México.

- **Oceánica:** Es un centro en el cual se atiende de manera profesional, problemas de alcoholismo y otras adicciones, así como trastornos de la conducta alimentaria y ludopatía. Este centro tiene toda una trayectoria institucional recuperando vidas y familias

Dirección: Av. Porfirio Díaz 102, Noche Buena, 03720 Benito Juárez, Ciudad de México.

Teléfono: 01 55 5615 3002

Sitio Web: <http://www.oceanica.com.mx>

- **Clínica Metamorfosis:** En “Metamorfosis” se ocupan a través de sus servicios la rehabilitación de personas con adicciones como: alcoholismo, drogadicción, juego compulsivo, sexo desordenado, bulimia, anorexia, codependencia, depresión, y cualquier tipo de dependencias físicas o emocionales. Este centro a pesar de no estar dentro del D.F. se encuentra a muy poco tiempo de distancia.

Dirección: Calle San Gaspar #42, Col. Pedregal de las Fuentes, Jiutepec, Morelos (a 10 minutos de Cuernavaca)

Teléfono: (777) 243- 2857

Sitio Web: <http://www.clinicametamorfosis.com.mx>

- **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán.** Este Instituto cuenta con una clínica especializada en anorexia y bulimia, en donde se cuenta con todo el apoyo para las personas que sufren de algún trastorno alimenticio, así también se les brinda apoyo a los familiares.

Dirección: Vasco de Quiroga No. 15, colonia Sección XVI, Tlalpan 14080, Ciudad de México.

Teléfonos: 55-73-12-00 y 55-73-01-11 fax: 6-55-10-76.

Sitio web: www.innsz.mx

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” es un lugar donde se trabaja para la prevención de las enfermedades mentales, en la atención de las personas y en las recomendaciones políticas públicas.

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Dirección: Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14073, Ciudad de México.

Teléfono: 56-55-28-01.

Sitio web: www.impcdsm.edu.mx

Conclusiones

Gracias a esta investigación se ha tenido la oportunidad de profundizar en un tema clave en la vida contemporánea, los trastornos de la alimentación que representan un problema de salud para la sociedad mexicana y que afecta a todos los estratos sociales, pero que es más recurrente en jóvenes mujeres y cuyo daño es muy significativo para quienes lo padecen. El desarrollo tan acelerado de estos desórdenes alimenticios se atribuye al progresivo desenvolvimiento urbano, a las enormes campañas publicitarias en pro de modelos estéticos predefinidos.

Este desajuste en la salud alimenticia de la población nos obliga a buscar alternativas que prevengan a la población principalmente a los jóvenes para que estos tomen conciencia de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que estos trastornos traen consigo.

Al abordar el tema de los trastornos alimenticios se ha puesto de manifiesto que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el sobrepeso y obesidad son las principales anomalías alimenticias, que son muy diferentes en cuanto a su sintomatología, pero muy similares en cuanto a sus causas. Dejando claro que este tipo de problemáticas se encuentran ligadas a cambios emocionales bruscos, estados de depresión, al encontrarse en descontento con su cuerpo, entre otros, es decir, son enfermedades que se desencadenan de manera multifactorial y por ello su tratamiento debe estar constituido por un equipo multidisciplinario.

Debido a la gravedad de estos padecimientos toda propuesta, ayuda o acercamiento puede generar la prevención de los mismos, actualmente hay campañas y centros de ayuda especializados fomentando la prevención, sin embargo, aún existe la desinformación sobre todo en grupos vulnerables, cabe mencionar, que siempre existirá el riesgo de proporcionar información sin lograr la modificación de ningún tipo de actitud, por ello el fracaso de varios, programas, cursos o talleres anteriormente implementados. Consideramos importante que antes de implementarse cualquier estrategia en a favor de la prevención de enfermedades de este tipo es pertinente conocer ampliamente el tema, apoyarse

en la Educación para la Salud, por ello, proponemos un Ciclo de Conferencias en donde se identifiquen los trastornos alimenticios, se caractericen las sintomatologías de cada uno, en donde se ofrezcan medidas de prevención, se oriente a la población y de ser necesario se canalicen casos a los centros de ayuda, todo esto con el apoyo de especialistas, el objetivo general de nuestra investigación “elaborar un Ciclo de Conferencias para informar y prevenir los trastornos alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en alumnos de la Universidad Pedagógica Nacional”, se ha alcanzado a través de la propuesta incluida en el capítulo 4, donde se desarrolla cada una de la conferencias que conforman nuestra presentación.

Sin duda que esta ha sido una experiencia muy enriquecedora y de gran aprendizaje sobre todo al conocer la dimensión y consecuencia de los trastornos alimenticios dejándonos mucho que pensar y más por hacer, es motivante encontrar un instrumento de fácil aplicación como el EAT-26 y que a través de su medición es posible identificar señales que nos den pauta a cambiar hábitos alimenticios que no están favoreciendo la calidad de vida.

En cuanto a recomendaciones, de manera general podemos decir que se deben explorar más posibilidades de difusión de la información en la sociedad y promover a través de propuestas como la presente la información, generar espacios en donde se escuche la opinión de la audiencia receptora sin duda serán acciones muy enriquecedoras, ahora bien considerando nuestra propuesta basada en ciclo de conferencia es necesario e importante integrar la opinión de quienes nos escuchan ya que basados en esas intervenciones la opinión de los expertos se complementa y el fundamento se vuelve sólido.

Bibliografía

- Acosta, M. y Ernesto López (1996). EpS: una estrategia para cambiar los procesos educativos. Argentina: Pearson, p. 20
- Ander-Egg, E., Aguilar, Ma. J. (1989). Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Buenos Aires: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
- Ángeles y Castro (2003). Educación para la salud. Barcelona, España: Editorial Laertes, p.28.
- Bang, L.(2015).Esclava de tu peso, ¡No más! . Revista Fernanda.Num.132, p. 71-77
- Barba, M.,L. (2002). Pedagógica y relación educativa. México: Editorial Emma Paniagua Roldan, p.15.
- Calvo, S. (1992). Educación para la salud en la escuela. Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A., pp.20-21.
- Cervera, M. (2005). Riesgos y prevención de la anorexia y bulimia. Madrid, España: Pirámide, pp.31-34.
- Dewey, J. (2004) Democracia y educación. Madrid: Ediciones Morata, S.L. pp. 43-87.
- Doy, P.; colab. Mármol E.; Calvo. S. (1999). Anorexia y bulimia la solución natural. Barcelona: Illustrated, pp.13-36.
- Durkheim, E. (1989). Educación y sociología, 2ª ed. México: Colofón, pp.15-34.
- Escalera, B. J. (2011). La educación en Platón como proceso de humanización: El grito que se perdió en Grecia. España: Editorial Académica. p. 54.
- Fonseca, Ma. S. (2005). Comunicación oral. Fundamentos y práctica estratégica. México: Pearson Educación, p.56.
- Fuentes Molinar, Olac (1980). Los maestros y el proceso político de la UPN, México: Editorial Movimiento, p. 39.

- García, H. M., Martínez C. F., Utrilla A. A., Murillo C. R. Ma. (2006) Ats/duo Vol.I Personal Laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Editorial Mad, S.L., 2da Edición, 2006: España, pp.35-411.
- García, L., Ruiz, M. y García, M. (2009). Claves para la educación: Actores, agentes y escenarios en la sociedad actual. Madrid, España: Narcea, S.A.de Ediciones, pp.35-87.
- Gavidia, C., V. y Rodes, S., Ma. J. (2000). Desarrollo de la Educación para la Salud y del Consumidor en los Centros Docentes. Ministerio de Educación y Cultura, pp.13-36.
- Gómez, O. (2007). Educación para la salud. San José, Costa Rica, p.12.
- Gorab, A., I., Ma.del Carmen. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. 1era Ed., México: Editorial UNAM.
- Martínez, R., Costa, M. y López, E. (1996): Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide.
- Paciano, F. A., J. Capella Ribera, A.J. Collom Cañedas (2007). Material didáctico para el curso de "Teoría de la educación". Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, p. 184.
- Jiménez Nájera, Yuri (2003). Democracia académico -sindical y reestructuración educativa en la UPN, México: Editorial AFL-CIO:UAM, p.17.
- Porras Arévalo, Julia (2010). La escuela, promotora de la educación para la salud, Editorial: Visión Libros: Madrid España, p. 106.
- Diccionario Psicología y Pedagogía (2004). Ciclo. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Perea, Q.R. (2004). Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos. pp. 16-29.
- ... (2009). Promoción y Educación para la Salud: tendencias innovadoras. España: Editorial Díaz Santos.
- Riobó, S., P. (2001). La alimentación y sus trastornos. Madrid: Editorial Cooperación, pp. 11-37.
- Roberto Hernandez Sampieri (2008). Metodología de la Investigacion. Mexico: Editorial Ultra, p 15-19.

- Rodríguez, S. (2002). Salud Pública y Salud Mental. Salud mental del niño de 0 a 12 años. Módulo 1. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, p. 88.
- Roing, I. J. (2006). La educación ante un nuevo orden mundial. Editorial Díaz de Santos, p. 415.
- Seeking, D., y Farrer, J. (1999). Como organizar eficazmente una conferencias y reuniones. Madrid: Fundación Confemetal, p. 21.
- Vargas, O. F. (2004). Educación para la salud, 3era edición, México, D.F.: Editorial Limusa, S.A. de C.V., pp. 10-76.

Consultas electrónicas

- Ávila Baray, H.L. (2006) Introducción a la metodología de la investigación. Edición electrónica. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/>, Noviembre 2015.
- De Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M.A., Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Revista ELSEVIER, 130(13), doi: 10.1157/13119489, Junio 2015.
- DMedicina (2014). Enfermedades: Obesidad. El mundo es. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/obesidad> dmedicina.com, Mayo 2015.
- Fomento de Nutrición y Salud (2014). Guía practica para aprender a combinar los alimentos con el plato del bien comer. Recuperado de: www.fins.org.mx/contenido, Mayo 2015.
- Iñarritu Pérez, M.C., Cruz Licea, V., Morán Álvarez, I.C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>, Junio 2015.

- Ley General de Salud (2014). Artículos 110, 111,112 y 132 CAPITULO I Disposiciones Comunes. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/ley_gral.html, Junio 2015.
- MedlinePlus (2014). Índice de Masa Corporal. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus.htm>, Abril 2014.
- Monterrosa, A., Boneu, D., Muñoz, J., Almanza, P. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. Revista Ciencias Biomédicas, 3(1). Recuperado de <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article/view/179>, Abril 2014.
- NationalIntituteHealth (2014). Trastornos de la alimentación. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/index.shtml>, Febrero 2014.
- Noticieros Televisa (2014). Problemas alimenticios en México: Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: noticieros.televisa.com, Mayo 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2014). La educación y la salud están íntimamente unidas. Recuperado de http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/. Marzo 2015.
- ... (2014). Preguntas frecuentes: ¿Cómo define la OMS a la Salud? Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, Junio 2014.
- ... (2014). Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/plato_bien_comer.pdf. Mayo 2015.
- ... (2014). Característica y síntomas de la obesidad y el sobrepeso. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/obesidad_sobrepeso, Enero 2015.
- Real Academia Española. (2001). Ciclo. En Diccionario de la lengua española (22.^a ed.). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/srv/search>, Mayo 2015.

- Secretaria de Salud (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Recuperado de <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/05/NOM-015-SSA2-2010.pdf> , Agosto 2015.
- Secretaria de Salud del Distrito Federal (2014). Sobrepeso y Obesidad. Recuperado de <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.>, Abril 2015.
- ... (2014). Salud Publica en México. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx>, Junio 2015.
- UPN (2014). Resumen del informe de la comisión para la evolución institucional. Mecnograma. Secretaria Académica, Rectoría de la Universidad Pedagógica Nacional. México. Recuperado de: <http://www.upn.mx.>, Junio 2015.
- Veloso Gouveia, Valdiney; Lucena Pronk, Sandra de; Santos, Walberto S.; Gouveia, Rildésia S. V.; Cavalcanti, Jane P. N. (2010). Test de Actitudes Alimentarias: Evidencias de Validez de una Nueva Versión Reducida. *Interamerican Journal of Psychology*, Sin mes, 28-36. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>, Junio 2014.
- Villa, A. J. Ma., Ruiz, M.E., y Ferrer, A. J.L. (2006). Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Recuperado de www.saludextremadura.com/.../Antecedentes+y+Conceptos+de+EpS.pdf

ANEXO 1

Tabla no.3.- cuestionario Eat-26

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1. ¿Me da mucho miedo pesar demasiado?	2%	10%	10%	22%	26%	30%
2. ¿Procuro no comer aunque tenga hambre?	0%	0%	6%	18%	38%	38%
3 ¿Me preocupo mucho por la comida?	2%	0%	18%	32%	28%	20%
4. ¿A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer?	0%	0%	2%	4%	36%	58%
5. ¿Corto mis alimentos en trozos pequeños?	0%	12%	12%	30%	26%	20%
6. ¿Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como?	0%	0%	12%	10%	18%	60%
7. ¿Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas)?	0%	4%	6%	20%	34%	36%
8. ¿Noto que los demás preferirían que comiese más?	0%	0%	0%	22%	24%	54%
9. ¿Vomito después de haber comido?	0%	0%	0%	0%	12%	88%
10. ¿Me siento muy culpable después de comer?	0%	2%	2%	10%	22%	64%

11. ¿Me preocupa el deseo de estar más delgado/a?	0%	6%	4%	36%	32%	22%
12. ¿Hago mucho ejercicio para quemar calorías?	0%	2%	6%	30%	28%	34%
13. ¿Los demás piensan que estoy demasiado delgado?	2%	4%	12%	16%	30%	36%
14. ¿Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo?	2%	2%	10%	24%	34%	28%
15. ¿Tardo en comer más que las otras personas?	14%	0%	16%	24%	28%	18%
16. ¿Procuro no comer alimentos con azúcar?	4%	2%	10%	24%	30%	30%
17. ¿Como alimento de régimen?	0%	4%	6%	18%	30%	42%
18. ¿Siento que los alimentos controlan mi vida?	0%	0%	4%	6%	20%	70%
19. ¿Me controlo en las comidas?	2%	4%	8%	26%	30%	30%
20. ¿Noto que los demás me presionan para que coma?	4%	0%	6%	14%	32%	44%
21. ¿Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida?	2%	0%	0%	14%	32%	52%
22. ¿Me siento incomodo/a después de comer dulces...?	0%	0%	4%	14%	26%	56%
23. ¿Me comprometo a hacer régimen?	0%	2%	4%	14%	46%	34%
24. ¿Me gusta sentir el estómago vacío?	2%	0%	2%	8%	24%	64%
25. ¿Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas?	28%	16%	18%	22%	14%	2%
26. ¿Tengo ganas de vomitar después de las comidas?	0%	0%	0%	4%	20%	76%

ANEXO 2.- Presentación de conferencias en diapositivas.

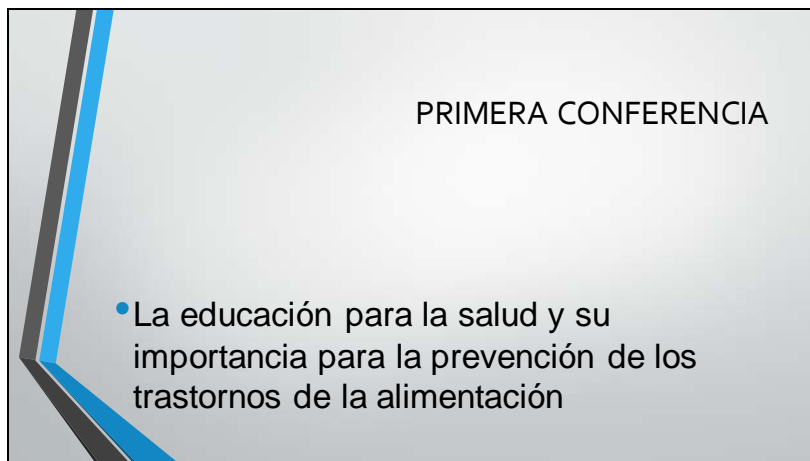
Diapositiva 1



Ciclo de conferencias

Trastornos de la alimentación anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y la obesidad.

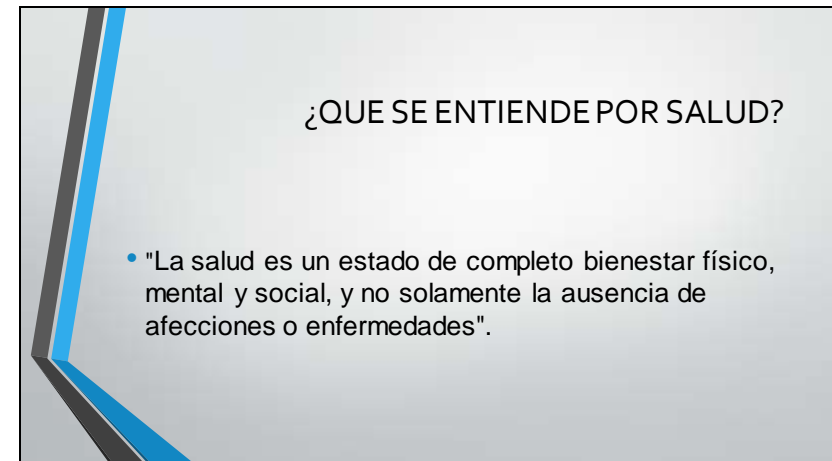
Diapositiva 2



PRIMERA CONFERENCIA

- La educación para la salud y su importancia para la prevención de los trastornos de la alimentación

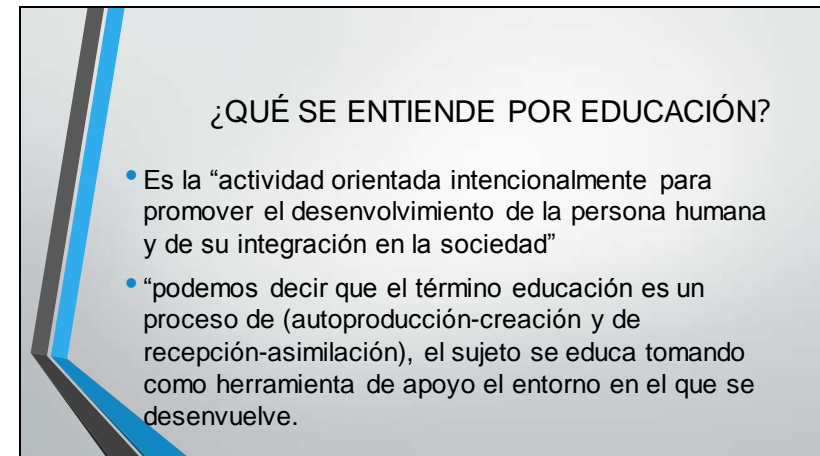
Diapositiva 3



¿QUE SE ENTIENDE POR SALUD?

- "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Diapositiva 4



¿QUÉ SE ENTIENDE POR EDUCACIÓN?

- Es la "actividad orientada intencionalmente para promover el desenvolvimiento de la persona humana y de su integración en la sociedad"
- "podemos decir que el término educación es un proceso de (autoproducción-creación y de recepción-asimilación), el sujeto se educa tomando como herramienta de apoyo el entorno en el que se desenvuelve.

Diapositiva 5

OBJETIVO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- Es conducir a los estudiantes a que piensen, sientan y actúen con inteligencia en asuntos relacionados con la salud y las enfermedades, que eviten acciones que sean dañinas y se formen hábitos y cambien actitudes y comportamientos por otros más beneficios para su salud”, con la aportación de este autor se busca que el propósito de la EpS sea el de generar en el estudiante una responsabilidad en relación a la salud, pero no sólo de manera individual, sino que también se genere una forma de concientización con la población que forma parte de su entorno, de esta manera se podrá implementar una calidad de vida satisfactoria.

Diapositiva 6

SEGUNDA CONFERENCIA

- Características y daños de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad.

Diapositiva 7

¿QUE ES UN TRASTORNO?

- Es una **enfermedad compleja y crónica que afecta todas las áreas en la vida** de un individuo: física, mental, familiar, escolar y social. Actualmente, es más común encontrar mujeres adolescentes y jóvenes víctimas de trastornos alimenticios, pues valoran la delgadez y la imagen corporal de sobremanera, desarrollando **hábitos anormales al comer y poniendo en riesgo su bienestar físico y mental**; pero cada vez se presenta más en niños, hombres y personas adultas.

Diapositiva 8

Anorexia nerviosa

- Se proyectara un video mencionando todas las características y causas principales de la anorexia nerviosa.
- <https://www.youtube.com/watch?v=uUyykTKmKXQ>

Diapositiva 9

Análisis de video

- ¿Que tipo de trastorno es?
- ¿Cuales son los síntomas y las características?

Diapositiva 11

BULIMIA NERVIOSA

- Se proyectara un video mencionando todas las características y causas principales de la bulimia nerviosa
- <https://www.youtube.com/watch?v=onTffqEUCQo>

Diapositiva 10

Diapositiva 12

Análisis de video

- ¿Qué tipo de trastorno es?
- ¿Cuales son los síntomas y las características?

Diapositiva 13

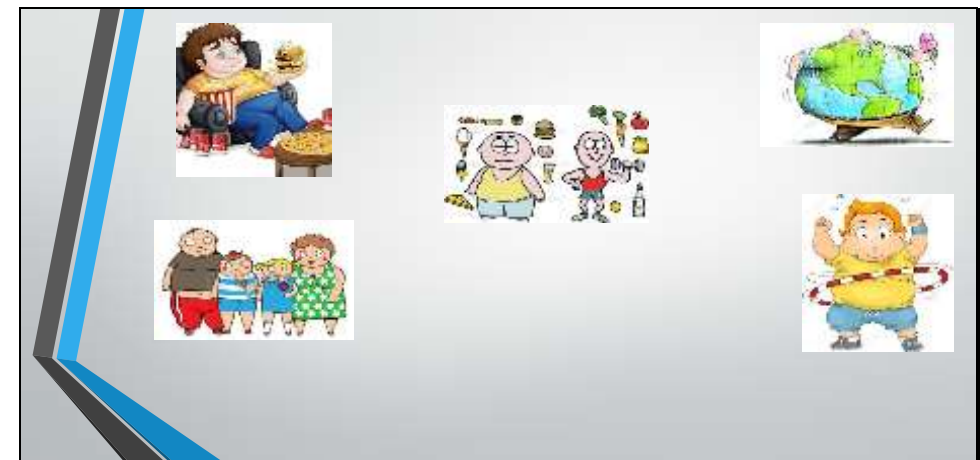


Diapositiva 14

obesidad

- Se proyectara un video donde mencione las características y causas de la obesidad.
- <https://www.youtube.com/watch?v=M39espINbqg>

Diapositiva 15



TERCERA CONFERENCIA

- Instituciones que ayudan en los problemas de los trastornos de la alimentación.

Diapositiva 16

HOSPITAL MEDICA SUR

- Hospital Médica Sur: Cuenta con el servicio clínico de Trastornos de la Conducta Alimentaria, donde apoyan psicoterapia, nutrición, endocrinología y gastroenterología, ayudan y orientan a las personas a estar en armonía con su cuerpo. Brindan la información y apoyo a quienes requieran de ayuda profesional.
- Teléfono: 5424-7200
- Teléfono de Urgencias: 01800 000 URGE (8743)
- Dirección: Puente de piedra 150, Toriello Guerra, México, Ciudad de México.

Diapositiva 18

Objetivo de las instituciones

Los trastornos relacionados con los hábitos alimenticios, como la anorexia, la bulimia y la obesidad, pueden causar depresión si no son controlados y tener consecuencias fatales (la muerte). Por ello las instituciones que contactamos con el servicio clínico de Trastornos de la Conducta Alimentaria, donde apoyan en la psicoterapia, nutrición, endocrinología y gastroenterología, ayudan y orientan a las personas a estar en armonía con su cuerpo. Acércate a una institución y te brindaran la información, apoyo y el trato cálido y humano que mereces o a un ser querido que requiera ayuda profesional.

Diapositiva 17

Oceanía

- Oceánica: Es un centro en el cual se atiende de manera profesional, problemas de alcoholismo y otras adicciones, así como trastornos de la conducta alimentaria y ludopatía. Este centro tiene toda una trayectoria institucional recuperando vidas y familias
- Dirección: Av. Porfirio Díaz 102, Noche Buena, 03720 Benito Juárez, Ciudad de México.
- Teléfono: 01 55 5615 3002
- Sitio Web: <http://www.oceanica.com.mx>

Diapositiva 19

Clínica metamorfosis

- Clínica Metamorfosis: En "Metamorfosis" se ocupan a través de sus servicios la rehabilitación de personas con adicciones como: alcoholismo, drogadicción, juego compulsivo, sexo desordenado, bulimia, anorexia, codependencia, depresión, y cualquier tipo de dependencias físicas o emocionales. Este centro a pesar de no estar dentro del D.F. se encuentra a muy poco tiempo de distancia.
- Dirección: Calle San Gaspar #42, Col. Pedregal de las Fuentes, Jiutepec, Morelos (a 10 minutos de Cuernavaca)
- Teléfono: (777) 243- 2857
- Sitio Web: <http://www.clinicametamorfosis.com.mx>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

- Es un lugar donde se trabaja para la prevención de las enfermedades mentales, en la atención de las personas y en las recomendaciones políticas públicas.
- Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Dirección: Calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14073, Ciudad de México.
- Teléfono: 56-55-28-01.
- Sitio web: www.impcdsm.edu.mx

Diapositiva 20

Institución nacional de ciencias medicas y de nutrición

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. Este Instituto cuenta con una clínica especializada en anorexia y bulimia, en donde se cuenta con todo el apoyo para las personas que sufren de algún trastorno alimenticio, así también se les brinda apoyo a los familiares.
- Dirección: Vasco de Quiroga No. 15, colonia Sección XVI, Tlalpan 14080, Ciudad de México.
- Teléfonos: 55-73-12-00 y 55-73-01-11 fax: 6-55-10-76.
- Sitio web: www.innsz.mx

Diapositiva 22

Diapositiva 21