

**INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ABORDAJE DE LA
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA ENMARCADA EN LA ESTRATEGIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

**JESSICA ALEJANDRA AMEZQUITA ESPINOSA
DILIAN SHIRLEY CASTILLO HOLGUÍN
KATHERINE JHULIANA ZAPATA NAVARRO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2016**

**INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ABORDAJE DE LA
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA ENMARCADA EN LA ESTRATEGIA DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

**JESSICA ALEJANDRA AMEZQUITA ESPINOSA
DILIAN SHIRLEY CASTILLO HOLGUÍN
KATHERINE JHULIANA ZAPATA NAVARRO**

**LENIS JUDITH SALAZAR TORRES
DOCENTE ASESORA**

**TRABAJO DE GRADO:
Requisitos para optar al título de Terapeuta Ocupacional**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2016**

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque nos brindó el don de la perseverancia para alcanzar nuestra meta.

A nuestra familia que con sus consejos y principios han hecho de nosotras mejores personas.

A la Universidad del Valle que nos formó como profesionales íntegros.

A los docentes que nos orientaron en nuestro proceso académico y aquellos que contribuyeron en la organización y construcción de este trabajo.

A nuestros compañeros que fueron incondicionales durante nuestro proceso formativo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE GRÁFICAS	8
LISTA DE ANEXOS	9
RESUMEN	10
1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. ESTADO DEL ARTE	20
4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	27
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29
6. HIPÓTESIS	29
7. OBJETIVOS	30
7.1. OBJETIVO GENERAL	30
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
8. MARCO TEÓRICO	31
8.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	31
8.2. PREVENCIÓN PRIMARIA	32
8.3. ANOREXIA NERVIOSA	36
8.4. BULIMIA NERVIOSA	38
8.5. CICLO VITAL Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS	40
8.6. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	40
8.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	41
9. ASPECTOS OCUPACIONALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	43
9.1. MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA (MOH).	43
9.2. MARCO DE REFERENCIA DE ECOLOGÍA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL.	44
9.3. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL	46
10. METODOLOGÍA	48
10.1. TIPO DE ESTUDIO	48

10.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
10.3. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
10.4. FASES PARA DESARROLLO DEL ESTUDIO	49
11.RESULTADOS	51
11.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS	51
11.2. EFECTO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN LAS ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN	56
11.2.1. FACTORES DE RIESGO	61
11.2.2. ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN	65
11.3. PAUTAS PARA EL ABORDAJE DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN TERAPIA OCUPACIONAL	66
11.3.1. TIPOS DE PREVENCIÓN	67
11.3.2. ENFOQUES	68
11.3.3. TÉCNICAS	69
11.3.4. PROCESO DE CONVOCATORIA	73
11.3.5. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN	73
11.3.6. INCIDENCIA EN LOS FACTORES DE RIESGO	75
11.3.7. EFECTOS POR SEXO	77
11.3.8. N° DE PARTICIPANTES	80
11.3.9. CICLO VITAL	81
11.3.10. CONTEXTO	83
11.3.11. PAÍS	86
11.3.12. PROCESO DE INTERVENCIÓN	89
11.3.13. SESIONES DE INTERVENCIÓN	89
11.3.14. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN	90
11.3.15. EFECTOS SEGÚN QUIEN DIRIGE LA INTERVENCIÓN	94
11.3.16. PROCESO DE SEGUIMIENTO	94
12.ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	96
12.1. EFECTO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN LAS ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN	97
12.2. PAUTAS PARA EL ABORDAJE DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN TERAPIA OCUPACIONAL	101
12.2.1. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	102
12.2.2. PROCESO DE CONVOCATORIA Y EVALUACIÓN INICIAL	108
12.2.3. CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	113
12.2.4. PROCESO DE INTERVENCIÓN	116
12.2.5. PROCESO DE SEGUIMIENTO	117
13.CONCLUSIONES	118
14.APORTES Y CONTRIBUCIONES	120

15.RECOMENDACIONES	121
16.LIMITACIONES DEL ESTUDIO	122
17.BIBLIOGRAFÍA	123
18.ANEXOS	136
ANEXO A: FORMATO DE RESEÑA	136
ANEXO B: CUADRO DE RESULTADOS	138
ANEXO C. PAUTAS PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL	202

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Base de datos	52
Tabla 2. Año de publicación	53
Tabla 3. Idioma	53
Tabla 4. Disciplina	54
Tabla 5. Tipo de documento	55
Tabla 6. Tipos de factores de riesgo (Todos los artículos)	57
Tabla 7. Factores de riesgo (Artículos originales)	59
Tabla 8. Tipos de factores de riesgo (Artículos originales)	61
Tabla 9. Factores de riesgo (Artículos de revisión)	62
Tabla 10. Factores de riesgo (Artículos de revisión)	63
Tabla 11. Tipos de factores de riesgo (Artículos de revisión)	64
Tabla 12. Áreas ocupacionales (Todos los artículos)	65
Tabla 13. Patrones de ejecución (Todos los artículos)	66
Tabla 14. Técnicas (Todos los Artículos)	69
Tabla 15 Herramientas de evaluación (Todos los Artículos)	75
Tabla 16. Sexo (Artículos originales)	77
Tabla 17. Sexo (Artículos de revisión)	78
Tabla 18. Sexo (Artículos 14 y 16)	78
Tabla 19. No. de participantes (Artículos originales)	80
Tabla 20. No. de participantes (Artículos de revisión)	80
Tabla 21. Ciclo vital (Artículos Originales)	82
Tabla 22. Ciclo vital (Artículos de revisión)	82
Tabla 23. Contexto (Artículos originales)	83
Tabla 24. Contexto (Artículos de revisión)	84
Tabla 25. Contexto (Artículos de revisión)	85
Tabla 26. Contexto (Artículo 14)	85
Tabla 27. País (Artículos originales)	86
Tabla 28. País (Artículos de revisión)	86
Tabla 29. País (Artículos de revisión)	87
Tabla 30. País x programa (Artículos de revisión)	87
Tabla 31. País x programa (Artículos de revisión)	88
Tabla 32. Fases de programa de prevención de TCA	101

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Base de datos	52
Gráfica 2. Año de publicación	53
Gráfica 3. Idioma	53
Gráfica 4. Disciplina	55
Gráfica 5. Tipo de documento	55
Gráfica 6. Factores de riesgo (Artículos originales)	60
Gráfica 7. Tipos de factores de riesgo (Artículos originales)	61
Gráfica 8. Factores de riesgo (Artículos de revisión)	63
Gráfica 9. Tipos de factores de riesgo (Artículos de revisión)	64
Gráfica 10. Áreas ocupacionales (Todos los artículos)	65
Gráfica 11. Patrones de ejecución (Todos los artículos)	66
Gráfica 12. Técnicas (Todos los Artículos)	69
Gráfica 13. Técnicas (Todos los Artículos)	70
Gráfica 14. Herramientas de evaluación (Todos los artículos)	74
Gráfica 15. Herramientas (Todos los artículos)	75
Gráfica 16. Sexo (Artículos originales)	77
Gráfica 17. Sexo (Artículos 14 y 16)	79
Gráfica 18. No. de participantes (Artículos originales)	80
Gráfica 19. Ciclo vital (Artículos Originales)	82
Gráfica 20. Contexto (Artículos originales)	84
Gráfica 21. Contexto (Artículos de revisión)	84
Gráfica 22. País (Artículos originales)	86
Gráfica 23. País (Artículos de revisión)	86
Gráfica 24. País x programa (Artículos de revisión)	88

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de reseña	136
Anexo B. Cuadro de resultados	138
Anexo C. Pautas para un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria desde terapia ocupacional	202

RESUMEN

El desempeño ocupacional es el objeto de estudio y de tratamiento de Terapia Ocupacional, donde el propósito principal es que la persona por medio de la ocupación alcance la autonomía en la ejecución de sus actividades de la vida diaria. Al afectarse dicho desempeño en las personas con Anorexia y Bulimia Nerviosa, es importante la intervención del terapeuta ocupacional en el proceso, sin embargo, los profesionales de esta disciplina poco están involucrados en los procedimientos realizados con las personas que están en peligro de padecer estas patologías. A esto se le suma la falta de investigaciones en este campo, por consiguiente, también son pocos los profesionales de Terapia Ocupacional que abordan el tema de la estructuración y ejecución de programas preventivos.

Se realizó un trabajo de investigación bajo la metodología de revisión documental, con el propósito de identificar las características de un programa de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria, se revisaron un total de 25 artículos en bases de datos en internet en la Universidad del Valle y de Google académico, de los cuales 20 eran artículos científicos originales y 5 fueron artículos de revisión; los primeros correspondían a la implementación de programas de prevención y los segundos contenían la revisión de varios programas preventivos. A partir del estudio de estos artículos mencionados que fueron de las disciplinas de psicología, psiquiatría, salud pública, medicina, enfermería, educación, política y trabajo social; se llegó a diferentes conclusiones que permiten desde la disciplina de Terapia Ocupacional obtener pautas o características para la estructuración de un programa de prevención de las patologías alimentarias principalmente en Anorexia y Bulimia Nerviosa. La información que se obtuvo por la investigación corresponde a estrategias de intervención, el tipo de prevención para los programas desde la atención primaria en salud, es la prevención primaria selectiva que acoge a los individuos que su riesgo de padecer un trastorno es mayor que el promedio, un enfoque de nutrición, alimentación saludable y ejercicio físico y las técnicas de intervención más usadas son la disonancia cognitiva, la alfabetización mediática y la actividad con propósito. Las características de la población, abarca sexo masculino y femenino en los ciclos vitales de Preadolescencia y Adolescencia que se encuentran en contextos educativos, involucra no solo a sujetos en riesgo sino a padres de familia y comunidad educativa. Finalmente en el proceso de intervención se identifica el papel que puede cumplir el Terapeuta ocupacional en un programa de prevención de los trastornos alimentarios, porque los sujetos presentan afectaciones en los componentes físicos, psicológicos, mentales y sociales, ocasionando alteraciones en las áreas ocupacionales de actividades de la vida diaria, educación, participación social, ocio y tiempo libre y actividades instrumentales; esto a causa de que sus hábitos, rutinas y roles cambian de forma negativa. Por lo tanto desde el que hacer de Terapia Ocupacional a partir de modelos como el de la Ocupación Humana y marcos de referencia como el Psicosocial, entre otros más; se puede planear y sustentar actividades con

propósitos que prevengan el desarrollo de patologías alimentarias en la población en riesgo.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Atención Primaria en Salud, Prevención, Terapia Ocupacional.

1. INTRODUCCIÓN

La Anorexia y Bulimia Nerviosa han suscitado una gran discusión a nivel mundial, algunos la consideran una enfermedad de orden mental o psicológico, no obstante, hay quienes señalan que es una enfermedad que aparece como consecuencia de varios factores entre ellos el ámbito familiar, social y económico. Además es una enfermedad que en algunos países y especialmente en Colombia no es cubierta por el Sistema de Salud, por lo tanto las tasas de mortalidad han aumentado considerablemente, en una sociedad donde los medios de comunicación venden una belleza donde predomina la delgadez. Son muchos los factores de riesgo que llevan a las personas a querer un cuerpo como el que sugiere la sociedad, dándose este problema con mayor prevalencia en la adolescencia donde los jóvenes exploran las modas que la sociedad impone; llevándolos a prácticas no saludables como dietas, ejercicio excesivo, medicamentos para perder peso, laxantes, entre otros. Los adolescentes, en mayor cantidad las mujeres, son quienes presentan con mayor prevalencia estos dos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), padeciéndolo en silencio siendo esta una de las razones, por la cual, no se da un pronto tratamiento a la patología provocando en estas personas la muerte. A raíz de esto surgen varias preguntas y además se encontraron evidencias que señalan la falta de tratamiento y el no éxito de los mismos, porque el reconocimiento de la enfermedad se da en una etapa avanzada, entonces, ¿cuál debe ser el tratamiento? Una de las herramientas eficaces para tratar los TCA, es la Prevención, esta debe darse por medio de programas de intervención diseñados o estructurados por los diferentes profesionales que hacen parte del tratamiento de este tipo de patologías y que deben vincular a la familia como un actor fundamental. Lo anterior, se debe desarrollar considerando los efectos de la Anorexia o Bulimia Nerviosa en la persona, puesto que aspectos como lo emocional, físico o mental están involucrados en el proceso; esto se refleja en la pérdida de roles, rutinas y hábitos saludables que los encierra en sí mismos alejándose de toda relación social. Los aspectos señalados anteriormente hacen parte de un problema del desempeño ocupacional de las personas que padecen estas patologías porque limitan su participación en sus ocupaciones cotidianas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Anorexia y la Bulimia Nerviosa constituyen un fenómeno complejo, cuyo discernimiento no debe centrarse estrictamente en considerarlo como resultado de un desequilibrio psíquico, también como un compendio multifactorial donde la familia, la sociedad y la economía tienen una influencia en su aparición y mantenimiento (1). Se estima que la incidencia de la Anorexia Nerviosa a nivel mundial es de 8 por cada 1 000 000 de habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000 en el grupo de edad de 15 a 19 años (2). En Colombia las prevalencias de Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA) corresponden principalmente a Anorexia Nerviosa que oscila entre 0.2 y 0.5%, para Bulimia Nerviosa entre 2.2 y 3.2% y para formas incompletas entre 28 y 33.6%, respectivamente (1). Las actitudes, creencias y prácticas de riesgo para TCA en jóvenes colombianas coinciden con las descritas en países occidentales desarrollados. Yepes y Moreno (1) encontraron un 77% de estudiantes de Medellín y área Metropolitana que manifiestan “terror ante la idea de ganar peso”, un 41% reportan atracones, 33% sienten culpa después de comer, 16% siente que la comida controla su vida y un 8% se induce el vómito como comportamiento compensatorio para evitar la ganancia de peso. Un estudio efectuado por Piñeros (1) en 937 jóvenes escolarizadas de Bogotá y municipios de Cundinamarca exploró factores familiares de riesgo para la aparición y mantenimiento de TCA encontrando que los antecedentes familiares de Anorexia y Bulimia, las críticas y bromas familiares sobre la figura y el peso, insatisfacción con figura y peso, antecedentes de obesidad, dietas y pérdida de control en la ingesta alimentaria se asociaban de forma significativa con altos puntajes en la Escala de Actitudes y Creencias anormales de Alimentación (EAT-26). Respecto a los factores individuales, la percepción de sobrepeso y rechazo por la figura, la insatisfacción corporal, el vegetarianismo y el comer en secreto se identificaron como elementos de riesgo para TCA (1).

Según la Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSIN) de 2005, en Colombia en cuanto a la autopercepción de peso corporal, en todos los grupos de edad hubo un porcentaje de personas con Índice de Masa Corporal (IMC) normal que se perciben gordas, siendo mayor en el grupo de adolescentes: 18,2% de 13-17 años, 17,9% de 18-29 años y 10,1% de 30 a 64 años. Mientras en otro grupo de encuestados(as) que tiene IMC en sobrepeso y se percibe normal, situación que aumenta con la edad: 27.3% de 13 a 17 años, 30.4% de 18 a 29 años y 40.4% en 30 a 64 años. En el grupo de personas con IMC en delgadez que se percibe normal o gordo(a), lo cual se asocia con menor edad: un 46,2% de adolescentes se percibe normal y un 3,3% gordo(a); en el grupo de 18 a 29 años un 29% se percibe normal y un 0.7 gordo(a); en el de 30 a 64 años, el 26.9% se percibe normal y el 1.9% se percibe gordo(a). Y la realización de actividad física no indicó alguna relación con la autopercepción de peso (3).

La Anorexia es un trastorno que afecta principalmente a mujeres, en especial jóvenes adolescentes, sin embargo, también se da en una pequeña proporción en

los hombres, con una razón aproximada de 1 varón por cada 11 mujeres en fase puberal o prepuberal, siendo la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años (4). En el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes (5); además, la frecuencia en que los adolescentes asisten a los programas de Atención Primaria es baja, y en general consultan a un profesional cuando el proceso ya está instaurado (6).

La ENSIN 2005 en Colombia, encontró una mayor prevalencia de conductas de riesgo en mujeres. Este estudio exploró estas conductas en mujeres adultas y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad. Para el grupo de 13 a 17 años, 2% reportó haber dejado de comer en las últimas 24 horas o más (3.2% de las mujeres y 0.7% de los hombres), 0.5% consumió algún medicamento o producto (0.8% de las mujeres y 0.3% de los hombres), y 0.3% vomitó o tomó laxantes en el último mes (0.5% de las mujeres y 0.1% de los hombres). En el grupo de 18 a 29 años 1.9% reportó haber dejado de comer en las últimas 24 horas o más (2.5% de las mujeres y 1.2% de los hombres), 1.8% consumió algún medicamento o producto (2.9% de las mujeres y 0.5% de los hombres), y 0.3% vomitó o tomó laxantes en el último mes (0.5% de las mujeres y 0.1% de los hombres). En el grupo de 30 a 64 años, 1.6% referenció haber dejado de comer en las últimas 24 horas o más (2% de las mujeres y 1.2% de los hombres), 2.4% reportó haber tomado píldoras, polvos o líquidos para perder o conservar el peso (3.4% de las mujeres y 1.1% de los hombres), y el 0.4% reportó haber tomado laxantes o vomitado con el mismo fin en el último mes (0.7% de las mujeres y 0.1% de los hombres) (3).

Los síntomas de la Anorexia y Bulimia Nerviosa como el dejar de comer, realizar ejercicio excesivo, realizar dietas extremas, comer en secreto, usar laxantes, entre otros, son hábitos y rutinas que deterioran la salud de las personas que los presentan; ligado a estos se genera una pérdida de roles ocupacionales (7). Estos problemas en el desempeño ocupacional se originan principalmente porque para ejercer los roles la persona necesita mantener hábitos y rutinas que le permitan cumplir con los requerimientos esperados por su cultura y su entorno, sin embargo, al presentar estos síntomas la persona adquiere comportamientos perjudiciales. Existe una relación proporcional entre la autonomía personal y el desempeño ocupacional; siendo el primero "[...] la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria" (8); y el segundo el hacer y completar una actividad u ocupación elegida y además el darse una interacción entre la persona, el contexto y la actividad (9). En congruencia las personas con TCA aunque realizan una selección de actividades, hábitos y rutinas surgen factores (emocionales, psicológicos, cognitivos, físicos, entre otros) suscitados por los síntomas que les generan una dependencia, entendiéndose esta como "[...] el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física,

mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (8).

En Terapia Ocupacional el abordaje de los TCA en general se realiza desde el nivel de Habilitación y Rehabilitación, que se centran en la recuperación de los componentes de ejecución, habilidades y capacidades que la persona ha perdido; esto se da cuando los sujetos presentan instaurada la patología alimentaria. No obstante diferentes publicaciones de investigaciones realizadas desde disciplinas como medicina, psicología, enfermería, nutrición, psiquiatría, salud pública, etc; han mostrado como los hábitos, rutinas y roles de las personas en riesgo de presentar un TCA se ven alterados; es por esto que el quehacer del Terapeuta ocupacional no solo debe centrarse en el tratamiento sino también en la Promoción y Prevención de patologías alimentarias. Al identificar estos aspectos es visible la necesidad de incrementar la investigación en el nivel de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad desde Terapia Ocupacional porque de este modo se realizaran en mayor medida intervenciones educativas y preventivas en la población de riesgo, permitiendo conocer en profundidad qué áreas ocupacionales se encuentran afectadas y así se pueden establecer programas de prevención donde el Terapeuta Ocupacional participe activamente (7). Además en Terapia Ocupacional existe poca evidencia de la intervención en TCA, por lo que se identifica una necesidad de producción de datos que orienten y permitan la participación activa en este campo. Sin embargo desde la publicación de otras disciplinas se puede determinar que el Terapeuta Ocupacional tiene las herramientas y bases teorías en modelos y marcos que permiten la intervención en este campo a partir de las alteraciones y afectaciones que presentan los sujetos en el desempeño de sus diferentes ocupaciones al estar en riesgo o presentar un TCA; interviniendo en el restablecimiento de hábitos saludables, establecimiento de las relaciones interpersonales para la recuperación de roles perdidos, rutinas que contribuyan al bienestar de los sujetos y demás aspectos que estén interfiriendo con el desempeño en ocupaciones educativas, de trabajo o de ocio.

La prevención como estrategia para combatir los TCA resulta una herramienta eficaz, porque estos trastornos suelen diagnosticarse de forma tardía ya que las personas tienden a ocultar su situación por diversos motivos y a no solicitar ayuda cuando comienza a surgir. Una prevención temprana puede evitar que se desarrollen los TCA y que traiga consigo un deterioro en el bienestar de la persona. Un programa para la prevención de la anorexia no debe estar enfocado únicamente en los factores que influyen en la adquisición de la patología, sino en reforzar o potenciar aquellos aspectos en el desempeño que se encuentran comprometidos en poblaciones que tienen el riesgo de desarrollarla. Las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos, para esto, no deben centrarse o tener como base el mismo trastorno para evitar el surgimiento de conductas riesgosas (6). Se puede

apreciar de esta manera que los exponentes de los programas de prevención suelen ser profesionales del área de psicología enfocados a los aspectos psicológicos de la patología como método de prevención, como la imagen corporal.

En Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia, se realizó un estudio observacional descriptivo, tipo encuesta transversal cuya población objeto del estudio fueron 198 estudiantes preadolescentes y adolescentes entre 10 y 18 años matriculadas en la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima en los grados sexto a once. Entre los resultados de esta investigación, el ayuno, la dieta y el ejercicio se encuentran como las formas predilectas desarrolladas por las adolescentes para bajar de peso; estas conductas también las perciben en sus familias o pares, con el agravante de que se observa en proporciones altas el empleo de pastillas (25,3%) y laxantes (86,3%) para bajar de peso. Esta situación de aprendizaje por imitación y modelamiento puede estar generando que 5,6% de las encuestadas, estén usando pastillas para adelgazar y 7,1% vomiten como medida para reducir de peso. La prevalencia de riesgo para los TCA en este grupo de adolescentes fue del 3,5%; empleando los mismos criterios, las estudiantes perciben en sus familias un 26,3% de riesgo y en sus amigos 22,2% de riesgo para TCA (10).

Existe poco reconocimiento de los TCA desde la Atención Primaria en Salud, porque los profesionales no logran identificar factores de riesgo que llevan a los sujetos a presentar una patología alimentaria; por lo cual no se da un programa de prevención sino de tratamiento cuando la patología ya está instaurada siendo más difícil la rehabilitación. Algunos de las razones por las que ocurre esto son la poca concienciación de algunos profesionales frente a estos problemas hasta hace pocos años y la falta de tiempo debido a la gran presión asistencial, que imposibilitan profundizar en la atención integral de los pacientes y en la ejecución de actividades preventivas (6). Según Montón, et al (6) una adecuada prevención debe tener como principal foco de intervención el ámbito escolar, por ser allí donde se encuentra el principal grupo de riesgo, siendo la adolescencia una etapa del ciclo vital en la cual surgen cambios principalmente físicos, emocionales, psicológicos y sociales; los jóvenes están expuestos a desarrollar conductas riesgosas que aumentan la vulnerabilidad de padecer TCA; además de ser el contexto donde se originan y evidencia la mayoría de sus relaciones interpersonales y sociales, siendo estas, un factor significativo en el desarrollo de su personalidad e identidad.

En Terapia Ocupacional la intervención de los TCA se ha centrado en generar procesos de habilitación / rehabilitación. Este tratamiento debe ser integral y enfocarse en cada una de las áreas ocupacionales afectadas por el trastorno, es decir, en las categorías en que (la Terapia Ocupacional) ordena las actividades u ocupaciones en que la persona participa. En el área de autocuidado se orienta en obtener la adquisición de hábitos saludables y mejorar el arreglo personal y el vestido, la socialización y la expresión sexual; en el área de productividad busca que no se genere la interrupción del curso escolar e interviene en las actividades instrumentales afectadas; mientras en el área de ocio actúa sobre la exploración y

la ejecución (4). Este proceso se realiza considerando que la baja autoestima que presentan las personas con TCA puede encaminar al abandono de sus roles y reducir sus intereses, dejando de lado el ocio; y en el autocuidado, abandonando sus tareas de cuidado personal y arreglo y alimentación, además de problemas de socialización (4). Según Cilleros y Durán (4) desde Terapia Ocupacional es fundamental la intervención sobre la imagen corporal en pacientes con Anorexia Nerviosa, porque la alteración de este componente cognitivo conduce a la persona a obsesionarse por los alimentos y a una afectación de las áreas ocupacionales. Se trata de intervenir sobre las áreas ocupacionales por medio de los componentes de ejecución. Además las actividades terapéuticas se realizan en un entorno grupal, a excepción de la reestructuración del plan de estudios y la orientación vocacional y el entrenamiento en habilidades de manejo del tiempo, el cual se realiza de forma individual.

En cuanto a los procesos de Promoción de la salud y Prevención de los TCA desde Terapia Ocupacional existe poca incidencia investigativa; se prestan servicios de acogida, evaluación, plan terapéutico individualizado e incluso tratamiento donde la prevención está dirigida a evitar las recaídas. En otras palabras, el conocimiento del rol del Terapeuta Ocupacional en el nivel de Prevención en TCA, es mínimo. Como aseveran Berrueta, et al (11) “la Terapia Ocupacional resulta relevante en el tratamiento de los TCA, por su énfasis en la ocupación propositiva y con significado” y dentro del proceso de prevención tiene un “rol único y crucial”, porque poseen un conocimiento del funcionamiento físico, interpersonal y psicológico del ser humano. Además “la intervención del terapeuta ocupacional puede contribuir de manera valiosa a que la persona con (y sin) TCA descubra potencialidades y habilidades y adquiera destrezas para poder reconducir su proyecto de vida”.

3. JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas generales sobre casos de Anorexia y Bulimia en Colombia no existen, sin embargo, si hay entidades encargadas de atender esta problemática; por lo anterior, en el acuerdo expuesto se presenta la necesidad de propiciar la creación de un sistema nacional estadístico que coordinado con las instituciones asistenciales públicas y privadas, proporcionen datos de registro de esta patología, ya que esto es fundamental para una adecuada prevención, así mismo, esto contribuye al mejoramiento de las decisiones y las políticas sanitarias en este tema.

Siendo la Bulimia y la Anorexia “patologías del consumo”, dentro de una sociedad en la cual el valor esencial es el consumo, donde la inclusión del “sujeto histórico” como ciudadano al parecer ha proporcionado lugar al surgimiento de un nuevo sujeto histórico: el consumidor; es necesario que se rediseñe o se piense un modelo preventivo, que incorpore a la persona en una propuesta que supere la valorización de la pura imagen. Estos conceptos constituyen un aspecto esencial que se debe tener en cuenta al aplicar un Programa Nacional de Prevención de los trastornos de la conducta alimenticia.

Teniendo como objetivo fundamental la Prevención, es importante que a nivel nacional se incorpore como prestaciones obligatorias de las E. P. S., la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos, terapéuticos y farmacológicos de las personas que padezcan alguna de estas enfermedades. Así mismo, los problemas alimentarios deberían tratarse como una cuestión de salud pública, empezando por la implementación de un marco legal adecuado para proteger a quienes padezcan enfermedades de esta índole (12).

De acuerdo a lo anterior, el entorno contemporáneo es uno de los principales constituyentes de los TCA en la población, esta incidencia continúa tomando fuerza en la vida de las personas, en especial, en los adolescentes. La influencia sobre el componente volitivo de la persona puede generar procesos de motivación hacia la ejecución de conductas inadaptativas (como los atracones o purgas) produciéndose una necesidad por realizar dicha acción, además de sentimientos y pensamientos negativos que afectan la conciencia que tiene la persona sobre sus habilidades, capacidades y destrezas y el sentido de eficacia, es decir, se afecta la causalidad personal a través de la adopción de aspiraciones, conceptos de cómo se debe actuar y una concepción del mundo guiada por el contexto sociocultural. Esto permite determinar que los TCA se pueden generar en primer lugar por la afección del componente psicosocial y en concordancia la capacidad de desempeño de la persona que terminan influyendo en su desempeño ocupacional, porque “[...] para aprender cualquier desempeño, uno debe descubrir cómo se siente (es decir, ubicar la experiencia dentro del cuerpo vivido). El cuerpo vivido es la experiencia de ser y de conocer el mundo a través de un cuerpo particular. Por lo tanto el desempeño está guiado por el cómo se siente al participar en la ocupación (13). Por lo anterior, la participación del Terapeuta Ocupacional en los programas que tienen el propósito

de reducir el riesgo de desarrollar TCA, empleando la ocupación como estrategia de intervención es necesaria. Estos programas centrados en la prevención de los TCA deben ir orientados a reducir o eliminar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno (14), donde se identifiquen de manera temprana los trastornos, es decir, programas basados en la Prevención Primaria los cuales obtienen resultados positivos en el tratamiento pero que deberán de estructurarse de acuerdo a unos parámetros tanto objetivos cuando se considera como una situación de atención en salud pública y a su vez subjetiva, en respuesta las características específicas y particulares de la intervención individual.

Los TCA generan consecuencias físicas, psicológicas, ocupacionales, económicas y sociales tanto al que lo padece como a su círculo familiar, por lo tanto la intervención debe realizarse desde diferentes profesionales, es decir, un equipo multidisciplinar donde cada profesional debe aportar de acuerdo a su quehacer profesional. Cabe destacar que en Terapia Ocupacional los estudios, investigaciones y bibliografía proporcionan poco conocimiento sobre el rol del Terapeuta Ocupacional en el nivel de Prevención de la Anorexia y Bulimia Nerviosa desde la APS; así mismo desde la formación académica no se profundiza en la enseñanza de las técnicas y procedimientos de intervención en este nivel de salud. Además en el territorio colombiano la participación del Terapeuta Ocupacional en este nivel asistencial es mínima; en específico, en el caso de estas patologías se enfoca la intervención desde la habilitación y rehabilitación.

Es importante aclarar que para el presente trabajo se entenderán los trastornos de la conducta alimentaria bajo la definición dada por el DSM-V como aquellos trastornos caracterizados por una alteración en la alimentación o comportamiento asociado a la ingesta de alimentos que tiene efectos sobre la salud física y la esfera psicosocial, de igual manera la comprensión de la anorexia nerviosa y bulimia se verán entendidas bajo la definición del DSM-V (15).

4. ESTADO DEL ARTE

Se presentarán algunas investigaciones correspondientes a los países hispanoamericanos de España, Estados Unidos, México, Chile, Argentina y Colombia cuyas fechas de publicación son a partir del 2005; estas investigaciones corresponden a la aplicación de programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en población en riesgo, principalmente adolescentes, quienes tienen mayor prevalencia a padecer un TCA según indican las estadísticas. Estos programas de prevención han sido desarrollados por diferentes disciplinas, han tenido éxito o fracaso en la intervención; pero nos aportan factores que deben considerarse al momento de realizar un programa preventivo frente a este trastorno.

La prevención de los TCA es abordada actualmente desde un enfoque de actuación sobre los factores de riesgo empleando principalmente estrategias de tipo educativo desde Prevención Primaria, por otro lado, desde Prevención Secundaria se centra en el diagnóstico y tratamiento temprano; pero si se combinan ambos tipos de prevención se pueden generar resultados más eficaces que comprendan la identificación de los signos y síntomas iniciales y las características de las personas con alto riesgo (7).

Crispo, et al (16) (España) aseguran que existen diferentes estudios en el mundo que proyectan un porcentaje del 80% principalmente de mujeres que están preocupadas por su imagen corporal considerándose obesas cuando en realidad es menos de la mitad de este porcentaje quien en realidad tiene sobrepeso.

Desde Terapia Ocupacional en España, Cilleros y Duran (4) establecen aspectos a trabajar, orientados de la siguiente manera:

- Auto cuidado: su abordaje de hábitos saludables, mejora en la presentación personal, promover la socialización y la expresión sexual.
- Productividad: Implementación de medidas para prevenir la interrupción del ciclo escolar y se interviene sobre las actividades instrumentales afectadas.
- Ocio y tiempo libre: Se trabajará sobre la exploración de intereses.

Los autores plantean un programa centrado en la autoestima, tomando los puntos anteriormente mencionados. Sin embargo, un programa centrado en la autoestima excluye dinámicas que puedan estar influenciando de manera negativa para la adquisición de un trastorno de la conducta alimentaria, el programa no tiene en cuenta el entorno familiar o escolar de la persona con TCA, sino que se centra específicamente en los procesos psicológicos de dicha persona, omitiendo así, aspectos tan importantes para una persona como lo es el contexto (4).

Igualmente en España, Casado y Helguera (17) siguiendo a Stice y Ragan, plantean que el trabajo preventivo en trastornos de alimentación debe realizarse de manera directa, porque las acciones de prevención que procuren trabajar con población de riesgo o directamente con el trastorno corren un alto riesgo de rechazo por parte de los sujetos implicados, porque el adolescente que empieza a desarrollar conductas de riesgo y obtiene grandes refuerzos sociales y personales para mantenerlos oculta los síntomas, niega lo que le sucede a los demás por lo tanto los primeros síntomas de los TCA pasan muy frecuentemente desapercibidos para las personas que rodean al adolescente. Partiendo de estas concepciones plantean un programa para la prevención de los TCA en dos fases, que ha sido implementado en diferentes centros educativos de enseñanza secundaria en el contexto español.

El programa propuesto establece dos fases:

- La primera enfoca la prevención de forma indirecta con adolescentes en riesgo como población objetivo.
- La segunda fase enfoca la prevención a través de los padres como agentes de prevención y detección precoz de primera línea.

En la primera fase se invita a los adolescentes a participar en el programa llamado “Educación emocional en la adolescencia” cuyo objetivo principal es realizar una prevención psicoeducativa, otorgando a los participantes la información necesaria acerca de los TCA y de las variables relacionadas con los mismos. También disminuir la vulnerabilidad emocional para desarrollar un TCA proporcionando estrategias de afrontamiento adecuadas en cada una de las áreas relevantes en la aparición y desarrollo de estos trastornos. La segunda fase invita a los padres a participar en el programa llamado “Escuela de Padres para la Detección y Prevención de Trastornos de Alimentación”; desde el marco de Prevención Primaria a nivel psicoeducativo con los objetivos de brindar a los padres la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encontraran dentro de los factores riesgo o estuvieran relacionadas directamente con el trastorno, y saber actuar de la forma más adecuada ante su detección, y conocer el perfil de conocimientos y actitudes sobre trastornos de alimentación de los padres de adolescentes en riesgo, para diseñar posteriormente las acciones preventivas que concuerden completamente con las necesidades que presenta esta población (16).

Los programas que con más frecuencia se utilizan para la intervención en TCA desde diferentes disciplinas según la investigación realizada por Góngora (18) en Argentina son:

- De información didáctica: Son programas que sólo se realizan durante una sesión y tienen por objetivo informar sobre la enfermedad, sus síntomas, sus consecuencias y el tratamiento.
- Psicoeducacional: Se asemejan a los programas de información didáctica en cuanto a la entrega de la información sobre la enfermedad, pero se añaden discusiones grupales sobre conceptos de los TCA.
- De terapia cognitivo-conductual: Estos programas utilizan técnicas del enfoque cognitivo conductual para modificar pensamientos erróneos que puedan desencadenar un trastorno alimenticio.
- Educación crítica sobre medios masivos de comunicación: Con este programa se busca cuestionar y evaluar los ideales irreales de belleza que presentan los medios de comunicación para que de esta manera se pierda credibilidad en ellos.
- Basados en disonancia cognitiva: Con esto se busca que se evalúen las creencias sobre la salud y los actos que se realizan para evidenciar una disonancia que permita el cambio.
- De mejoramiento de la autoestima: Basados en la teoría de Bandura los programas proponen actividades donde se trabaje el autoconcepto que la persona tiene sobre sus habilidades para mejorar su autoestima.

Los programas de carácter informativo como el psico-educacional, de información didáctica y cognitivo conductual han dado resultados poco satisfactorios. Sin embargo programas como educación crítica de los medios de comunicación, fortalecimiento de la autoestima y disonancia cognitiva, han dado resultados favorables (17).

Basándose en los programas de intervención positiva se identifica y propone lo siguiente (17):

- Trabajar con grupos de adolescentes según cursos escolares con el fin de favorecer la aceptación de otros y las creencias compartidas entre pares.
- Formar un grupo control para evaluar adecuadamente la eficacia del programa.
- Incluir alumnos de los últimos años del nivel inicial o primeros años del nivel medio. Esto se debe a que los adolescentes más jóvenes están en la etapa de cambio corporal y en general, están menos afectados por la sintomatología alimentaria que los mayores de 16 años; por lo tanto se ven más favorecidos con las intervenciones de prevención primaria.

- Tener en cuenta para el diseño de las actividades los programas de prevención de TCA que han resultado más eficaces: como los que promueven el desarrollo de la autoestima y una visión crítica de la información mediática.
- Dentro de los contenidos se podría incluir: aceptación de las diferencias individuales; identificar virtudes propias y de otros; aprender a dar y recibir comentarios positivos; explorar, discutir, identificar y rechazar estereotipos masculinos y femeninos en nuestra sociedad; reforzar la singularidad de las personas en diversos aspectos de sí mismo (físicos, virtudes personales) y valorarlo como deseable.
- Algunas de las actividades propuestas para implementar un programa: discusiones grupales en base a disparadores, redacción sobre las propias virtudes y las de algún par significativo, intercambio grupal sobre características y virtudes propias y de otros, realizar una actividad artística que refuerce la idea de aceptación de la diversidad y rechazo de los estereotipos. Realizar una presentación positiva (a modo de publicidad) de sí mismo y de algún par.
- Realizar una experiencia piloto previa y solicitar a los participantes que anónimamente evalúen la experiencia y las actividades realizadas.
- Realizar una evaluación de seguimiento del programa al menos a los 6 meses y si es posible a los 12 meses.
- Realizar una evaluación pre y post intervención con técnicas que evalúen aspectos positivos y negativos, es decir, sintomatología y bienestar psicológico o algún rasgo positivo.

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria se ha realizado desde diferentes disciplinas, uno de los programas más frecuente está estructurado desde la educación física escolar, se hace desde este enfoque porque uno de los principales aspectos que evidencia que hay riesgo o existe un TCA es el excesivo ejercicio físico que realizan hombres y mujeres para mantener la delgadez, esto acompañado de privaciones con dietas que son difíciles de cumplir y que terminan por obsesionar a los adolescentes con estar delgados (16).

Siendo un problema que ha aumentado con el pasar de los años y el cual hace parte de diferentes investigaciones y publicaciones en los diarios, se hace necesario una intervención donde participen diferentes organismos públicos y privados como el ministerio de educación, cultura y deporte a través de un programa de prevención en la materia de Educación Física (EF), el cual puede ayudar a reducir el riesgo de los TCA en los adolescentes (16).

Desde E.E.U.U., Garfinkel, et al (16) aseguran que las causas de los TCA son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, de su familia y de la sociedad, no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual. Way (16) afirma que la recuperación de los TCA se da cuando se logra desarrollar en los adolescentes un sentido de auto apreciación con el cual se puedan cubrir los vacíos emocionales y puedan recuperar sus habilidades sociales para relacionarse con otros.

Un estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios realizado por la Universidad Autónoma de México, basado en la Teoría de la Disociación Cognoscitiva (TDC) para disminuir los factores de riesgo en los trastorno de la conducta alimentaria en el cual sus intervenciones duraron tres sesiones; los resultados indicaron que las mujeres expuestas a esta intervención redujeron sus niveles de riesgo en cuanto a llevar una dieta restringida y que su noción de figura ideal cambio de una muy delgada a una con peso normal en comparación con la aplicación de técnicas psicoeducativas. La implementación de estos programas preventivos se hace necesaria no sólo por los altos costos de esta enfermedad, sino, por el aumento que han tenido estas patologías a nivel mundial. Los costos de la enfermedad no solo son económicos, sino también físicos y emocionales a nivel individual y familiar. Los programas preventivos ejecutados hasta el momento en su gran mayoría han sido contraproducentes, esto se atribuye principalmente a que en sus intervenciones incluyen discusiones explícitas sobre información de los TCA (vómitos, laxantes, diuréticos) y la información por sí sola no produce cambios en los factores de riesgo. Otro de las razones por las cuales no se ha obtenido éxito es porque estos programas están dirigidos a población abierta más no a población en riesgo (Short, et al; 1995). Además de la falta de investigaciones que amplíen la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria. La TDC en que se basó este estudio propone que ante la existencia de elementos “conflictivos” surgen presiones para reducir el conflicto o evitar su aumento; estas presiones llevan a la persona a cambiar conocimientos, actitudes y comportamientos. Entonces al producir estas presiones (tomar una posición en contra) en las mujeres que están en riesgo de padecer un TCA que desean una silueta delgada como figura ideal, se llevaría a una reducción en la insatisfacción con la imagen corporal y otros factores de riesgo asociado. La investigación empleo diferentes técnicas una de ellas fue el juego de roles o los grupos focales, asegurando un mayor éxito en el cumplimiento de objetivos; porque a diferencia de las pruebas psicoeducativas en que los participantes son pasivos y basan su implementación en la enseñanza aprendizaje, en las TDC los participantes son quienes a partir de las técnicas participan activamente del proceso (19).

Tradicionalmente los programas de prevención y promoción y de rehabilitación para los TCA implican la presencia de la persona y de los profesionales tratantes, sin embargo, debido a los avances tecnológicos y a la necesidad de buscar nuevas estrategias para generar impacto en las poblaciones, conllevan a las propuestas de medios alternativos a los tradicionales sin perder su esencia. En una revisión

realizada por Amaya, Mancilla, Vásquez y Franco sobre el impacto de programas en internet sobre promoción y prevención y de intervención en trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que los programas que habían sido implementados bajo esta modalidad resultaban igual de efectivos que los programas realizados de manera presencial con terapeutas y población con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria, resultaba beneficioso ya que implicaba un menor coste y era de fácil acceso a la población, además enfatizaban que gracias a la interacción que mantienen los jóvenes con la internet resultaba una plataforma llamativa para ellos pudiendo llegar de una manera más rápida y directa, además ofrecía algo que los centros e institutos donde se trabajan programas para los TCA no ofrecía, y consistía en el confort y seguridad que implica estar protegido por una pantalla de computador ya que de esta manera no les generaba ansiedad el tener contacto con otras personas que podrían juzgar su apariencia, esto a la vez es una de la más grandes desventajas de los programas implementados por internet, ya que implica un aislamiento de la persona reduciendo las interacciones sociales, resulta contraproducente ya que las autoras referían que las relaciones sociales son uno de los aspectos que se ve afectado con la presencia de TCA, por lo cual éste tipo de programas por internet son factibles cuando se combina con programas presenciales como método de apoyo o como método para el seguimiento una vez han sido dados de alta (20).

Por su parte, en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Cordella, et al (21) aplicaron un programa a adolescentes y jóvenes (81 pacientes psiquiátricos entre los 10 y 26 años que recibieron atención multidisciplinaria) y observaron las variaciones en seis meses de intervención. El objetivo del estudio fue realizar la caracterización de la muestra y descubrir los cambios orgánicos y familiares después del tiempo estipulado de tratamiento, en concordancia con el tipo de TCA a través del registro clínico de datos psiquiátricos, familiares y nutricionales. Realizándose consultas psiquiátricas, nutricional y terapéutica. El promedio de edad al consultar por primera vez fue de $16,3 \pm 3,0$ años (rango 10-26 años). La edad promedio de inicio del TCA fue $15,2 \pm 2,1$ años. El tiempo de evolución del TCA previo a la consulta fue de $1,4 \pm 2,1$ años. En la muestra sólo hay un adolescente varón de 14 años con diagnóstico de Anorexia Restrictiva. Entre los resultados se encuentra que el porcentaje más elevado corresponde a Anorexia Restrictiva (60,5%), mientras la Bulimia Purgativa tuvo un (27,2%), lo que consideran es característico de una población de adolescentes que se inician en los TCA. También se identificó que la primera consulta generalmente ocurrió antes de presentar amenorrea o irregularidad menstrual, que es un índice de precocidad de consulta médica. Sólo 38,3% de los pacientes tenía amenorrea al ingreso. Esta conducta parental de anticipación corresponde a exitosos resultados obtenidos por campañas de promoción de salud adolescente en colegios y medios. El antecedente de obesidad o sobrepeso está relacionado con la aparición de cualquier TCA y aparece en 37% de los pacientes estudiados. En cuanto al tipo de familia, se trata de familias, en su mayoría, con ambos padres presentes, que se organizan en relación a la adaptabilidad y la cohesión de sus miembros en distintas estructuras familiares.

Dentro de la muestra, 54,3% son aglutinadas y rígidas (los límites relacionales son difusos entre sus miembros y no se adaptan fácilmente a los cambios). Como conclusión el equipo afirma que en esta primera investigación descriptiva del quehacer de un equipo terapéutico en trastornos de alimentación, los resultados a seis meses muestran cambios en el IMC en pacientes anoréxicos restrictivos con rasgos obsesivos de personalidad y que las familias abren su conflicto haciendo más probable su resolución. Además un modelo coherente de atención basado en la cooperación, comunicación y congruencia de las intervenciones nutricionales, psicológicas y relacionales mantiene un sistema terapéutico plástico y sinérgico con capacidad de adaptación y ajuste a cada familia consultante, haciendo de mediador entre el paciente, los cuidados familiares y el trastorno de alimentación (21).

En Colombia la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. instauró un proyecto (Acuerdo N° 157 de 2006) dirigido a crear e institucionalizar un Programa Distrital de Prevención de la Anorexia y la Bulimia en el año 2006. Esto considerando que en los últimos años se han incrementado las patologías asociadas a trastornos de la alimentación como la Anorexia. El objetivo de dicho programa es “[...] contribuir a la prevención y al control de la anorexia y la bulimia, y dar prioridad a las acciones requeridas, a fin de contener el avance de las patologías y de los daños consecuentes”. El establecimiento del programa permite informar a la población sobre los efectos y alcances de los TCA pensando en el futuro de las personas; así mismo, considera de vital importancia proporcionar atención a quienes ya padecen esta condición centrándose en la capacitación de los profesionales. Entre los mecanismos propuestos para el abordaje de los TCA están: Campañas de educación en colegios, universidades, talleres dirigidos a educadores, padres y alumnos; Difusión en los medios de comunicación masivas de los riesgos de la bulimia y anorexia; Capacitación de agentes de salud comunitarios; Orientación psicológica al paciente y su grupo familiar; Impulsar y fortalecer el desarrollo de estudios e investigaciones en la temática; y Apoyar las acciones preventivas que desarrollan organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil. Siendo la Personería de Bogotá el órgano de control y vigilancia y el órgano ejecutor la Secretaria de Salud del Distrito. Además establece la creación de un Día de prevención de Bulimia y Anorexia el primer día del mes de abril, en coordinación con la Secretaria Distrital de Salud, la Secretaria de Educación y las Universidades, para el conocimiento y sensibilización de estas enfermedades (12).

Desde las investigaciones revisadas es evidente la cantidad de programas existentes sobre prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde diferentes disciplinas, sin embargo, desde Terapia Ocupacional no hay evidencia consistente sobre programas de promoción y prevención para esta población, ya que van dirigidos principalmente hacia el nivel de habilitación / rehabilitación. Al realizar esta investigación mediante la revisión documental permitirá reconocer qué aspectos del desempeño ocupacional se ven afectados y a partir de allí realizar actividades con propósito, siendo este uno de nuestros medios de intervención para intervenir en esta población en riesgo, de manera que se incida fortaleciendo y

previniendo los factores que hacen más probable presentar un TCA, buscando de esta manera que través de la ocupación se prevenga los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Crispo, et al (16) aseveran que se evidencia alrededor del mundo que los TCA afectan principalmente a mujeres púberes y adolescentes de clase social media y media alta. El aumento de incidencia de la Anorexia Nerviosa, junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de la salud, ha permitido verificar que los conocimientos que existen de este género de trastornos es muy poco; según Toro y Vilardell (16), para quienes entre el 30% y el 40% de las pacientes anoréxicas recuperan la normalidad; entre el 30% y el 40%, mantiene sintomatología anoréxica, aunque significativamente mejorada; entre un 10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno, y de un 5 a un 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio.

Un estudio adelantado por Cilleros y Durán (4) concluyen que las consecuencias en las diferentes esferas del ser humano a partir de la estructuración de un programa de intervención sobre imagen corporal desde terapia ocupacional, comprenden consecuencias físicas, psicológicas, sociales y ocupacionales. Sobre las consecuencias ocupacionales, que son las características de interés para esta investigación, se identifica en el autocuidado dificultades en la alimentación, hábitos saludables, presentación personal y vestido, socialización y expresión sexual, a causa de la imagen corporal distorsionada y el bajo nivel de autoestima. En el área productiva se presenta un incremento en el interés por dicha área, que se ve interrumpido en el momento en el que la persona ingresa en hospitalización, de igual manera se afectan actividades instrumentales como preparación de alimentos o cuidado de la ropa.

Las implicaciones en las áreas de desempeño incluyen el impacto directo que tienen los TCA en el manejo del ocio, puesto que se presenta una reducida gama de actividades a las cuales la persona presenta interés, esto a causa de que focaliza su interés y motivación en conseguir la delgadez. Además de las áreas de desempeño, se ven explícitamente afectados los roles de la persona con anorexia, debido a que tienen tendencia a aislarse socialmente; los roles que desempeñaban antes del trastorno se ven disminuidos cuando aparece la patología, por lo cual disminuyen las interacciones sociales y pierden habilidades psicosociales (4).

En una investigación realizada por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) en la que participaron 2,386 alumnos (31.4% hombres y 67.9% mujeres) entre 18 y 30 años, se halló que el porcentaje de la población

universitaria con alta probabilidad de desarrollar un TCA era 14.9% en hombres y 20.8% en mujeres. En otro estudio realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en el año 2004 con 385 estudiantes entre 1587 elegibles de 6 facultades, se encontró que 149 (38.7%) estudiantes mujeres fueron positivas en la puntuación del cuestionario SCOFF para los trastornos de la conducta alimentaria y en un estudio en Bogotá 51.1% de los participantes obtuvieron un resultado positivo para la prueba de filtro de TCA. La proporción de tamizaje positivo para TCA, se encuentra entre los resultados de Bucaramanga y Bogotá; y es más alta que la proporción encontrada en el estudio de Madrid; lo que indica la gravedad del problema de los TCA en Colombia (22).

Los TCA presentan una prevalencia anual de 0.5% a 1% en la población general, y una incidencia por año de un caso por cada 1000 mujeres de 13 a 18 años de edad. Las manifestaciones de los TCA surgen en general en la mitad de la adolescencia, antes del desarrollo de un síndrome completo, con una prevalencia de 0.5% para AN y 1% para BN, como lo muestra un estudio en Inglaterra donde la prevalencia de AN fue 0.4%, con una razón mujer: hombre de 9:1 y para BN la prevalencia fue 1%, con una relación 30:125. En este trabajo se evidenció la edad de inicio temprana de estos trastornos, pues el grupo de edad con la mayor proporción de casos de ECA positiva fue el de 15 a 19 años (45.3%) (22).

Un estudio realizado en la Universidad del Valle con 174 estudiantes para establecer la prevalencia presentar un TCA, centrado en la metodología de estudio trasversal implementando el auto diligenciamiento de una encuesta sobre el comportamiento de la conducta alimentaria, arrojó los siguientes resultados: la mayoría de los estudiantes se encontraba dentro del rango de edad de 15 a 19 años con 117 estudiantes (67.2%). Referente al género, fueron 92 mujeres (53%) y 82 hombres (47%). Los resultados obtenidos con la aplicación de la ECA mostraron que 39.7% de los estudiantes participantes en el estudio tuvieron una alta probabilidad de padecer un TCA, indicada por el puntaje positivo en la prueba de filtro, con una proporción de 51.1% en las mujeres y 26.8% en los hombres (22).

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características que debe incorporar un programa de Atención Primaria en Salud orientado hacia la prevención de problemas ocupacionales en personas con Anorexia y Bulimia Nerviosa?

6. HIPÓTESIS

Los síntomas de la Anorexia y Bulimia Nerviosa logran afectar los componentes de ejecución (sensorio-motor, cognitivo, social y mental) en la persona y en consecuencia una evidencian una restricción en la participación de actividades de naturaleza ocupacional. Siendo los TCA patologías que pueden ser detectadas en una fase temprana y empleando la ocupación en procesos de Prevención desde la estrategia de Atención Primaria en Salud la Terapia Ocupacional se puede fomentar procesos centrados en lograr la autonomía en las Actividades de la Vida Diaria y Bienestar de la persona, pues permitiría a los sujetos desarrollar su potencial único en el escenario de su vida cotidiana, lo que le permite interactuar con los demás y avanzar en su proceso de configuración de la individualidad (Law, et al; 1998) (12).

El abordaje desde Terapia Ocupacional enfocado en la Prevención, puede emplear la ocupación como un medio para mantener un estado completo de bienestar físico, mental y social, además, la ocupación, por el solo hecho de ejecutarse, posee como propiedad intrínseca la capacidad de curar, de sanar, y de proporcionar un significado y sentido personal positivo. Sin embargo, la teoría que fundamenta los programas de Prevención de los TCA en los diferentes campos y profesiones que intervienen, no brindan información que permita identificar características para la elaboración de programas de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Anorexia y Bulimia Nerviosa enmarcado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y a cambio se justifica desde la perspectiva de otros campos en los componentes de Asistencia, Habilitación y Rehabilitación.

Por lo tanto, las fuentes de información y de búsqueda de las características de abordaje en prevención de alteraciones de desempeño relacionadas con los TCA incluso pueden considerar las prácticas culturales que influyen significativamente en la adquisición de TCA que están documentadas y que ofrecen una gama de representaciones sociales en relación al cuidado, los medios de intervención para el mantenimiento y recuperación de la funcionalidad y calidad de vida a la luz de la propia disciplina y las que se encuentran relacionadas.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las características que debe incorporar un programa de intervención de Terapia Ocupacional enmarcada en la estrategia de Atención Primaria en Salud para la Anorexia y Bulimia Nerviosa.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el efecto de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en las áreas ocupacionales y patrones de ejecución de la persona.
- Establecer las pautas que orienten la toma de decisiones del profesional de Terapia Ocupacional para el abordaje de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud.

8. MARCO TEÓRICO

A continuación se exponen las principales definiciones de las estrategias propuestas para la caracterización de los programas de TCA que son la Atención Primaria en Salud (APS) y Prevención Primaria (PP). Se explican los conceptos de las patologías a investigar de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), además se presentan algunos factores determinantes para la aparición de los TCA como el ciclo vital, aspectos socioculturales y ocupacionales.

8.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En el año 1978 se presenta una nueva estrategia para la atención de la salud bajo la Declaración de Alma-Ata instaurado por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, en presencia de 134 países; este nuevo compendio de estrategias, valores y principios para la organización del servicio de salud basados en la disminución de las desigualdades sociales y en la equidad, nace del fruto de las características políticas y económicas de la época donde primaban los intereses de guerra (23). Este enfoque es llamado Atención Primaria en Salud y definido por la OMS como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad” (24). Dentro de la Declaración de Alma-Ata se enmarcan aspectos claves en los que se deben intervenir para lograr lo propuesto, estos son a groso modo educar sobre la salud y métodos para prevenir enfermedades, promoción de suministro de alimentos, suministrar agua potable y saneamiento básico, cuidado de la salud materno-infantil, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento de enfermedades comunes y suministro de medicamentos esenciales. Después de este primer hito en el cambio de paradigma hacia una Atención Primaria en Salud, se continuó el debate y la construcción sobre las estrategias que dieron lugar a documentos como la Carta de Ottawa en 1986, la Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1988, la Declaración de Yakarta en 1997 o la Declaración de la Salud para todos en el Siglo XXI de 1998, donde aún hasta la fecha se continúa construyendo un modelo de salud justo y asequible que responda al derecho irrevocable a la salud (25).

Existe a nivel mundial un amplio porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales y como consecuencia de ello, sufre en silencio la estigmatización de las enfermedades mentales; una de las razones en los países desarrollados es que los servicios de atención primaria de salud proporcionan formación y destrezas que resultan inadecuadas para la detección y el tratamiento

de las personas con problemas de salud mental. Mientras en los países de bajos y medianos los ingresos se consideran como uno de los principales factores de la falta de recursos por el suministro de atención de salud (26).

En Colombia la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental determina que se emplearán la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud y la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes (Artículo 1) (27). Esto concuerda con las determinaciones de la Federación Mundial de Salud Mental: la detección temprana y exacta de los problemas de salud mental y el tratamiento y plan de gestión adecuados enfocados en la recuperación y regreso a la ejecución de sus actividades de la vida diaria contribuirían a la reducción de la carga mundial que imponen los trastornos mentales en los sistemas de atención de salud y sociales. La intervención temprana no sólo contribuye a la recuperación rápida y completa sino que también lleva la persona a una mejor reintegración en la sociedad. El énfasis debería centrarse en el establecimiento de sistemas en todos los rincones del mundo, que permitan identificar las personas con problemas de salud mental en la primera oportunidad y proporcionen intervenciones apropiadas (26).

8.2. PREVENCIÓN PRIMARIA

El incremento de casos de Anorexia Nerviosa ha generado una alarma en la Salud Pública, por lo cual se hace necesario la implementación de programas de Prevención Primaria que logren identificar en la población en riesgo aquellos adolescentes que pueden desarrollar este trastorno para intervenir desde una prevención temprana, es decir, antes de que se presente la patología. El objetivo de la prevención primaria es reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se genere un trastorno, al tiempo que aumentan las “capacidades” personales y el apoyo del entorno, lo cual disminuye las posibilidades de que acontezca dicho trastorno (28). Es importante que la Prevención Primaria no se desligue de la Prevención Secundaria y Terciaria porque la intervención debe ir enfocada a los tres niveles para garantizar el éxito del programa; los tres niveles se encuentran interrelacionados, de modo que la necesidad de poner en marcha estrategias preventivas a uno de los niveles no es otra cosa que el reflejo del fracaso total o parcial de las medidas adoptadas en el nivel anterior (28). Además se sugiere que en la intervención en los aspectos del desempeño ocupacional que se afectan por la Anorexia Nerviosa, se empleen estrategias como el uso de actividades terapéuticas antes de que aparezca el trastorno con el fin de evitar los posibles problemas presentes en desempeño ocupacional (29). Es fundamental que la Prevención se realicen en las poblaciones de riesgo para obtener los resultados apropiados, de igual manera se debe identificar desde el ejercicio de Terapia Ocupacional si la intervención preventiva “[...] ira dirigida a el ambiente, la actividad o la persona [...]” (30),teniendo en cuenta que en la Prevención Primaria las

acciones preventivas se realizan antes del inicio de la enfermedad o durante estadios muy iniciales de la misma, por lo tanto, se deben realizar en espacios como el educativo donde tenga incidencia en la población en riesgo y llegue a la familia y a la comunidad en general; porque este contexto como institución es responsable de la construcción de espacios de desarrollo, saludables y sostenibles en el tiempo (9).

Existen cuatro factores que hacen necesario pensar en términos de programas de prevención en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes (5):

- Los datos de prevalencia e incidencia: que señalan hacia un posible incremento sostenido en las últimas dos décadas de prevalencia, hasta afectar una parte significativa de la población femenina en un continuo que va desde la normalidad a la población de riesgo y de ella a quienes padecen síndromes parciales que en porcentaje importante termina en cuadros completos.
- La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias: el impacto sobre todos los miembros del grupo familiar es intenso y prolongado, favoreciendo el desarrollo de nueva patología alimentaria en los hermanos.
- El mejor conocimiento de la población de riesgo: los adolescentes, si realiza actividades de riesgo y si se presentan elementos desencadenantes que condicionan un estado emocional negativo.
- Patologías contagiosas: la enfermedad parece transmitirse entre los adolescentes, y pueden actuar como efecto y pone a prueba la capacidad de la familia para cortar el circuito de propagación entre ellos

En los Trastornos Alimenticios el único factor de riesgo aislado es la dieta, por esto se han realizado algunos programas destinados a reducir la tendencia de la población a hacer dietas o a desarrollar comportamientos potencialmente peligrosos en relación con el control del peso, como la automedicación al adquirir medicamentos para inhibir el hambre, encaminados en especial a escolares. También se han desarrollado intervenciones dirigidas a poblaciones de riesgo (sujetos que realizan actividades en las que el aspecto físico es importante), pero tienen el inconveniente de que estas poblaciones contribuyen globalmente muy poco a la incidencia global del trastorno (5).

Algunas de las fallas detectadas en los programas de prevención que se han desarrollado hasta el momento es que utilizan la información de los TCA como primera medida para intervenir, lo que puede ser contraproducente y puede incitar a los adolescentes a desarrollar el trastorno. En 1975, el Dr. Gro Harlem Brundtland (ex primer ministro de Noruega) escribió un artículo donde planteaba la importancia de que la prevención primaria se realizará en espacios escolares pero

promocionando la importancia de los hábitos alimenticios saludables y que para que este programa sea éxito es trascendental realizar un trabajo conjunto con la red sanitaria (14). Smolak, et al (14), desarrollaron un programa formativo dirigido por profesores escolares donde se trataban temas como nutrición, grasa corporal, dietas, actitudes frente a personas obesas, el cuerpo, consumo de alimentos saludables y práctica adecuada de ejercicio físico; este programa fue aplicado a 222 niños en escuelas americanas, donde el único resultado derivado fue el incremento de conocimiento de los niños en los temas tratados, pero no se logró un cambio de conductas. En 1997 en el Gobierno Vasco se implementó un taller de alimentación en los colegios como una asignatura obligatoria para la secundaria, los profesionales a cargo eran un psicólogo, nutricionista, médico psiquiatra y un profesor; al final del curso los estudiantes mejoraron su autoconcepto y eran más conscientes de los comportamientos peligrosos respecto a la alimentación y un alto conocimiento sobre la alimentación sana (14).

Los programas de intervención en prevención primaria para los Trastornos Alimentarios más frecuentes son los de tipo psico-educacional, criticismo hacia los medios de comunicación, técnicas de inducción y disonancia, y la eliminación de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de la persona. Estudios realizados por diferentes investigadores dan resultados de los programas de prevención, donde los más efectivos eran multisesión, dirigidos a mujeres, impartidos por profesionales entrenados, con contenidos relacionados con la imagen corporal y haciendo uso de técnicas de inducción y disonancia. Además resultan datos interesantes acerca de que los programas eran más efectivos cuando estaban dirigidos a una población identificada con riesgo que a una población en general (31).

Es destacable que los programas de prevención de los TCA requieren un abordaje multidisciplinar. El equipo facultativo debe contar con la participación (con diferente grado de implicación en cada paciente y/o momento del ciclo vital), como los son el terapeuta ocupacional, el médico (pediatra o nutricionista), psiquiatra, psicólogo, trabajador social, personal de enfermería, fisioterapeuta, entre otros profesionales (5).

Aunque se resalta la importancia de identificar las personas con alto riesgo a desarrollar Trastornos de Alimentación para poder incidir en la etapa inicial y hacer la respectiva intervención antes que se desencadenen más consecuencias graves, existen pocos diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria desde la Atención Primaria. Según Montón, et al (6) algunos de las razones por las que ocurre esto son: “la escasa concienciación de los profesionales ante estos problemas hasta hace pocos años, la falta de tiempo real por la gran presión asistencial, que impiden profundizar en la atención integral de los pacientes y en la realización de actividades preventivas. En consecuencia, el profesional de atención primaria es un pilar fundamental en la identificación de grupos de riesgo frente a la Anorexia Nerviosa.

En esta medida, centrarse en la Prevención antes de la Rehabilitación y Habilitación de las personas, requiere de un conocimiento lo más preciso posible de la realidad social a la que se dirige, de las características y las reacciones de la población a la cual está encaminada, e incluso de la comunidad en general. Es preciso decir que la función preventiva es mucho más enriquecedora y de menor costo en el plano social, ya que los receptores a su vez se convierten en emisores con una función productiva hacia sí mismos y para su entorno. Es indispensable la participación de todas las personas que forman parte de ese medio ambiente afectivo y social (31).

Cilleros y Duran (4) establecen que aunque se estructure un programa de intervención no se debe olvidar las particularidades de cada uno de las personas que padezcan un trastorno de la conducta alimentaria, porque este es un indicador de éxito en la intervención. Definen la anorexia nerviosa como la fobia a la obesidad y una idealización de la delgadez que a su vez se relaciona con alteraciones de la imagen corporal, lleva a las personas a dietas restrictivas y ayunos prolongados que ponen en peligro sus vidas. Determinan que para lograr los resultados en la intervención se plantea el desarrollo de cuatro pasos:

- Área somática: en esta fase el médico y psiquiatra tienen como objetivo el aumento de peso y trabajar en los trastornos afectivos con tratamiento farmacológico.
- Área conductual: en esta fase el terapeuta ocupacional, psicólogo y enfermera buscarán como objetivo modificar los hábitos alimentarios.
- Área psicológica y cognitiva: el terapeuta ocupacional junto con el psicólogo trabajarán en la imagen corporal, las habilidades sociales y demás comportamientos psicosociales que estén presentes.
- Mejorar la relación entre el paciente y su entorno: en esta última fase el terapeuta ocupacional buscará restablecer las relaciones de la persona principalmente con su grupo familiar.

El programa de prevención que plantean propone un trabajo en las actividades de auto mantenimiento, productivas y de ocio donde estas personas con trastornos de conducta alimentaria no pierdan roles, hábitos, rutinas y actividades laborales o de educación y el uso de un adecuado ocio y tiempo libre, en el caso de las personas que ya lo padecen se buscará restablecer o reestructurar estas actividades. También se busca intervenir en el aspecto de imagen corporal modificando positivamente el concepto que tienen estas personas de su cuerpo. Es importante realizar evaluación de los pacientes antes de estructurar el programa o de aplicarlo para poder determinar de esta manera que actividades grupales o individuales se deben emplear con personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, algunas de las actividades que se realizan se relacionan con la expresión corporal,

ludoterapia, actividades de espejo, música, danza, actividades físicas saludables, relajación, actividades artísticas y creativas y entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente se debe hacer un seguimiento constante de la evolución de los pacientes para determinar si el tratamiento es el adecuado y se ajusta a los intereses y necesidades de esa persona (4).

8.3. ANOREXIA NERVIOSA

La Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) del año 2014, en el grupo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (189) ubica a la Anorexia Nerviosa con el código F50.0, clasificándola en Tipo restrictivo (F50.01) y Tipo por atracón / purgas (F50.02) (32).

Este manual conceptúa la Anorexia Nerviosa como (32):

- La “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.”
- “Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.”
- “Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.”

Según los tipos en que la clasifica afirma que (32):

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

Tipo con atracones/purgas: Se da cuando “durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)”.

También permite considerar aspectos como la gravedad actual de la condición de salud donde para los adultos se centra en el Índice de Masa Corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el Percentil del IMC. Para lo cual se basa en las

categorías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la delgadez en adultos (Leve: IMC ≥ 17 kg/m²; Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²; Grave: IMC 15–15,99 kg/m² y Extremo: IMC < 15 kg/m²) y para niños y adolescentes, emplea los percentiles de IMC correspondientes. Se considera que “[...] la gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión”.

La principal características de la Anorexia Nerviosa es el rechazo a conservar el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, teniendo en cuenta la edad y talla de la persona. El objetivo de alcanzar la delgadez está ligado al conjunto de conductas cotidianas, las cuales se centran en la búsqueda de la perfección y manifestación de autocontrol (33). Además Halmi (33) asegura que las continuas autoevaluaciones sobredimensionadas de su peso y figura hacen pensar en incursiones de tipo delirante en algunos casos extremos.

Considerando las características de los tipos de Anorexia Nerviosa que define la DSM-V, estas pueden dificultar la ejecución de un diagnóstico diferencial entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, aunque cada uno tenga sus particularidades, no obstante (32):

- “[...] la Anorexia Nerviosa se refiere a sujetos [...] que se autoimponen ayunos drásticos mientras la Bulimia Nerviosa se refiere a sujetos con normo o sobrepeso” (PIR, 1999).
- “Las pacientes anoréxicas parece que tratan de prevenirse contra la apariencia sexual atractiva a diferencia de las bulímicas, que suelen buscar –y tener- mayor cantidad de relaciones interpersonales”.
- “Las pacientes bulímicas suelen negar menos su alteración, apareciendo con un juicio consciente más preservado sobre su situación psicológica”.
- “Las pacientes anoréxicas restrictivas consideran que tienen perfecto control sobre su conducta”.

Martín (34) afirma que quienes inician en el tipo restrictivo, realizan dieta como consecuencia del sentimiento de insatisfacción con su imagen corporal (“suele existir una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad premórbida, aunque no es un criterio unívoco”), siendo el comienzo la restricción de alimentos hipercalóricos para después evitar todos los grupos alimenticios. En concordancia con Garfinkel (33), las personas se caracterizan también por ser perfeccionistas, rígidas, hiperresponsables y sentirse ineficientes. Existen casos donde fracasan en el ayuno y rompen con la dieta autoimpuesta, esto les genera un sentimiento de frustración y alta ansiedad frente a la probabilidad de aumentar de peso, por lo cual, entran en el tipo con atracones/purgas como una forma de mitigación. Aunque logran

mantener un peso bajo y conservar una delgadez, el miedo a ganar peso o llegar a la obesidad, perdura. Esto produce una limitación en las demás áreas de la vida de la persona afectando sus relaciones sociales y familiares, la ejecución de sus obligaciones académicas, abandono de los proyectos de vida, entre otros. Estas conductas se mantienen por medio del refuerzo positivo (“p.ej. acercarse a la imagen ideal, experimentar sentimientos de control y eficacia, ser centro de atención familiar”) y negativo (“p.ej. vomitar para evitar la ansiedad, disminuir la ingesta para evitar malestar post-prandial, “ser enferma” para evitar enfrentarse a retos de la vida”) (33).

8.4. BULIMIA NERVIOSA

El DSM-V en el grupo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (189) ubica a la Bulimia Nerviosa con el código F50.2 (32).

Califica esta condición como (32):

- “Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)”.
- “Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo”.
- “Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.”
- “La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.”
- “La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.”

Según este manual la gravedad mínima se fundamenta en “[...] la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados”. Además, “la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional”. Por lo cual se consideran los siguientes niveles (32):

- Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

La Bulimia Nerviosa tiene entonces tres características principales (32):

- “[...] la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados”
- “[...] las conductas destinadas al control del peso corporal”
- “[...] preocupación extrema por la figura y el peso corporales”

En casos donde previamente se presentan Anorexia Nerviosa, conductas adictivas, historia de alcoholismo o conductas autolesivas, el pronóstico puede empeorar. Durante los atracones es común el consumo de alimentos con un alto porcentaje calórico, sin embargo, la característica que define los atracones es la cantidad de alimento que se ingiere y no la preferencia por cierto tipo de alimentos. Debido a los sentimientos de vergüenza y culpabilidad, los atracones son realizados en privado y tienen como antecedente estrés interpersonal, experiencias de insatisfacción vital, ánimo disfórico o hambre. Surge también un aumento progresivo en la frecuencia e intensidad de los atracones (donde se pueden alcanzar consumos de miles de calorías), acompañado de una sensación de descontrol y planificación de la purga. La obesidad es inaceptable, pudiendo presentarse normopeso (con probabilidad de historia de sobrepeso premórbido). Las personas con Bulimia Nerviosa pueden mostrarse impulsivas, extrovertidas, experimentan relaciones extremas y tempestuosas, toleran mal el aburrimiento y las rutinas, entre otros (33).

Es importante tener claridad en los diagnósticos y contemplar la posibilidad de que exista un cruce entre los de Anorexia y Bulimia Nerviosa en el momento de tratar dichas patologías, es decir, tener presente que una persona con Anorexia puede experimentar algunos de los criterios de diagnóstico para Bulimia (33). Kamryn, et al (33) afirman que estudios realizados dieron como resultado que en el transcurso de 7 años más de la mitad de la población estudiada con diagnóstico de Anorexia Nerviosa (cualquiera de los subtipos) presentaba un avance hacia la Bulimia

Nerviosa en el transcurso del tiempo o hacia otro subtipo según los criterios de diagnóstico establecidos por el DSM-V, sin embargo, esta transición entre patologías no ocurría del mismo modo en el caso de Bulimia Nerviosa a Anorexia Nerviosa. Es por este motivo que se debe estar alerta frente a las fluctuaciones en los criterios de diagnóstico ya que podría cambiar con el tiempo la condición de la persona y por lo tanto los objetivos de tratamiento para ésta también deberían ser modificados.

8.5. CICLO VITAL Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los programas de prevención van dirigidos a población en riesgo, que según investigaciones realizadas por diferentes autores en la ejecución de programas preventivos de los TCA están orientadas hacia población en etapa de pre adolescencia y adolescencia; porque es ahí donde se es más vulnerable a los factores de riesgo. Un ejemplo de ello son los estudios realizados por la consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, sobre prevalencia de los TCA en chicos/as escolarizados (1.913 varones y 2.415 mujeres) de entre 15 y 20 años, obteniendo como resultado que un 2,2% de chicos y un 15,5% de chicas presentaban conductas asociadas con la patología alimentaria (dietas, atracones, conductas purgativas, ejercicio físico compulsivo). En este sentido, el Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre TCA realizó una interesante revisión sobre los estudios de prevalencia en España, Europa y América. Basándonos en dicha revisión, los autores indican que la población con mayor riesgo son mujeres entre las edades de 12 y 21 años (35). A partir de esto podemos identificar que acorde a los planteamientos e investigaciones realizados por diferentes autores, se reconoce que el ciclo vital en el cual hay mayor riesgo y por ende mayor resultados positivos de los programas de prevención es en la adolescencia; esto corresponde a todos los cambios que presentan los sujetos en esta etapa y que son más vulnerables a estereotipos impuestos por la sociedad y que son influenciados a través de los medios de comunicación.

8.6. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (36)

En la actualidad la anorexia y bulimia son una epidemia que atenta en principio contra la salud física y emocional de muchas mujeres. Vivimos en un mundo lleno de contradicciones, donde millones de personas mueren por la malnutrición consecuencia de la pobreza, mientras las adolescentes y jóvenes occidentales sufren trastornos alimenticios y están mal nutridas como consecuencia de presiones socioculturales que inducen a un sobrecontrol del peso y de la imagen corporal.

El concepto de imagen corporal es imprescindible para el análisis y comprensión de los TCA. La autora Hilde Bruch (1965) es la primera en proponer la existencia de un

trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, concibiendo que estas patologías involucran: " [...] a) trastorno del propio concepto corporal; b) trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos, y c) sensación de falta de control respecto a las propias funciones corporales". Considera la imagen corporal como la " [...] representación física y cognitiva del cuerpo que implica e incluye actitudes de aceptación y rechazo [...] ". Este concepto ha sido fundamental para la comprensión de la influencia de los medios de comunicación en las personas. Algunos estudios indican que la imagen corporal está íntimamente relacionada con cuestiones de autoestima, y una imagen corporal "negativa" puede estar relacionada con los TCA. Las imágenes mediáticas pueden influir en los cambios de percepción y evaluación del cuerpo.

Tanto la insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las ideas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores de riesgo prevalentes en los adolescentes. Lo anterior, sumado a la presión social publicitaria que promueve la delgadez como el "símbolo del éxito en la vida" a través de modelos, genera preocupación en especial a las mujeres jóvenes sobre si son atractivas o no para los demás. Investigaciones afirman que los principales factores que influyen en el desarrollo y distorsión de la imagen corporal son los factores socioculturales (Fallon, 1990; Heinberg, Thompson y Stormer, 1995).

Los ideales de belleza femenina varían según los estándares estéticos de la época, y gran número de mujeres ha intentado alterarse para conseguir estos ideales (Mazur, 1980). Un resultado de la presión social actual es que las culturas occidentales se han convertido en "lipofóbicas". (Vandereycken, 1993). Aunque se identifica que la presión asumida por las mujeres, también las hace recurrir a alterar su cuerpo con las cirugías estéticas para adquirir una apariencia que a veces es contradictoria con la delgadez, por ejemplo, el busto grande (Thompson y Tantleff, 1992) o un físico musculoso (Striegel, Moore, Silberstein y Rodin, 1986).

La literatura sugiere que los trastornos alimentarios son casi exclusivos de los países desarrollados (Ludewig, 1991); no obstante, actualmente se percibe que no son exclusivos de estos países porque su prevalencia se ha extendido a las sociedades donde no predomina necesariamente "el alto desarrollo económico". Tal parece que ahora el común denominador es "la cultura de la delgadez"; Mancilla, et al (1998), encontraron en su investigación 44 casos de chicas con TCA (8.3 % de la población) entre una población de 524 universitarias.

8.7. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Según Steiger, Leung y Thibaudeau, (37) una disfunción social podría causar el empeoramiento y mantenimiento de una trastorno alimentario, y por otro lado

Garner (38) afirma que un buen desempeño social es asociado con el mejoramiento del estado clínico de los trastornos alimentarios. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden haber sido desarrollados por características de la personalidad o un trastorno de personalidad, lo cual los convierte en factores de riesgo a tener en cuenta debido a que estos aspectos de la personalidad pueden generar comportamientos que lleven al desarrollo de un trastorno alimentario.

Según Carretero, Sánchez, Rusiñol, Raich y Sánchez (39) en su investigación encuentran que las personas con algún tipo de trastorno alimentario presentan dificultades en aspectos psicosociales, como desconfianza interpersonal e inseguridad social. Los autores por medio de una evaluación obtienen resultados en relación a las características de personalidad un sentimiento generalizado de ineficacia, tendencia hacia el perfeccionismo siendo este presente con mayor frecuencia en cuadros clínicos más graves. Además dentro de estas características se identifica el miedo a la madurez y el ascetismo asociado a los rituales de purgación y ligado fuertemente con aspectos del comportamiento como la tendencia a la impulsividad. Dichos aspectos psicosociales mencionados anteriormente demarcan la importancia de identificar y reconocer aquellas características de la personalidad así como de sus interacciones sociales de manera que se pueda incidir sobre aquellos factores de riesgo asociados a la esfera psicosocial de la persona (39).

9. ASPECTOS OCUPACIONALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Vaquero y Solano (40) plantean que las personas con trastornos de la conducta alimentaria presentan diferentes déficits en las habilidades y destrezas necesarias para el desempeño en diferentes áreas ocupacionales y por lo tanto en las actividades que desarrollan cotidianamente. Miren y Durán (41) indican que las personas con trastornos alimentarios presentan alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria como dificultades en el vestido, actividad sexual y dormir/descanso; en cuanto actividades instrumentales de la vida diaria señalan que presentan alteraciones en cuanto a movilidad en la comunidad, manejo financiero, cuidado de la salud, preparación de alimentos y limpieza y realización de compras.

9.1. MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA (MOH).

Es importante abordar desde la teoría referente a modelos y marcos de Terapia Ocupacional los aspectos que se ven afectados el desempeño ocupacional de las personas que presentan Anorexia y Bulimia Nerviosa; a partir de los cuales se puede fundamentar o respaldar con la teoría como se presenta la afectación del desempeño (42).

El primer modelo a partir del cual se fundamentará la teoría es, el Modelo de la Ocupación Humana (MOH) de Kielhofner, que es uno de los primeros modelos que reconoció la importancia del ambiente en la vida ocupacional. Se centra en los factores personales y ambientales que influyen en la ocupación. Este modelo presenta como a través de la motivación la persona elige su comportamiento ocupacional, cómo logran aprender y sostienen los patrones recurrentes del hacer, que hacen parte de su vida diaria; además de la manera en que las personas participan en una gama de acciones (físicas, cognitivas y sociales) (43).

Este modelo se compone de tres elementos (43):

- **Volición:** “Se refiere a la motivación ocupacional y se entiende como el patrón de pensamientos y sentimientos, acerca de la propia persona como actor en el mundo, que ocurre a medida que anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que hace”.
- **Habitación:** “Es el proceso mediante el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas”.
- **Capacidad de desempeño:** Tienen que ver con: “[...] las habilidades físicas y mentales, que se utilizan en el desempeño de una ocupación con propósito. De la misma forma en que estos tres elementos se interrelacionan y son interdependientes, las personas y sus ambientes son inseparables”.

- **Ambiente:** “Está conformado por dos dimensiones: social y física; que ofrecen oportunidades, limitaciones, recursos y demanda, teniendo impacto sobre la persona”. (Zurelis, 2009)

9.2. MARCO DE REFERENCIA DE ECOLOGÍA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL.

El principal postulado de este marco es la Ecología que es considerada como “[...] la interacción entre una persona y el contexto [...]” que puede “[...] influir en el comportamiento humano y en el desempeño de las tareas”. Basándose en que el desempeño humano surge de la continua interacción de la persona, contexto y el desempeño de tareas; que generan una influencia significativa en el rango y opciones de desempeño futuros de una persona. Al ejecutar el proceso de intervención desde esta perspectiva debe existir una colaboración entre la persona, la familia y el terapeuta ocupacional (44). Según Auerswald (44) la perspectiva ecológica holística permite vincular al profesional con el ambiente de desempeño y las demandas de desempeño que el paciente tiene que enfrentar. Además Fidler y Fidler (37) aseguran que el contexto es central en el proceso de desarrollo de las destrezas de la persona por medio de las interacciones con aspectos del ambiente.

La intervención terapéutica se enfoca en (44):

- Establecer o restaurar las capacidades de una persona para desempeñarse en el contexto.
- Reformar el contexto o la tarea real en la que se desempeñan las personas.
- Modificar (adaptar) las características contextuales y las demandas de la tarea para que apoyen el desempeño en el contexto.
- Prevenir la aparición o la evolución de los problemas de desempeño en el contexto.
- Crear circunstancias que promuevan un desempeño más adaptable o complejo en el contexto.

Las premisas de este marco son (44):

- Las personas y sus contextos son singulares y dinámicos.
- Es imposible comprender a la persona sin comprender también a su contexto.
- Los individuos influyen en los contextos y viceversa
- El rango de desempeño de una persona está determinado por la interacción entre personas y contexto.
- Es a través de la participación en tareas que las personas y los contextos interactúan.

- Cuando se comparan con los contextos naturales, los contextos artificiales pueden favorecer o inhibir el desempeño.
- El ejercicio de Terapia Ocupacional es comprender y promover, la autodeterminación y la inclusión de personas con discapacidad en todos los contextos.
- El proceso de Terapia Ocupacional comienza cuando la persona, la familia de éste o ambos identifican lo que aquél desea o necesita.
- La práctica de Terapia Ocupacional consiste en hacer cambios en los sistemas de manera que las personas con discapacidad reciban los derechos y los privilegios que merecen.
- La independencia abarca el uso de soportes contextuales para cubrir los deseos y las necesidades de las personas.
- El empleo de dispositivos de asistencia o de otras personas no significa que la persona sea dependiente.
- Las estrategias de intervención que adaptan o alteran el ambiente no se reservan para ser utilizadas sólo cuando han fracasado las intervenciones de restauración.

Este marco está comprendido por los siguientes conceptos (44):

- **Persona:** “[...] Es un individuo con su propia configuración de capacidades, experiencias y necesidades sensorio-motoras, cognitivas y psicosociales. Las personas son únicas y complejas; por lo tanto, es imposible predecir con exactitud su desempeño. El significado que una persona adjudica a una tarea y a las variables contextuales influyen fuertemente sobre el desempeño (Dunn, Brown, McClain y Westman, 1994).”
- **Tarea:** “[...] Puede ser considerada como un conjunto objetivo de comportamientos necesarios para lograr un objetivo. Existe una enorme variedad de tareas para cada persona, los roles forman las tareas de las personas, adoptan un significado en la relación interactiva de la persona.”
- **Desempeño:** “[...] Está compuesto tanto por el proceso como por el resultado de la persona que interactúa con el contexto para participar en tareas. La interacción entre la persona y el contexto determina la gama de los desempeños. Las habilidades, las capacidades y las experiencias de una persona, juntamente con los facilitadores y las barreras contextuales, establecen entre sí una tarea particular dentro de la gama del desempeño.”
- **Contexto:** Tiene aspectos temporal y ambiental. Se define como "Aspectos del ambiente que influencia en el desempeño, incluyendo aspectos culturales, físicos, virtuales y sociales como también características personales y factores temporales y espirituales".

9.3. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

El marco fue elaborado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) donde intentan definir el actuar de Terapia Ocupacional y establecer una guía sobre los alcances de la profesión, reiterando su visión de la Terapia Ocupacional como encargada de “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación” (45).

Los aspectos que enmarcan el Dominio de la Terapia Ocupacional son los siguientes (45):

- **Áreas de ocupación:** Las áreas de ocupación implican las actividades en las cuales se involucran las personas, grupos u organizaciones. Estas áreas se dividen en actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Estas a su vez se subdividen en actividades más específicas.
- **Características del cliente:** Las características del cliente corresponde al conjunto de valores, creencias, espiritualidad, funciones y estructuras del cuerpo. Estas características se ven influidas directamente por presencia o ausencia de factores como enfermedad, discapacidad y la privación, lo cual a su vez se ve permeado por las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y contextos y entornos.
- **Destrezas de ejecución:** Dentro de éste marco se definen las destrezas de ejecución como las habilidades que demuestran las personas en las acciones que realizan. Estas destrezas implican las motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, de regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales.
- **Patrones de ejecución:** Los patrones de ejecución comprenden los hábitos, roles, rutinas y rituales que determinan y organizan de una manera determinada el comportamiento ocupacional.
- **Contextos y entornos:** Bajo este marco se comprenden los entornos como el físico y el social, el contexto por otro lado comprende el cultural, el contexto personal, el temporal y el contexto virtual, estos contextos y entornos en relación con la persona actúan de manera bidireccional, donde el entorno y contexto influyen en el desempeño de la persona, y la persona está en la capacidad de modificar e incidir en ellos.
- **Demandas de la actividad:** En las demandas de la actividad se analizan las características que presenta una actividad en específico, esto implica el análisis de los objetos y sus propiedades, espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, acciones y habilidades requeridas, y funciones corporales y

estructuras corporales que se necesitan para ejecutar una actividad y por lo tanto una ocupación.

A pesar que estos aspectos se encuentran seccionados para un mayor análisis de la situación de la persona, estos aspectos no deben verse como aislados, ya que se encuentran íntimamente relacionados; siendo dinámicos, intervienen en los otros de manera que pueden facilitar o dificultar el desempeño ocupacional (44).

10. METODOLOGÍA

10.1. TIPO DE ESTUDIO (46) (47)

Se plantea un estudio descriptivo enmarcado en métodos cualitativos, que sugiere la interpretación de fenómenos a partir de revisiones históricas, imágenes, experiencias personales que describen problemáticas o situaciones por las que atraviesan las personas o poblaciones de estudio.

Se propone una estrategia basada en la revisión documental de bibliografía que oriente la construcción de la respuesta a la problemática identificada. Según Alfonso (46), la investigación documental es un procedimiento científico, un proceso sistemático de recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema. Al igual que otros tipos de investigación, éste es conducente a la construcción de conocimientos; es decir, la construcción de una comprensión propia del texto para su posterior explicación. El principal insumo de esta metodología es el documento escrito (impreso, electrónico, audiovisual, etc.); también se puede recurrir a otras fuentes de información como el testimonio de los protagonistas de los hechos, de testigos calificados, o de especialistas en el tema. Según Alfonso (46), la UNA (46) y Vásquez (46), los pasos para realizar un Investigación Documental son:

- Selección y delimitación del tema.
- Acopio de información o de fuentes de información.
- Organización de los datos y elaboración de un esquema conceptual del tema.
- Análisis de los datos e Informe de la investigación y presentación final (oral o escrita).

10.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para efectos de la presente investigación, el grupo investigador definió los siguientes criterios de inclusión:

- Documentos que contengan el tema de estudio publicados desde el 2005 hasta el 2016.
- Documentos e investigaciones realizados en idioma español e inglés.
- Documentos donde se evidencie la implementación de programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria.
- Legislación colombiana vigente relacionada con la estrategia de APS Y TCA.

10.3. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **Formato de reseña (Anexo A):** conformada por el nombre del artículo, idioma, autor, fecha de publicación, disciplina, país, base de datos, referencia bibliográfica, conceptos centrales, resumen, ideas principales, resultados, conclusiones del artículo, limitaciones y relevancia para la investigación (características de áreas ocupacionales y patrones de ejecución y estrategias de abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Atención Primaria en Salud (APS).
- **Cuadro de resultados (Anexo B):** conformado por las variables de n° del documento, nombre del artículo, año, idioma, base de datos, tipo de documento, disciplina, población (sexo, n° de participantes, ciclo vital, contexto), país de los programas, país del artículo, factores de riesgo, estrategias (características del programa, técnicas, herramientas), áreas ocupacionales y patrones de ejecución.

10.4. FASES PARA DESARROLLO DEL ESTUDIO

• PRIMERA FASE: CAPACITACIÓN

Las estudiantes asistieron al curso corto de “Búsqueda, análisis de resultados y alertas con SCOPUS” en la Sede Meléndez de la Universidad del Valle. Esto con el propósito de reconocer los procesos y estructura de las bases de datos bibliográficas en formato virtual como la creación de cuentas, búsquedas, análisis de la información, creación de alertas y categorías.

• SEGUNDA FASE: INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TEMA DE ESTUDIO

- Se ingresó a la página de la División de Bibliotecas de la Universidad del Valle y Google para consultar las diferentes bases de datos de libros y revistas en formato electrónico.
- Se seleccionaron las bases de datos que contenían investigaciones en las diferentes áreas de la salud.
- Se definieron las palabras claves en español e inglés relacionadas con los objetivos de la investigación.
- Empleando las palabras claves y las estrategias para la búsqueda en bases de datos se realizó la búsqueda y pre-selección de artículos.
- Se verificaron los documentos pre-seleccionados para confirmar que cumplan con los criterios de inclusión y aquellos que no se descartaron.

- **TERCERA FASE: ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL FORMATO DE RESEÑA**

Partiendo de la información registrada en la lectura de los artículos, se construyeron las reseñas de cada uno de los documentos.

- **CUARTA FASE: CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS**

Para analizar los datos de los documentos seleccionados se diseñó un Cuadro de Resultados en Microsoft Excel de Office 2013 (Anexo B) con la información acorde con los objetivos del trabajo.

- **QUINTA FASE: PLANTEAMIENTO DE LOS RESULTADOS**

La información se ubicó según los datos del Cuadro de Resultados (Anexo B) en las características de los documentos, según los objetivos de este trabajo en los efectos de los TCA y las pautas para el desarrollo de un programa de prevención de TCA. Además, en cada punto la información se clasificó de acuerdo al artículo que pertenece (original o de revisión).

- **SEXTA FASE: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Basado en la información de resultados se realizó la comparación de los mismos para definir cómo los TCA afectan el desempeño ocupacional de la persona y cuáles son las pautas para intervenirlos, para esto se clasificaron los datos en seis fases.

11.RESULTADOS

Los datos registrados en el Cuadro de Resultados (Anexo B) se organizan:

- 1) Según las características específicas de los documentos revisados se presentan las tablas, gráficos e información sobre base de datos, año, idioma, disciplina y tipo de documento (punto 11.1.).
- 2) Según los objetivos del presente trabajo en:
 - Los hallazgos de los efectos producidos por los TCA de anorexia y bulimia nerviosa sobre las áreas ocupacionales y patrones de ejecución. Donde se muestran las tablas y gráficos con los datos correspondientes de: factores de riesgo, áreas ocupacionales y patrones de ejecución (punto 11.2.).
 - Las pautas identificadas en los diferentes programas de prevención enfocadas en el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa que permitirían orientar los procesos de intervención en Terapia Ocupacional. Esto se determina basándose en los métodos implementados en los programas y según las características que debe tener un programa planteadas por los distintos autores (punto 11.3.).

Los datos de tablas y gráficas se ordenó de forma separada según la información correspondiente a los artículos originales y artículos de revisión, considerando que:

Artículo original o científico original: corresponde a aquellas investigaciones que se realizaron en un contexto y población de estudio determinado, implicados en el desarrollo e implementación de un programa de prevención de TCA. Es decir, son aquellos documentos que solo presentan información de un programa de prevención específico.

Artículo de revisión: son aquellas publicaciones que investigan y analizan programas de prevención de TCA que son expuestos en artículos originales, es decir, revisan más de un programa de prevención. Los registrados en el Cuadro de resultados (Anexo B) para este trabajo son cinco y según su orden consecutivo son el 1, 6, 14, 16 y 20.

11.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS

De acuerdo a los criterios de inclusión de la presente investigación, se realizó la selección de bases de datos que en su contenido abarcaran aquellas disciplinas que hacen parte de programas de prevención como psicología, medicina, salud pública y enfermería. La búsqueda se realizó en bases de datos de libros y revistas

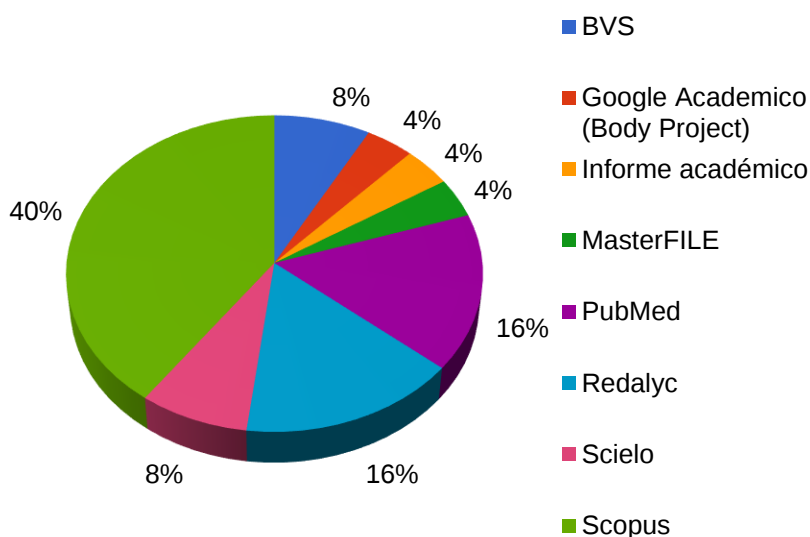
en formato electrónico suscritas o de acceso gratuito de la Universidad del Valle y en Google Académico; se hizo una primera selección de 21 bases de datos encontradas en la página de biblioteca virtual de la universidad el cual corresponde a un 15% de las bases que contiene esta plataforma y 12 bases de datos correspondientes a la disciplina de Terapia Ocupacional (AOTA SEARCH, BVS, BVS BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA, CSIC, EMBASE MEDICAL ANSWES, ENFISPO, IBECS, KNOWLEDGE, NARIC, OTDBASE, SCIENCE JOU y THE COCHRANE LIBRARY). En la segunda selección se hizo la búsqueda bibliográfica con la combinación de palabras claves en idioma español e inglés, “programa”, “program”, “prevención”, “prevention”, “anorexia nerviosa”, “anorexia nervosa”, “bulimia nerviosa”, “bulimia nervosa”, “atención primaria en salud”, “primary health care”, “trastornos alimenticios”, “trastornos de la conducta alimentaria”, “eating disorder”, “terapia ocupacional”, “occupational therapy”, “áreas ocupacionales”, “occupational areas”, “desempeño ocupacional” y “occupational performance”. Finalmente se encontraron 25 artículos que cumplieron con los criterios determinados en 8 bases de datos (Tabla 1), el 40% en Scopus, 16% en PubMed, 16% en Redalyc, 8% en Scielo, 8% en BVS, 6% en Informe Académico, 6% en MasterFILE y 6% en Google Académico (Body Project) (Gráfica 1).

Tabla # 1 Base de datos

BASE DE DATOS	CANTIDAD
BVS	2
Google Académico (Body Project)	1
Informe académico	1
MasterFILE	1
PubMed	4
Redalyc	4
Scielo	2
Scopus	10
TOTAL	25

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 1 Base de datos



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

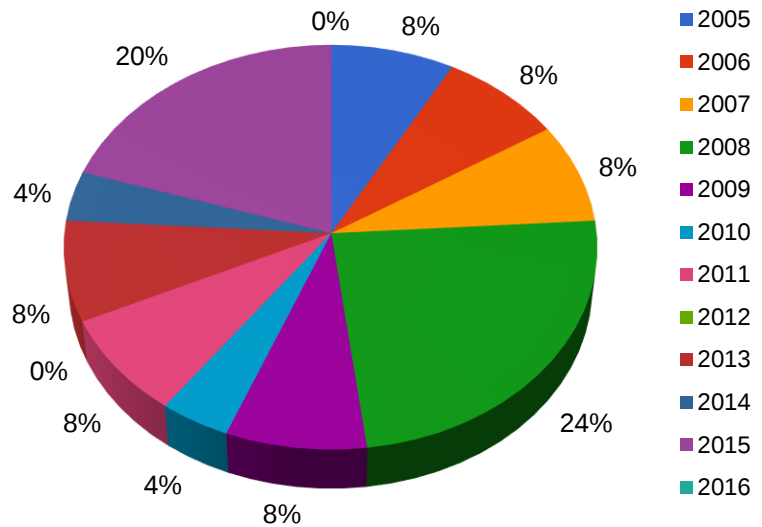
Respecto al año de publicación de los artículos (Tabla 2), el 24% es de 2008, el 20% es de 2015; los años 2005, 2006, 2007, 2009, 2011 y 2013 corresponden a un 8% cada uno; los años 2010 y 2014 representan el 4% y los años 2012 y 2016 el 0% (Gráfica 2).

Tabla # 2 Año de publicación

AÑO	CANTIDAD
2005	2
2006	2
2007	2
2008	6
2009	2
2010	1
2011	2
2012	0
2013	2
2014	1
2015	5
2016	0
TOTAL	25

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 2 Año de publicación



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

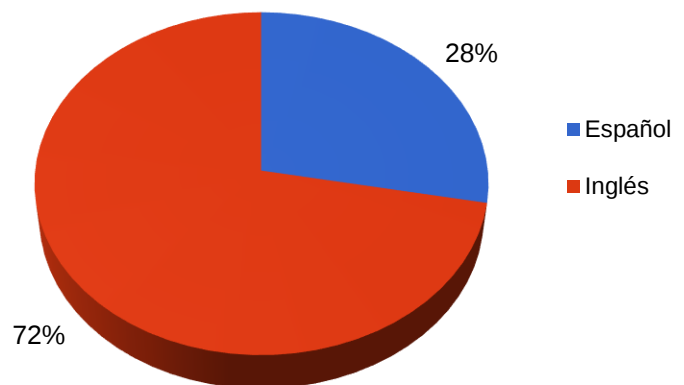
En cuanto al idioma (Tabla 3), el 72% de los artículos son en inglés, mientras el 28% son en Español (Gráfica 3).

Tabla # 3 Idioma

IDIOMA	CANTIDAD
Español	7
Inglés	18
TOTAL	25

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 3 Idioma



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

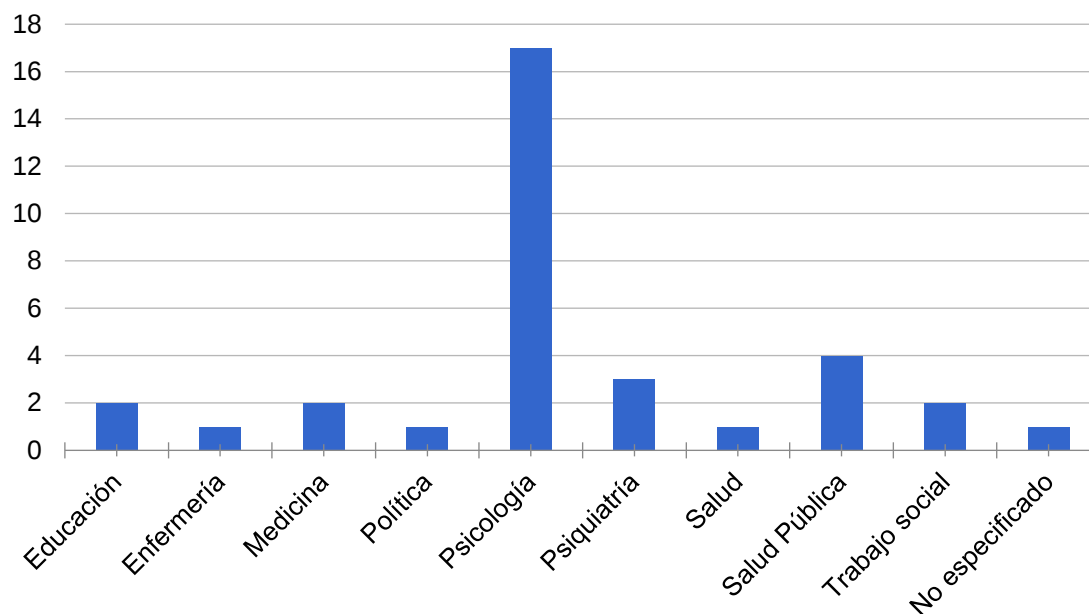
En relación con la disciplina (Tabla 4), de los artículos revisados 17 corresponden a psicología, seguido por salud pública con 4 artículos, de psiquiatría se encontraron 3 documentos, de educación, trabajo social y medicina se encontraron 2 artículos por cada una de las disciplinas y finalmente se encontró de salud, política y enfermería 1 artículo por cada uno; solo 1 artículo no especifica desde qué disciplina fue construido (Gráfica 4).

Tabla # 4 Disciplina

DISCIPLINA	CANTIDAD X ARTÍCULO
Educación	2
Enfermería	1
Medicina	2
Política	1
Psicología	17
Psiquiatría	3
Salud	1
Salud Pública	4
Trabajo social	2
No especificado	1
TOTAL	34

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 4 Disciplina



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

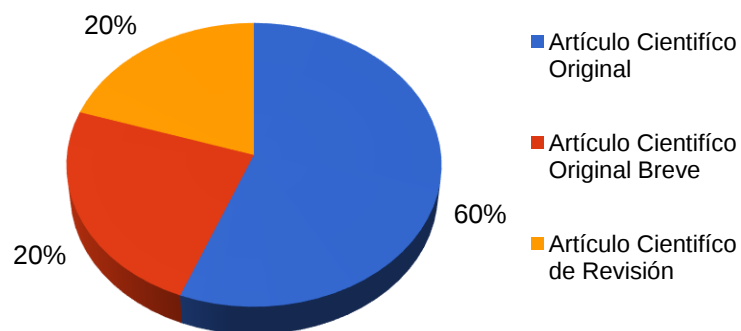
Sobre el tipo de documento (Tabla 5), se encontró que el 60% son artículos científicos originales, el 20% corresponde a un artículo científico original breve y el 20% pertenece al tipo artículo de revisión (Gráfica 5).

Tabla # 5 Tipo de documento

TIPO DE DOCUMENTO	CANTIDAD
Artículo Científico Original	15
Artículo Científico Original Breve	5
Artículo Científico de Revisión	5
TOTAL	25

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfico # 5 Tipo de documento



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.2. EFECTO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN LAS ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN

11.2.1 FACTORES DE RIESGO

Según su origen y los componentes implicados se realizó la clasificación de los diferentes factores de riesgo asociados con la Anorexia y Bulimia Nerviosa (Tabla 6) en los grupos de factores del contexto, psicosociales, del desarrollo, de condición de salud, sexuales, actividad física y otros, de la siguiente manera:

Tabla # 6 Tipos de factores de riesgo (todos los artículos)

DEL CONTEXTO	Bajo apoyo social Influencias Socioculturales Normatividad de los roles de género
PSICOSOCIALES	Actitudes distorsionadas a la alimentación Alto nivel de autoexigencia o autocrítica Afecto negativo Asertividad Ansiedad Autoconcepto o Autoimagen Autocontrol Baja autoestima Características psicológicas del deportista Control de peso Culto al cuerpo Déficit de autorefuerso Deseo obsesivo por ser delgadas Dieta restrictiva / Restricción calórica Estrés Habilidades sociales Impulsividad Insatisfacción con la imagen corporal Internalización del ideal de delgadez Intolerancia a la frustración Necesidad de aprobación Negación ante la futura patología alimentaria Predisposición al cambio Preocupación por el peso Suicidio Uso de sustancias
DEL DESARROLLO	Adolescencia como etapa de cambio
DE CONDICIÓN DE SALUD	Índice de masa corporal Menarquia temprana Riesgo de aparición de la obesidad Síntomas de la depresión Síntomas de trastornos de la alimentación
SEXUALES	Experiencias de abuso sexual Sexo femenino
ACTIVIDAD FÍSICA	Práctica deportiva Presión del deporte
OTROS	No especificado Nutrición saludable

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

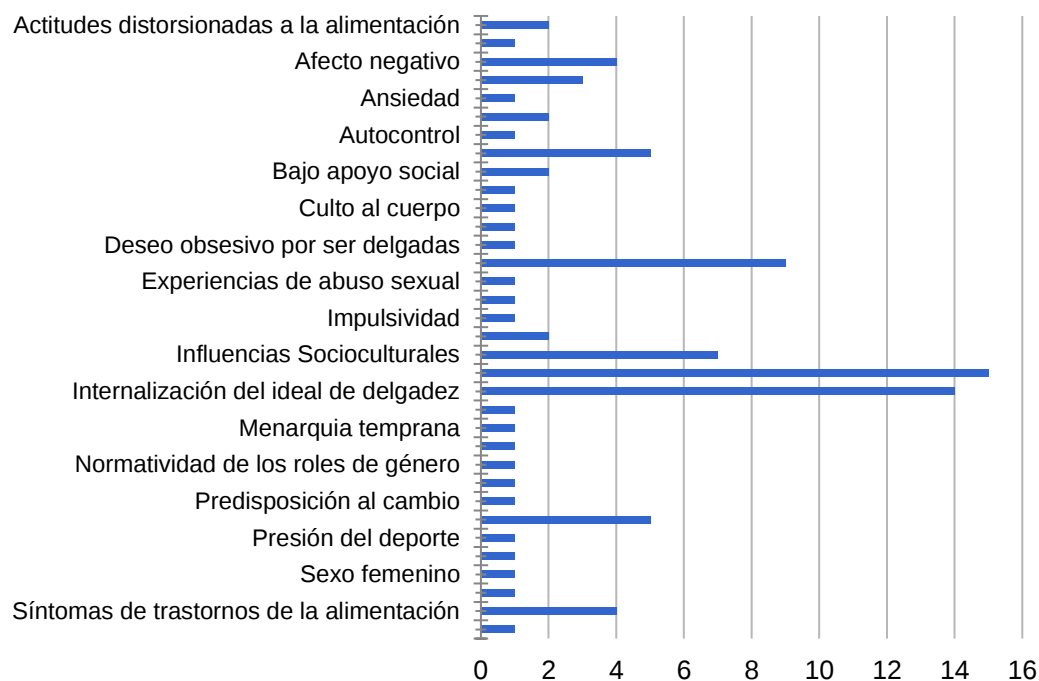
En los artículos originales, la cantidad de programas de prevención de trastornos alimentarios que aborda los factores de riesgo (Tabla 7) es respectivamente 15 para insatisfacción con la imagen corporal; 14 para internalización del ideal de delgadez; 9 para dieta restrictiva / restricción calórica; 7 para influencias socioculturales; 5 para baja autoestima y preocupación por el peso; 4 para el afecto negativo y síntomas de trastornos de la alimentación; 3 para alto nivel de autoexigencia o autocrítica; 2 para las actitudes distorsionadas a la alimentación, autoconcepto o autoimagen, bajo apoyo social y índice de masa corporal; y 1 para adolescencia como etapa de cambio, ansiedad, autocontrol, características psicológicas del deportista, culto al cuerpo, déficit de autorefuerto, deseo obsesivo por ser delgadas, experiencias de abuso sexual, habilidades sociales, impulsividad, intolerancia a la frustración, menarquia temprana, necesidad de aprobación, normatividad de los roles de género, práctica deportiva, predisposición al cambio, presión del deporte, riesgo de aparición de la obesidad, sexo femenino, síntomas de la depresión y uso de sustancias (Gráfica 6).

Tabla # 7 Factores de riesgo (artículos originales)

FACTORES DE RIESGO	CANTIDAD X PROGRAMA
Actitudes distorsionadas a la alimentación	2
Adolescencia como etapa de cambio	1
Afecto negativo	4
Alto nivel de autoexigencia o autocrítica	3
Ansiedad	1
Autoconcepto o Autoimagen	2
Autocontrol	1
Baja autoestima	5
Bajo apoyo social	2
Características psicológicas del deportista	1
Culto al cuerpo	1
Déficit de autoreforzo	1
Deseo obsesivo por ser delgadas	1
Dieta restrictiva / restricción calórica	9
Experiencias de abuso sexual	1
Habilidades sociales	1
Impulsividad	1
Índice de masa corporal	2
Influencias Socioculturales	7
Insatisfacción con la imagen corporal	15
Internalización del ideal de delgadez	14
Intolerancia a la frustración	1
Menarquia temprana	1
Necesidad de aprobación	1
Normatividad de los roles de género	1
Práctica deportiva	1
Predisposición al cambio	1
Preocupación por el peso	5
Presión del deporte	1
Riesgo de aparición de la obesidad	1
Sexo femenino	1
Síntomas de la depresión	1
Síntomas de trastornos de la alimentación	4
Uso de sustancias	1
TOTAL	95

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 6 Factores de riesgo (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

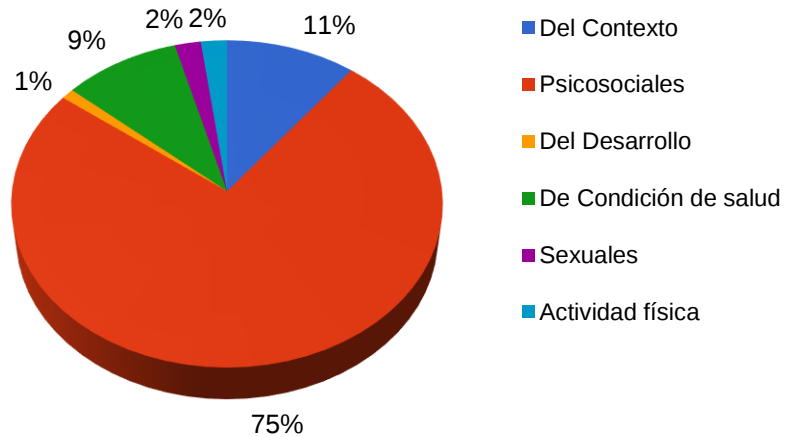
Acorde con la clasificación de los factores de riesgo, corresponden 75% al grupo psicosociales, 11% al grupo del contexto, 9% al grupo de condición de salud, 2% al grupo de sexuales, 2% al grupo de actividad física y 1% al grupo del desarrollo (Tabla 8 y Gráfica 7).

Tabla # 8 Tipos de factores de riesgo (artículos originales)

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO	CANTIDAD X PROGRAMA
Del Contexto	10
Psicosociales	71
Del Desarrollo	1
De Condición de salud	9
Sexuales	2
Actividad física	2
TOTAL	95

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 7 Tipos de factores de riesgo (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Según los factores comprendidos en los artículos de revisión (Tabla 9), respectivamente, 4 abarcan la dieta restrictiva / restricción calórica e insatisfacción con la imagen corporal; 2 las influencias socioculturales y síntomas de trastornos de la alimentación; y 1 el afecto negativo, asertividad, ansiedad, autoconcepto o autoimagen, baja autoestima, control de peso, estrés, negación ante la futura patología alimentaria, preocupación por el peso, suicidio, índice de masa corporal, síntomas de la depresión, nutrición saludable y no especificado. Siendo el artículo 20 el único que no especifica los factores de riesgo (Tabla 10 y Gráfica 8).

Tabla # 9 Factores de riesgo (artículos de revisión)

FACTORES DE RIESGO		ARTÍCULO				
		1	6	14	16	20
DEL CONTEXTO	Influencias Socioculturales	X		X		
PSICOSOCIALES	Afecto negativo	X				
	Asertividad			X		
	Ansiedad		X			
	Autoconcepto o Autoimagen			X		
	Baja autoestima			X		
	Control de peso			X		
	Dieta restrictiva / restricción calórica	X	X	X	X	
	Estrés			X		
	Insatisfacción con la imagen corporal	X	X	X	X	
	Internalización del ideal de delgadez	X		X		
	Negación ante la futura patología alimentaria	X				
	Preocupación por el peso			X		
	Suicidio			X		
DE CONDICIÓN DE SALUD	Índice de masa corporal	X				
	Síntomas de la depresión		X			
	Síntomas de trastornos de la alimentación	X	X			
OTROS	Nutrición saludable			X		
	No especificado					X

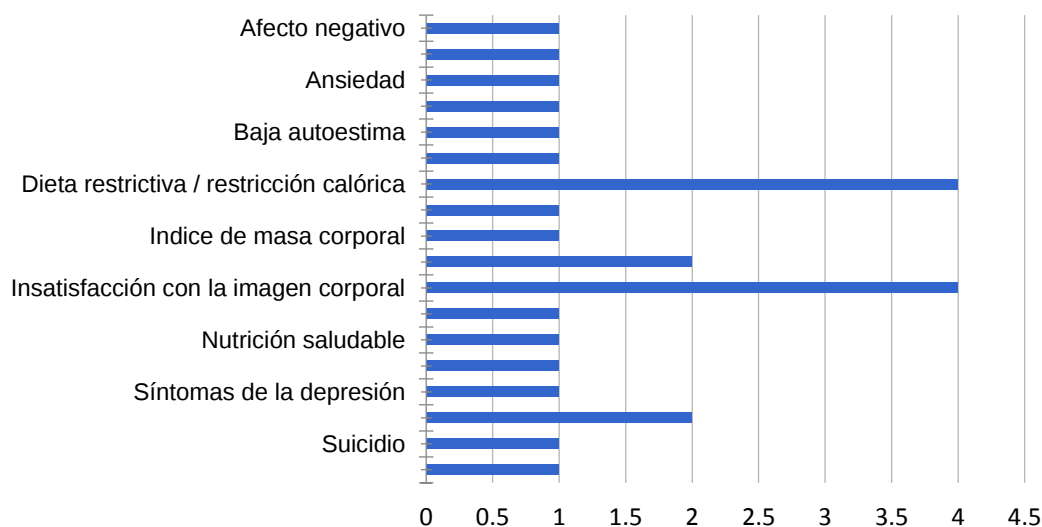
Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Tabla # 10 Factores de riesgo (artículos de revisión)

FACTORES DE RIESGO	CANTIDAD X ARTÍCULO
Afecto negativo	1
Asertividad	1
Ansiedad	1
Autoconcepto o Autoimagen	1
Baja autoestima	1
Control de peso	1
Dieta restrictiva / restricción calórica	4
Estrés	1
Índice de masa corporal	1
Influencias Socioculturales	2
Insatisfacción con la imagen corporal	4
Negación ante la futura patología alimentaria	1
Nutrición saludable	1
Preocupación por el peso	1
Síntomas de la depresión	1
Síntomas de trastornos de la alimentación	2
Suicidio	1
No especificado	1
TOTAL	26

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfico # 8 Factores de riesgo (artículos de revisión)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

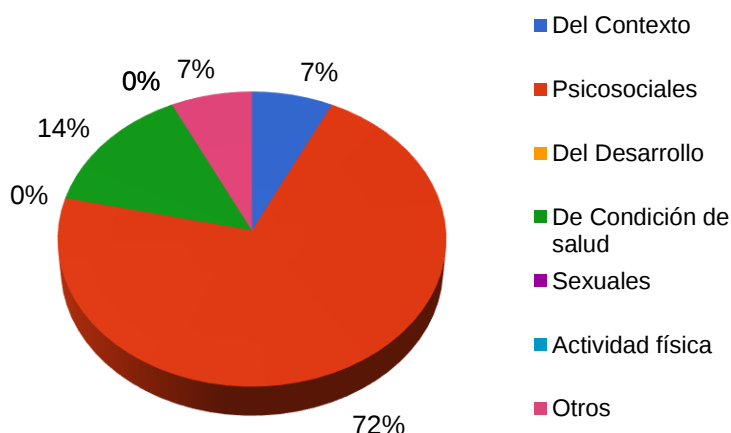
En cuanto a los tipos de factores de riesgo, el 72% son del grupo psicosocial, el 14% del grupo de condición de salud, el 7% del grupo del contexto, el 7% del grupo de otro, y el 0% del grupo del desarrollo, de actividad física y de sexuales respectivamente (Tabla 11 y Gráfica 9).

Tabla # 11 Tipos de factores de riesgo (artículos de revisión)

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO	CANTIDAD X ARTÍCULO
Del Contexto	2
Psicosociales	20
Del Desarrollo	0
De Condición de salud	4
Sexuales	0
Actividad física	0
Otros	2
TOTAL	26

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 9 Tipos de factores de riesgo (artículos de revisión)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.2.2 ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN

Por medio de la relación entre la incidencia de las estrategias de abordaje en la disminución de los factores de riesgo de TCA se realizó la identificación de las áreas ocupacionales y patrones de ejecución vinculados.

Considerando los artículos originales y de revisión, se determina que:

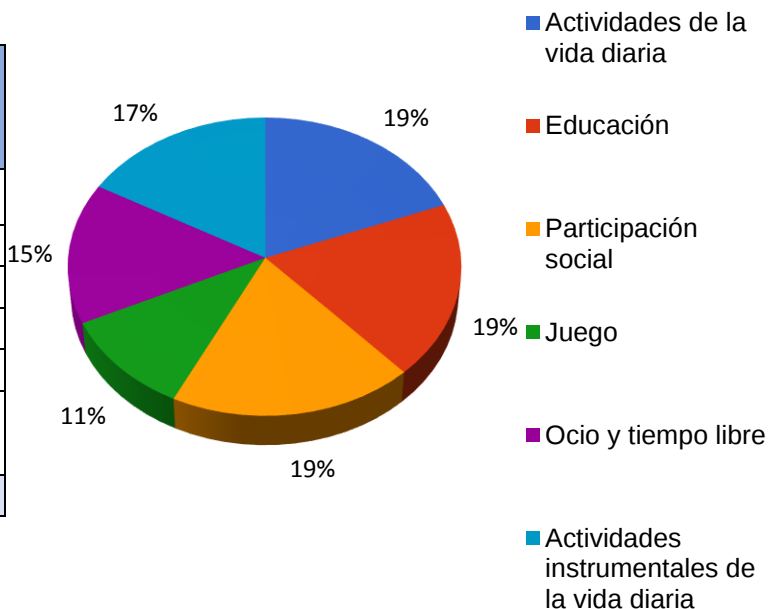
Las actividades de la vida diaria, educación y participación social fueron las más afectadas por los factores de riesgo de la Anorexia y Bulimia Nerviosa, correspondiendo a un 19% cada una de las áreas mencionadas, precedidas por las actividades instrumentales de la vida diaria con 17% y en menor medida ocio / tiempo libre y juego con 15% y 11% respectivamente (Tabla 12 y Gráfica 10).

Tabla # 12 Áreas Ocupacionales (todos los artículos)

ÁREAS OCUPACIONALES	CANTIDAD
Actividades de la vida diaria	25
Educación	25
Participación social	25
Juego	14
Ocio y tiempo libre	20
Actividades instrumentales de la vida diaria	22
TOTAL	106

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 10 Áreas Ocupacionales (todos los artículos)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Las investigaciones realizadas mencionan de manera concreta la alimentación y el comer directamente que hacen parte de las actividades de la vida diaria básicas lo cual no sucede con las actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales se mencionan pero en menor frecuencia que las actividades de la vida diaria básicas como comer y alimentación.

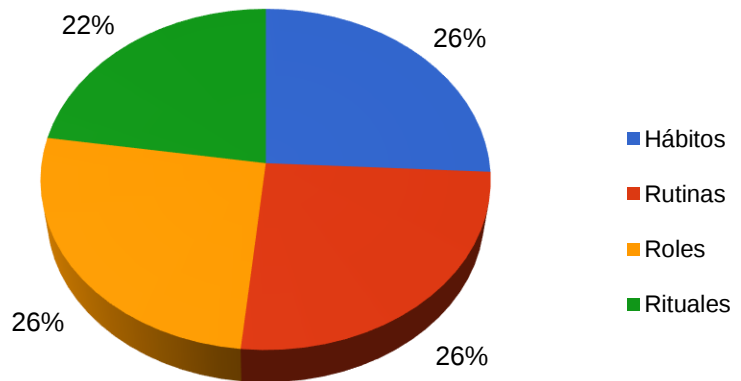
Respecto a los patrones de ejecución, los hábitos, rutinas y roles resultan afectados por los factores de riesgo, representando un 26% cada uno, y en menor medida los rituales con 22% (Tabla 13 y Gráfica 11).

Tabla # 13 Patrones de ejecución (todos los artículos)

PATRONES DE EJECUCIÓN	CANTIDAD
Hábitos	24
Rutinas	24
Roles	24
Rituales	21
TOTAL	93

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 11 Patrones de ejecución (todos los artículos)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.3. PAUTAS PARA EL ABORDAJE DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN TERAPIA OCUPACIONAL

López, et al (48) establecen un listado que elaboraron a partir del análisis de programas de prevención que puede resultar relevante para la estructuración y creación de futuros programas de prevención de trastornos alimentarios y para efectos de su misma investigación:

- Aumentar la cantidad de evaluaciones controladas
- Aumentar el tamaño de las muestras
- Informar y controlar posibles diferencias en función de los participantes que completan el programa y los que lo abandonan
- Realizar estudios que comparen diferentes intervenciones entre ellos
- Realizar sesiones de refuerzo una vez finalizada las sesiones de intervención establecidas inicialmente
- Usar diseños de desmantelamiento que permitan identificar qué componentes son más eficaces
- Hacer uso de instrumentos de evaluación estandarizados
- Realizar un seguimiento más extenso
- Examinar los factores que pueden mediar los efectos de la intervención y efectuar replicaciones independientes de los programas más prometedores.

11.3.1. TIPOS DE PREVENCIÓN

Referente a los efectos del proceso de intervención Mora, et al (49) establecen que las altas tasas de prevalencia, los resultados del pronóstico y tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sugieren a los programas preventivos como una tarea urgente de salud pública. Stice, Shaw y Marti (50) afirman que los programas centrados en la prevención selectiva generan mayores efectos que los de prevención universal. En consonancia, López, et al (48) encuentran que en su mayoría los programas de prevención universal han arrojado resultados poco favorables para reducir los factores de riesgo; en algunos casos en su evaluación post programa evidenciaron cambios, sin embargo, cuando realizaron la re-evaluación después de un tiempo identificaron que ya no existían cambios significativos, por lo cual estos programas no resultan efectivos en el tiempo. Padial (51) en el "Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia" reconoce a los trastornos de la conducta alimentaria como "patologías graves de salud mental"; contempla que la evidencia de que gran parte de las anorexias y bulimias graves inician en la preadolescencia o adolescencia, es necesario diseñar programas de prevención universal o primaria, y al terminar este proceso, involucrar a la persona en programas de prevención selectiva o especializada.

En relación con la prevención selectiva, Berger, et al (52) en su revisión encontraron que las características de programas de prevención exitosos: a) formato interactivo, b) prevención selectiva, c) múltiples sesiones, d) población femenina, e) población femenina mayor de 15 años, y f) a cargo de profesionales. Por otra parte, López, et al (48) identificaron que los mayores efectos para reducir los factores de riesgo son generados por programas selectivos, interactivos, con sesión múltiple, dirigidos a población femenina, con edad superior a 15 años, haciendo uso de instrumentos validados y realizado por personal experto.

Raich, Portell y Peláez (50) opinan que las formas de intervención universales de prevención pueden ser eficaces, sin embargo, cuando los individuos presentan factores de riesgo específicos se deben orientar intervenciones preventivas para abordar las cuestiones relacionadas con los factores de riesgo, es decir, prevención indicada. Igualmente Stice, Black y Yokum (53) indican que los efectos de intervención significativamente más grandes, tienden a surgir para los programas que se dirigen a individuos de alto riesgo (frente a una población universal), porque los programas de prevención indicada son de naturaleza interactiva, centrados en los factores de riesgo demostrados para predecir la futura aparición de trastornos de la alimentación (por ejemplo, la insatisfacción corporal), y se puede utilizar un formato multi-sesión.

11.3.2. ENFOQUES

Los enfoques que se implementan en los diferentes programas giran en torno a la aceptación del cuerpo como medida principal, la selección de este enfoque en la mayoría de programas de prevención de trastornos alimentarios según Stice, Shaw y Marti (50) radica en que la insatisfacción corporal es un desencadenante de otros factores de riesgo como comportamientos poco saludables, dietas y vómitos, por lo cual al enfocarse en la aceptación del cuerpo, se estarían previniendo otros comportamientos que pudieran incrementar el riesgo de adquirir un trastorno alimentario. De igual manera Pineda y Gómez (19) plantean que el objetivo con éste enfoque es que se asuma una posición menos estricta con aquellos ideales corporales que difiere del ideal de delgadez que predomina, siguiendo en la misma línea Sjostrom y Steiner-Adair (54) proponen que se debe empoderar a aquellas personas que se encuentren en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario de manera que acepten y se valoren a sí mismas como son, y que además sean líderes que puedan proporcionar apoyo a otros. Mora, et al (49) concuerdan en que un enfoque de empoderamiento y la oportunidad de liderazgo permitirán a las personas una reflexión crítica que lleve a una auto-mejora de la concepción que tienen sobre sí mismas.

Por otro lado Stice, Shaw y Marti (50) plantean que los diversos enfoques que han usado programas de prevención exitosos demuestran que se puede y se debería utilizar más de un enfoque en la prevención de trastornos alimentarios. Mora, et al (49) plantean dos enfoques para un programa de prevención, un enfoque basado en la nutrición donde se tratan conceptos básicos de alimentación equilibrada y la promoción de la salud física, y un segundo enfoque sustentado por el Modelo Social Cognitivo de Bandura el cual plantea que los factores socioculturales moldean las creencias y comportamientos de las personas debido a la relación recíproca que se encuentra entre la persona y el medio ambiente, a partir de esto los autores proponen como estrategia la alfabetización mediática donde se busca criticar el modelo femenino imperante que exigen los medios de comunicación y fomentar un pensamiento crítico que conlleve a un bienestar. Sin embargo Stice, Black y Yokum (53) mencionan que las evidencias sugieren que un enfoque con la participación de la comunidad resulta más eficaz que un enfoque que trabaje solo con la persona con riesgo de algún trastorno alimentario, esta idea la continúan Berger, et al (52) los cuales bajo un enfoque Biopsicosocial proponen comprender la complejidad de los trastornos alimentarios como el resultado de múltiples factores, por lo cual los programas de prevención deberían estar encaminados a intervenir con igual fuerza el componente social de las personas, incluyendo familia, amigos y comunidad. Esta idea la apoya Díaz Ceballos (61) al proponer un programa de prevención enfocado principalmente en los entrenadores de deportistas, ya que éstos podrían detectar posibles casos en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y funcionar como agentes de apoyo para las personas que lo requieran. Padial (51) propone ampliar más el panorama en los enfoques para los programas de prevención e incluir la salud pública como una estrategia para generar debates sociales, intervenciones

socioculturales, estereotipos e influencia mediática, apoyo a las familias, intervención sobre los factores de riesgo, factores de vulnerabilidad y todas aquellas influencias que puedan generar un Trastorno alimentario.

11.3.3. TÉCNICAS

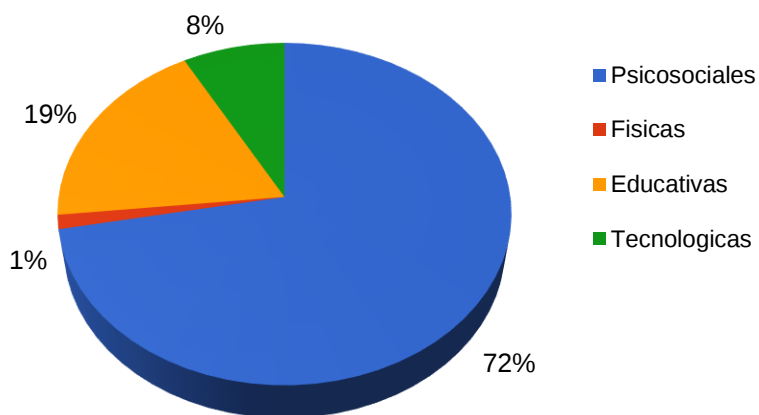
Las técnicas que se emplearon en los documentos revisados para este estudio se clasifican según tipo psicosocial, educativo, tecnológico y físico. Del total de los artículos (originales y de revisión) el 72% emplea técnicas de tipo psicosocial para sus intervenciones, 19% aplicaron técnicas educativas, 8% con técnicas tecnológicas y en menor medida un 1% técnicas físicas (Tabla 14 y Gráfica 12).

**Tabla # 14 Técnicas
(todos los artículos)**

TÉCNICAS	CANTIDAD
Psicosociales	54
Físicas	1
Educativas	14
Tecnológicas	6
TOTAL	75

Fuente: Elaboración Propia,
Agosto 2016.

Gráfica # 12 Técnicas (todos los artículos)

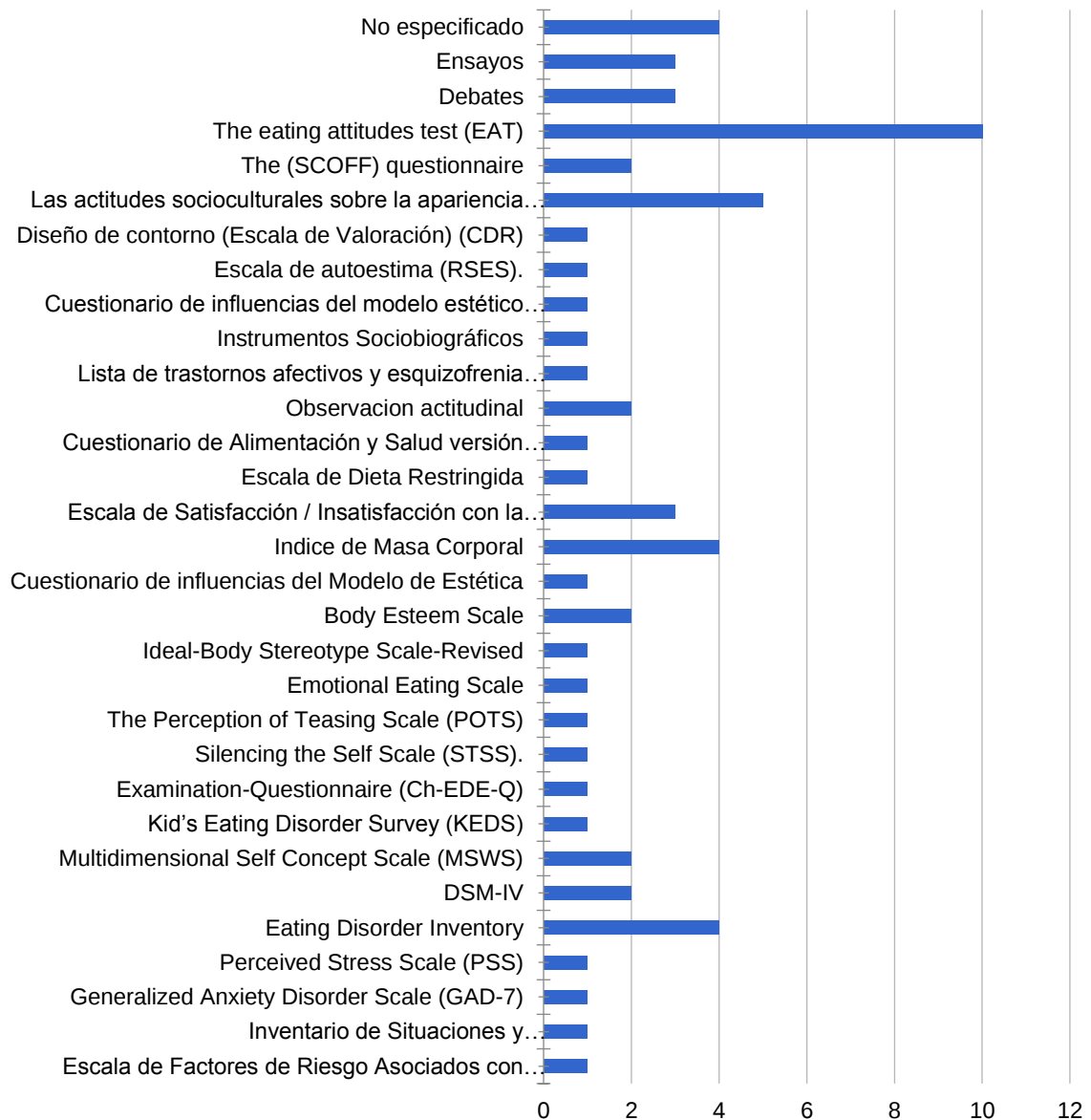


Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Las técnicas que más se implementaron del total de artículos (originales y de revisión) se encontró en psicosociales la disonancia cognitiva con 14 artículos que la mencionan, seguida de la técnica cognitiva-conductual con 10 artículos, psicoeducación y el uso del modelo cognitivo social de Bandura con 7 artículos cada técnica; alfabetización mediática y el uso de formatos virtuales con 6 artículos cada uno, técnica Body-Project y juego de roles con 3 artículos cada uno. En técnicas educativas como el meta análisis, marco de escuelas promotoras de salud, información didáctica, uso de un enfoque constructivista, activismo y debates cuentan con 2 artículos cada una de las técnicas; además, psicología positivista, marco biopsicosocial, marco ecológico, escritura expresiva, modelo del camino doble, y modelo relacional del empoderamiento feminista se mencionan en un artículo cada una de éstas (Gráfica 13) las técnicas tecnológicas se mencionan en

un solo artículo y finalmente técnicas físicas como el entrenamiento en relajación muscular se mencionan en un solo artículo.

Gráfica # 13 Técnicas (todos los artículos)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

En su mayoría los programas de prevención revisados muestran la disonancia cognitiva como una técnica exitosa en la intervención de los trastornos alimentarios, sobre la preferencia de esta técnica Stice, Shaw y Marti (50) dicen que los programas que usaron esta técnica muestran efectos más grandes que los

programas con contenido sociocultural, además Stice, Butryn, Rohde, Shaw y Marti (57) indican que la disonancia permite identificar con mayor certeza y prontitud aquellas personas que se encuentran próximas a desarrollar un trastorno alimentario. Stice, Becker y Yokum (53) plantean que en su programa de prevención aquellas personas que estuvieron expuestas a altos niveles de disonancia mostraron mayor reducción en los síntomas de los trastornos alimentarios que aquellas personas que se expusieron a bajos niveles de disonancia, las actividades que se plantearon fueron ejercicios verbales y escritos y de comportamiento que dieron como resultado la reducción del ideal de delgadez, al respecto Rodríguez, Marchand y Stice (55) y Stice, Marti, Shaw y O'Nei (56) describen que en la disonancia cognitiva se hace uso de juego de roles, ejercicios de comportamiento y expresivos que de igual manera están enfocados a la reducción del ideal de delgadez. A su vez Raich, Portell y Peláez (2009) también optan por la crítica de la delgadez y de la influencia de los medios presentado en un formato didáctico e interactivo como una herramienta para disminuir el riesgo de adquirir un trastorno alimentario. El criticar el ideal de delgadez como técnica de disonancia debe sus resultados positivos según Stice, Butryn, Rohde, Shaw y Marti (57) a que los seres humanos intentan mantener una coherencia entre sus pensamientos y sus comportamientos. Ciao, Loth y Neumark-Sztainer (58) plantean que los programas de prevención no tienen por qué ser necesariamente presenciales, la creación de programas en un formato virtual permite la interacción y el anonimato de los participantes. Yager y O'dea (59) describen que la evidencia demuestra que los programas que hacían uso del medio virtual tenían mayor éxito junto con los de disonancia cognitiva que con el uso de otras técnicas.

Otra técnica que se menciona con frecuencia en los artículos revisados es la alfabetización mediática, ante el tema Mora, et al (49) plantean que los jóvenes pasan mucho tiempo haciendo uso de algún medio de comunicación, por lo cual una educación mediática le aportaría a los jóvenes habilidades cognitivas que les permita omitir o disminuir la influencia de los medios respecto al cuerpo ideal, estos mismos autores hacen uso del teatro para promover competencias de comunicación para la práctica de la alfabetización que se establecen como: acceso, analizar, crear, reflexionar y actuar.

Por otro lado, se encuentran los programas que incluyen técnicas para una nutrición saludable, Stice, Becker y Yokum (53) proponen una intervención basada en la ingesta alimentaria y el ejercicio físico con el objetivo de acercar a las personas a un balance energético, como resultados se obtuvo reducciones estadísticas y clínicamente significativas de los factores de riesgo. Scime y Cook (60) también incluyen la nutrición como herramienta en el programa que propone el cual se encuentra diseñado con dos componentes, uno dirigido a lo mental.

Díaz Ceballos (61) y Gómez, et al (62) exponen las técnicas cognitivo conductual y técnicas de psicoeducación respectivamente como herramientas en sus programas de prevención, sin embargo, Yager y O'dea (59) en la revisión de programas de

prevención que realizan encuentran que no es recomendable hacer uso de técnicas psicoeducativas, cognitivo conductuales y de información didáctica en los programas a larga escala debido a que los resultados que arrojaron eran limitados y poco significativos, esto concuerda con la revisión sistemática realizada por Ciao, Loth y Neumark-Sztainer (58) donde concluyen que no se debería hacer uso de la psicoeducación específicamente en los programas de prevención de trastornos alimentarios.

Padial (51) propone estrategias enfocadas en la alianza con diferentes sectores, dirige técnicas para la prevención de los trastornos alimentarios a una escala macro, la autora propone lo siguiente:

- Establecer alianzas con instituciones públicas o privadas y profesionales de diferentes ámbitos con el objetivo de crear una cultura de autonomía y de salud del cuerpo.
- Brindar recursos al contexto familiar de manera que se apoye en la comprensión y manejo de los trastornos alimentarios.
- Tejer alianza con los medios de comunicación como prensa, televisión y radio para que se incluya otros modelos corporales en sus transmisiones.
- Llegar a acuerdos con empresas de publicidad y de moda de manera que se promuevan códigos de autorregulación, como implementar un código de conducta publicitaria que fomente el uso de imágenes de las diversas formas corporales.
- Formar personal de la salud en habilidades de intervención para los trastornos de la conducta alimentaria.
- Promover la investigación y publicación respecto a los trastornos alimentarios para ampliar el conocimiento.
- Vincular a los adolescentes en la creación de propuestas y para compartir experiencias.
- Fomentar la sensibilización frente al tema para que se favorezca un imaginario de belleza positivo y saludable.

Las técnicas y estrategias pueden enfocarse en la recolección de información que permita dar cuenta del impacto del programa, Díaz Ceballos (61) en su programa de prevención propone una evaluación previa sobre el conocimiento en trastornos alimentarios, nutrición y la percepción subjetiva de la capacidad de comunicación, Wick, et al (63) de igual manera establecen cuestionarios sobre el autoestima y el conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias a corto y largo plazo.

Finalmente para efectos de la organización y fidelidad a los módulos y contenido de los programas Stice, Shaw, Marti y O'Neil (56) propone que se debe crear un manual de intervención por para cada sesión que se realice, así mismo, Weigel, et al (64) establecen que se debe preparar un manual de intervención que funcione como guía y apoyo para quienes vayan a ejecutar el programa, ya que en ocasiones los

que ejecutan el programa pertenecen a otras disciplinas como los docentes de secundaria.

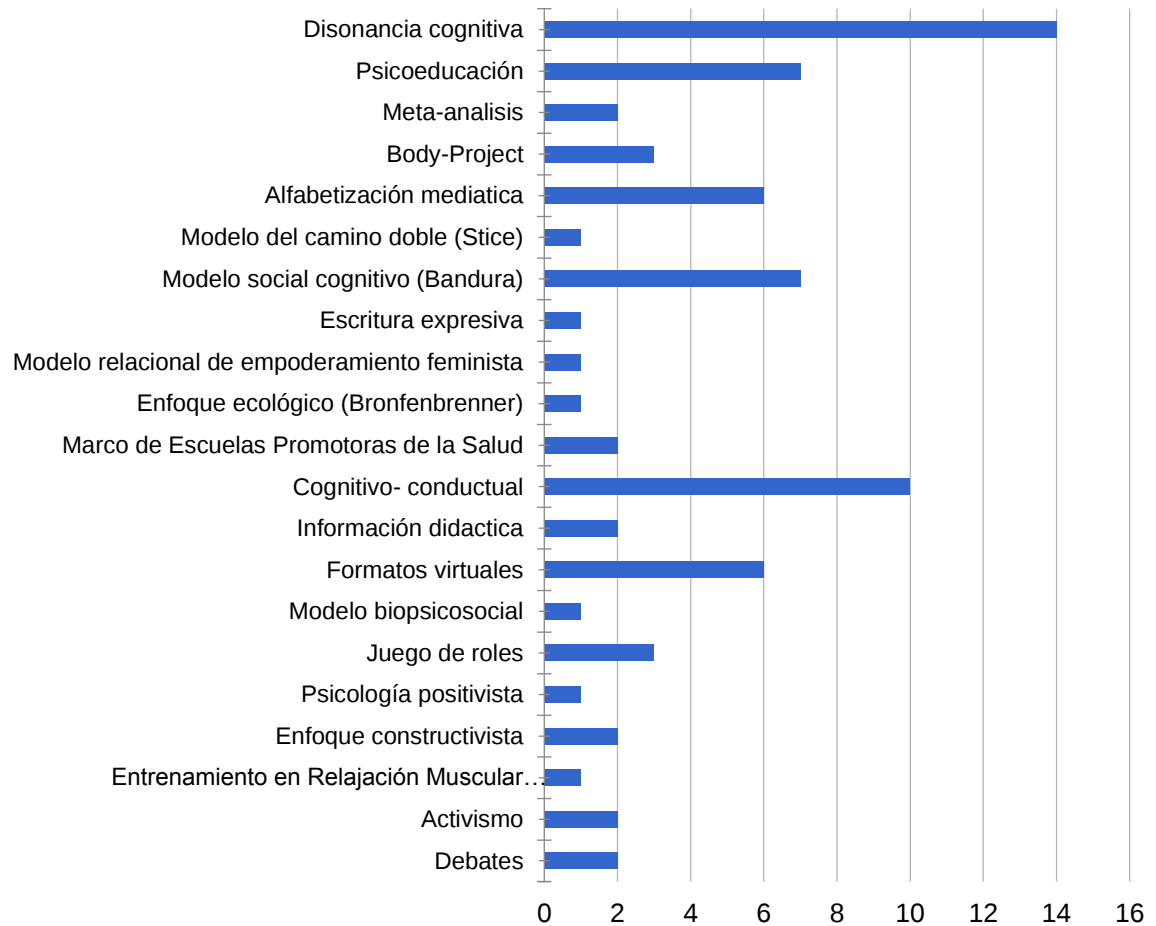
11.3.4. PROCESO DE CONVOCATORIA

Stice, Marti, Shaw y O'Neil (56) proponen que para realizar la convocatoria a los programas de prevención se puede hacer uso de herramientas tales como correos electrónicos, folletos y panfletos de invitación. La misma estrategia para convocar la utilizan Stice, Yokum y Walters (53) donde por medio de correos electrónicos y volantes invitan a las personas a participar del programa, sin embargo ellos establecen unos criterios de inclusión basado en la imagen corporal y a la percepción subjetiva del género femenino. En concordancia, Rodríguez, Marchand y Stice (55) también realizan la convocatoria haciendo uso de volantes y correos electrónicos directos a mujeres con problemas en la imagen corporal.

11.3.5. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

De las evaluaciones más utilizadas del total de los artículos (originales y de revisión) se encuentra Eating Attitudes Test (EAT) en 10 artículos, precedido por el Cuestionario de las actitudes socioculturales sobre la apariencia - R (SATAQ-R) usado en 5 artículos. Por otro lado el Eating Disorder Inventory (EDI) y el Índice de Masa Corporal se mencionan en 4 artículos, los debates, ensayos y la Escala de Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal son encontrados en 3 artículos, mientras que The (SCOFF) Questionnaire, Observación Actitudinal, Body Esteem Scale, Multidimensional Self Concept Scale (MSWS) y el DSM-IV son usados por 2 artículos cada uno. Y finalmente solo un artículo para cada una de las pruebas mencionan las siguientes herramientas: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) , Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Perceived Stress Scale (PSS), Kid's Eating Disorder Survey (KEDS), Examination-Questionnaire (Ch-EDE-Q), Silencing the Self Scale (STSS), The Perception of Teasing Scale (POTS), Emotional Eating Scale, Cuestionario de influencias del Modelo de Estética, Ideal-Body Stereotype Scale-Revised, Escala de Dieta Restrictiva, Cuestionario de Alimentación y Salud versión para adolescentes, Lista de trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar-Epidemiológica Versión 5 (K-SADS-E 5), Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC - 26), entre otros (Gráfica 14).

Gráfica # 14 Herramientas de evaluación (todos los artículos)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

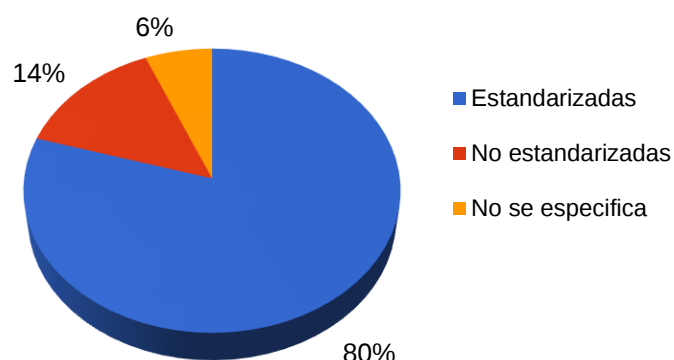
Del total de los artículos (originales y de revisión) el 80% utiliza herramientas de evaluación estandarizadas, mientras que el 14% empleo pruebas no estandarizadas y un 6% no especifica las herramientas que se usaron (Tabla 15 y Gráfica 15).

Tabla # 15 Herramientas de evaluación (todos los artículos)

HERRAMIENTAS EVALUACION	CANTIDAD
Estandarizadas	51
No estandarizadas	9
No se especifica	4
TOTAL	64

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 15 Herramientas (todos los artículos)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.3.6. INCIDENCIA EN LOS FACTORES DE RIESGO

Algunos autores consideran que los factores de riesgo son determinantes en el éxito de los programas de prevención; Stice, Shaw y Marti (50) encontraron que de los programas revisados en su investigación 51% dio lugar a reducciones significativas en al menos un factor de riesgo establecido para la patología alimentaria, y 29% de los programas de prevención resultaron en reducciones significativas en la patología alimentaria actual y futura; concluyen que los programas de éxito a menudo disminuyen los factores de riesgo mejorando la actitud y promoviendo comportamientos saludables de control de peso. Así mismo, los resultados del estudio de Rodríguez, Marchand, Ng y Stice (55) indican que la reducción de los factores de internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal y síntomas de trastornos alimentarios para los participantes de la intervención no fueron significativamente diferentes para los tres grupos étnicos abordados (blancas, hispanas y asiáticas), por tanto, parece que los efectos de la intervención sobre todos los resultados fueron consistentes independientemente de su origen étnico.

De acuerdo con Pineda y Gómez (19), al diseñar los programas de prevención de TCA debe considerarse el no implementar estrategias donde se presente de forma explícita información sobre las conductas alimentarias desordenadas, porque según los estudios estos generan un efecto contraproducente que puede concluir en el surgimiento de estas conductas en los adolescentes; además, deben dirigirse a población en riesgo y no a población general; así los resultados expondrán una mayor incidencia de las estrategias en la prevención de los TCA. También Sjostrom y Steiner-Adair (54) argumentan que el marco de trabajo no debe estar basado en la patología, sino en los factores de riesgo, porque solo se aborda la patología (Anorexia y Bulimia) si los pacientes son los que solicitan o expresan ideas sobre el

tema. Mientras Díaz (65) cree que existe la necesidad de programas de prevención en determinadas edades y en especial en los deportes de mayor riesgo.

Sobre los medios de comunicación, para Mora, et al (49) estos tienen gran influencia en la salud, y en concreto, en los comportamientos alimentarios de los jóvenes de ambos sexos; esta influencia es el principal predictor de conducción a la delgadez, tanto en hombres como en mujeres. Según González, et al (66) los programas de prevención deberían promover también el desarrollo de una imagen corporal saludable, centrándose en los aspectos positivos y no en el peso o la dieta, evitando chistes sobre el peso, aumentando la autoconfianza y autonomía con sus compañeros, la mejora de las habilidades de comunicación y aprender a utilizar los medios de comunicación para promover mensajes de salud dentro de los entornos sociales de un adolescente (escuela y el hogar).

En la investigación de Scime y Cook (60) los contenidos del programa se enfocan en la protección de los factores de riesgo tales como imagen corporal, los medios y el ideal de delgadez, la autoestima, la competencia y la resiliencia. Para Stice, Black y Yokum (53) los estudios prospectivos hallaron que la insatisfacción corporal, la restricción calórica, el afecto negativo, el índice de masa corporal (IMC), aumentan la aparición de los TCA, esto sugiere que algunos factores de riesgo de estos trastornos aumentan el riesgo para una variedad de problemas de salud pública. Además, se encontró que los factores de riesgo como la insatisfacción corporal y la prevalencia de los trastornos alimenticios, son similares para los afroamericanos, hispanos, asiático-americanos, y blancos. (Rodríguez, Marchand, Ng y Stice; 2008) (55).

Acorde con González, et al (66) algunos de los componentes del programa de prevención que proponen conciencia en la nutrición de los participantes, proporcionándoles información exacta acerca del peso, la obesidad y formas de dieta, lo que puede evitar la aparición de problemas de alimentación durante la adolescencia. Al contrario, Stice, Marti, Shaw y O'Neil (56) creen que un programa de prevención de TCA que no se enfoca en el control de peso, puede generar mayor reducción del riesgo de aparición de estas patologías alimentarias en los participantes que obtengan altas puntuaciones de masa corporal inicialmente, aunque los efectos de estos programas en general inciden más en personas de alto riesgo, que en los programas universales. Además, el brindar estos programas a una variedad más amplia de las poblaciones de riesgo (en lugar de solamente a adolescentes con problemas de imagen corporal) proporciona beneficios como la reducción de la prevalencia global de los TCA y el incremento del alcance de estos programas. Por otro lado, Sjostrom y Steiner (54) en su programa intervienen en factores de riesgo psicológicos no relacionados con los síntomas, como baja autoestima, perfeccionismo y la reactividad al estrés a través de habilidades de afrontamiento (por ejemplo, la meditación, la escritura de un diario, la sintonización de señales de estrés corporal).

En particular Padial (51) afirma que los TCA provocan en las personas pautas de comportamiento como dietas restrictivas, vomitar, consumir laxantes, fumar, etc; siendo los TCA entidades íntimamente relacionadas con el cuerpo y con el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias y con la autoestima de las personas. Por lo anterior, Ciao, Loth y Neumark (58) aseguran que esto manifiesta la importancia de incluir contenidos de intervención interactiva y abordar los factores de riesgo que son específicos de la patología del trastorno alimentario (por ejemplo, dieta).

11.3.7. EFECTOS POR SEXO

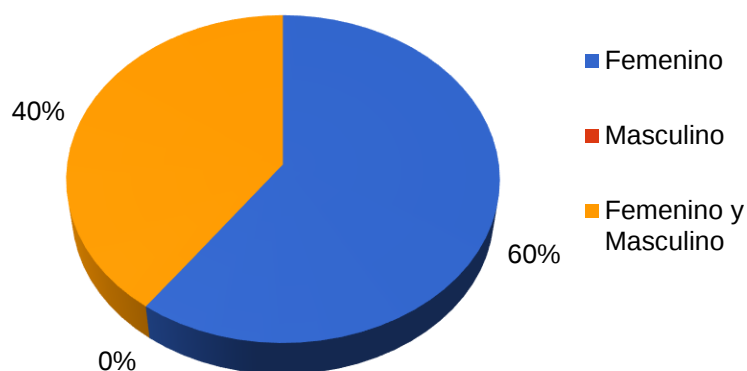
En los artículos originales, la población a la que se orientan estos programas es en un 60% de sexo femenino y un 40% abarcó tanto sexo femenino como el masculino; por su parte, ninguno de los programas estaba dirigido solamente hacia la población masculina (Tabla 16 y Gráfico 16).

**Tabla # 16 Sexo
(artículos originales)**

SEXO	CANTIDAD
Femenino	12
Masculino	0
Femenino y Masculino	8
TOTAL	20

Fuente: Elaboración Propia,
Agosto 2016.

Gráfica # 16 Sexo (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

En cuanto a los artículos de revisión, todos los programas intervienen en población femenina y/o masculina (Tabla 17).

Tabla # 17 Sexo (artículos de revisión)

ARTÍCULOS DE REVISIÓN	SEXO	
	Femenino	Masculino
1	X	X
6	X	X
14	X	X
16	X	X
20	X	X

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

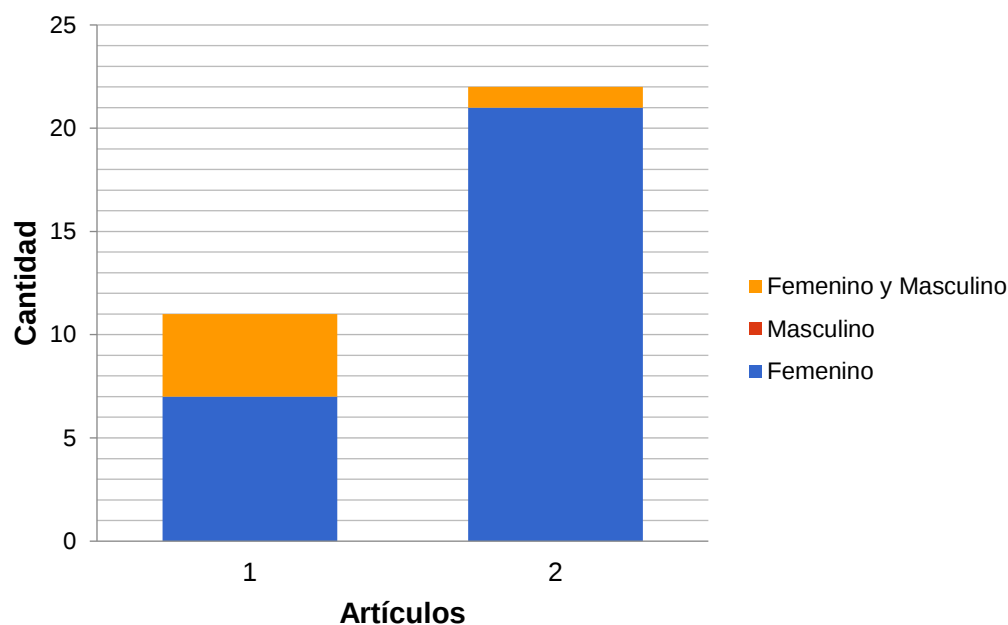
Los artículos 14 y 16 son los únicos que especifican la población por sexo intervenida en cada uno de los programas revisados (Tabla 18). En el artículo 14, son en población femenina 7 programas, 0 en masculina y 4 en femenino y masculino. En el artículo 16, en población femenina son 21 programas, en masculino son 0 y en femenino y masculino son 1 (Gráfica 17).

Tabla # 18 Sexo (artículos 14 y 16)

ARTÍCULOS DE REVISIÓN	SEXO			CANTIDAD
	Femenino	Masculino	Femenino y Masculino	
14	7	0	4	11
16	21	0	1	22
TOTAL	28	0	5	33

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfico # 17 Sexo (artículos 14 y 16)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Stice, et al (57) consideran que los efectos que tienen los programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria son más visibles en la población femenina, porque se considera que las mujeres presentan con mayor frecuencia alteraciones de la imagen corporal que las pone en riesgo de padecer un trastorno alimenticio, esto a su vez hace que se motiven a participar con mayor eficacia en la intervención y que se obtengan resultados positivos. Años más tarde los mismos autores en compañía de otros; Stice, Shaw y Marti (50) coinciden con lo expuesto por Yager y O’dea (59), que la población de sexo femenino es la que más participa en programas de prevención, sin embargo en los últimos tiempos se ha logrado determinar que la población de sexo masculino también es población en riesgo en las patologías alimentarias y es por ello que el porcentaje de población masculina relacionada con factores como la insatisfacción corporal, el abuso de esteroides, ejercicio excesivo y moldeamiento corporal, se ha visto aumentado, estos factores de riesgo. Aunque se tienen identificados factores de riesgo específicos en los trastornos alimenticios, es importante mencionar que estos factores pueden desarrollar otras patologías de tipo mental como la depresión, que finalmente lleva a la población femenina o masculina a tener problemas dentro de sus contextos familiar, académico o laboral; porque empiezan con comportamientos negativos como incumplimiento de las responsabilidades, pérdida de roles, hábitos no saludables como dietas, ejercicios excesivos o en ocasiones suben exageradamente de peso; se considera que todo esto se presenta como consecuencia de la búsqueda por parte de las mujeres o hombres de cumplir con el ideal de delgadez impuesto por la sociedad (59).

11.3.8. N° DE PARTICIPANTES

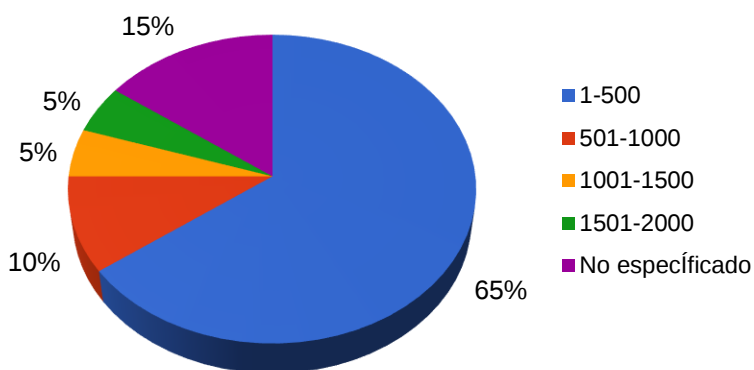
En cada programa se establecieron unos rangos para la cantidad de participantes (Tabla 19), de los artículos originales el 65% de los artículos tuvo un número de participantes entre 1 - 500, el 10% entre 5001 - 1000, el 5% entre 1001 - 1500, otro 5% entre 1501 - 2000 y un 15% no especificado (Gráfica 18).

Tabla # 19 N° de participantes (artículos originales)

N° DE PARTICIPANTES	CANTIDAD
1-500	13
501-1000	2
1001-1500	1
1501-2000	1
No especificado	3
TOTAL	20

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 18 N° de participantes (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Con respecto a los artículos de revisión, los artículos 1, 6 y 20 no especifican la población a la que van orientados los programas que plantean, el artículo 16 abarca un rango de 1 - 500 y el artículo 14 abarca los rangos de 501 - 1000, 1001 - 1500 y 1501 - 2000 (Tabla 20).

Tabla # 20 N° de participantes (artículos de revisión)

ARTÍCULO	N° DE PARTICIPANTES				
	1 - 500	501 - 1000	1001 - 1500	1501 - 2000	No especificado
1					X
6					X
14		X	X	X	
16	X				
20					X

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

El número de participantes en los programas de prevención es variable, pueden ser grupos pequeños de no más de 10 personas pero también grupos números de hasta 100 o más participantes; esto dependerá de las características del proyecto o programa a ejecutar. Sin embargo es importante mencionar lo que los autores Pineda y Gómez (19) plantean con respecto a los programas de prevención, señalando que deben diseñarse para poblaciones amplias y diversas, siempre orientados hacia poblaciones que estén en riesgo y no a la población general. Para Rodríguez, Marchand, Ng y Stice (55) la composición étnica de un grupo de intervención puede influir en los temas específicos, las preocupaciones y los comentarios planteados por los participantes; por lo tanto es importante reconocer que los objetivos, la metodología y temática de los programas de prevención dependerá de las particularidades de la población a la que se pretenda abordar. El mejor contexto de reclutamiento de los participantes según Ciao, Loth, y Neumark (58) puede desarrollarse en la escuela dentro del currículo escolar, grupos independientes o grupos específicos de la población (por ejemplo, equipos de atletismo). A diferencia de Yager y O’dea (59) quienes consideran que los programas de prevención resultan ideales establecerlos en el contexto universitario ya que este brinda oportunidad de trabajar más fácil y directamente con población joven previniendo futuras enfermedades y brindando herramientas para cuidar de la salud. Por el contrario Sjostrom y Steiner (54) planteaban que lo único que se necesita para implementar un programa de prevención es una comunidad de apoyo y 1 o 2 mujeres adultas comprometidas.

La gran mayoría de programas preventivos de trastornos de la conducta alimentaria dirige su intervención hacia los participantes que son población en riesgo, no obstante, hay investigaciones recientes como la de Mora, et al (49) que estudian los efectos de un programa preventivo que no interviene con padres, pero sí reconoce la influencia del papel de los padres en la formación de creencias y comportamientos en relación con la forma, alimentación, y el peso, por lo tanto recomienda extender el programa de prevención a los padres y en general a la comunidad educativa. Como por ejemplo en el programa preventivo de March, et al (67) donde se crearon cinco grupos focales (con jóvenes, representantes de grupos de padres, profesionales del ámbito de la educación y Atención Primaria, representantes de instituciones públicas y asociaciones) hacia los cuales iban dirigidas las intervenciones.

11.3.9. CICLO VITAL

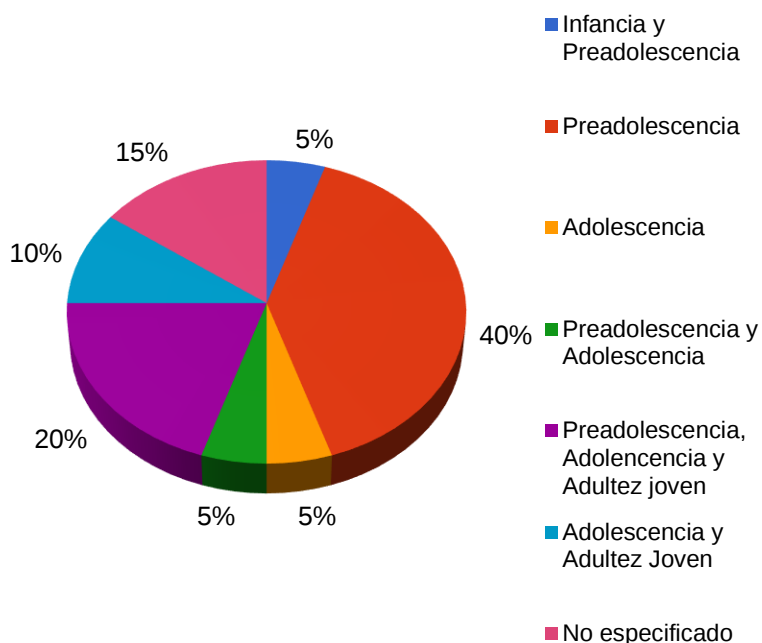
Los artículos originales (Tabla 21) incluyen en un 65% preadolescencia, 5% infancia y preadolescencia, 5% adolescencia, 5% preadolescencia y adolescencia, 20% preadolescencia, adolescencia y adultez joven, 10% adolescencia y adultez joven, y un 15% no especificado. (Gráfico 19).

Tabla # 21 Ciclo vital (artículos originales)

CICLO VITAL	CANTIDAD
Infancia y Preadolescencia	1
Preadolescencia	8
Adolescencia	1
Preadolescencia y Adolescencia	1
Preadolescencia, Adolescencia y Adultez joven	4
Adolescencia y Adultez Joven	2
No especificado	3
TOTAL	20

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 19 Ciclo vital (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Con respecto a los artículos de revisión, los artículos 1 y 16 abarcan las etapas de adolescencia y adultez joven, los artículos 6 y 14 incluyen población de preadolescencia, adolescencia y adultez joven, y el artículo 20 la infancia, preadolescencia y adolescencia (Tabla 22).

Tabla # 22 Ciclo vital (artículos de revisión)

ARTÍCULO	CICLO VITAL			
	Infancia	Pre-Adolescencia	Adolescencia	Adultez joven
1			X	X
6		X	X	X
14		X	X	X
16			X	X
20	X	X	X	

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

La edad es una variable que se debe considerar al diseñar un programa de prevención primaria, según la revisión bibliográfica realizada en la presente investigación y los autores Stice, Shaw y Marti (50); se identificó que en la mayoría de los artículos consultados, los efectos de la intervención eran significativos cuando se orientan programas de prevención en donde los participantes tenían más de 15 años de edad. En la teoría de Borda, et al (68), también se establece que la intervención se debe realizar en las conductas de riesgo en los preadolescentes y adolescentes, porque es en esta etapa donde inicia la internalización del ideal de cuerpo delgado y las consecuencias que conllevan a una patología alimentaria. Además, es notable que estos grupos de edad se encuentran en las escuelas, en específico, en grados como primero y segundo de secundaria. De acuerdo a las investigaciones realizadas por autores como Stice, et al (57) se considera que para esta población a intervenir, los diferentes programas de prevención deben emplear formatos interactivos, con materiales didácticos presentados en forma de charlas, medios audiovisuales, folletos informativos y material complementario diverso; centrado en los temas de alimentación, peso y silueta.

11.3.10. CONTEXTO

Los programas presentados en los artículos originales se desarrollaron en 9 contextos, que equivalen al 62% en Escuela secundaria o de nivel medio, 10% en Escuelas de nivel superior / Universidad, 7% en Escuelas profesionales y el 3,5% de manera respectiva en Bibliotecas, Campamentos, Escuela primaria, Iglesias, Otros espacios en la comunidad y Salud pública (Tabla 23 y Gráfica 20).

Tabla # 23 Contexto (artículos originales)

CONTEXTO	CANTIDAD
Bibliotecas	1
Campamentos	1
Escuela primaria	1
Escuela secundaria o de nivel medio	18
Escuelas de nivel superior / Universidad	3
Escuelas profesionales	2
Iglesias	1
Otros espacios en la comunidad	1
Salud pública	1
TOTAL	25

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 20 Contexto (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

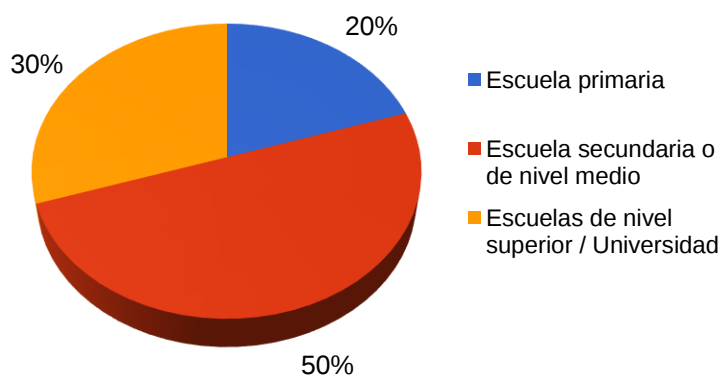
De los artículos de revisión 50% indican que los programas analizados se ejecutaron en Escuela secundaria o de nivel medio, 30% en Escuelas de nivel superior / Universidad y 20% en Escuela primaria (Tabla 24 y Gráfica 21).

Tabla # 24 Contexto (artículos de revisión)

CONTEXTO	CANTIDAD
Escuela primaria	2
Escuela secundaria o de nivel medio	5
Escuelas de nivel superior / Universidad	3
TOTAL	10

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 21 Contexto (artículos de revisión)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Todos los programas revisados se desarrollaron en Escuela secundaria o de nivel medio, mientras los de artículos 6 y 20 coinciden en el contexto de Escuela primaria y los de artículos 14 y 16 en Escuelas de nivel superior / Universidad. Al respecto, la totalidad de programas del artículo 1 se efectuaron en Escuela secundaria o de nivel medio, a su vez, los programas del artículo 6 se realizaron en todos los contextos de la tabla. Por su parte, los artículos 14 y 16 convergen en los contextos donde se realizaron los programas (Tabla 25).

Tabla # 25 Contexto (artículos de revisión)

ARTÍCULO	CONTEXTO		
	Escuela primaria	Escuela secundaria o de nivel medio	Escuelas de nivel superior / Universidad
1		X	
6	X	X	X
14		X	X
16		X	X
20	X	X	

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

El único artículo que especifica donde se realizó cada programa es el número 14, donde 4 son en Escuela secundaria o de nivel medio, 4 en Escuelas de nivel superior / Universidad y 1 en ambos contextos (Tabla 26).

Tabla # 26 Contexto (artículo 14)

PROGRAMA	Escuela primaria	Escuela secundaria o de nivel medio	Escuelas de nivel superior / Universidad
The Weigh to Eat (1995)		X	
Program by Stewart (2001)		X	X
Planet Health (2005)		X	
Student Bodies™ (2006)			X
The Body Project (2006)			X
Healthy Weight (2006)			X
New Moves (2010)		X	
Program by Yager & O'Dea (2010)			X
Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011)		X	

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.3.11. PAÍS

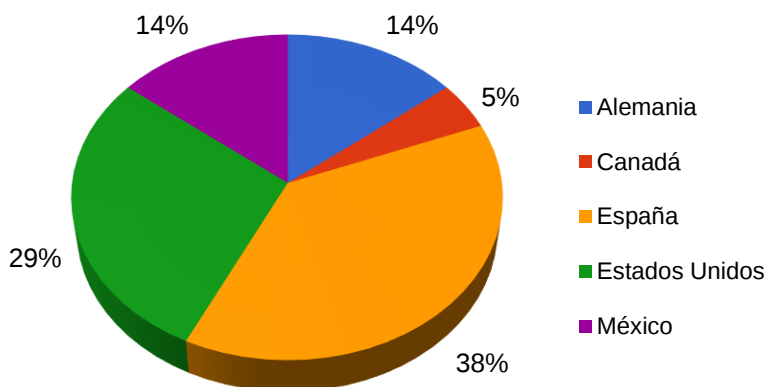
Los datos correspondientes al país tanto de publicación del artículo original como donde se ejecutó el programa son: el 38 % son de España, el 29 % son de Estados Unidos, el 14% son de México, el 14% son de Alemania y el 5% son de Canadá (Tabla 27 y Gráfica 22).

**Tabla # 27 País
(artículos originales)**

PAÍS	CANTIDAD
Alemania	3
Canadá	1
España	8
Estados Unidos	6
México	3
TOTAL	21

Fuente: Elaboración Propia,
Agosto 2016.

Gráfica # 22 País (artículos originales)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

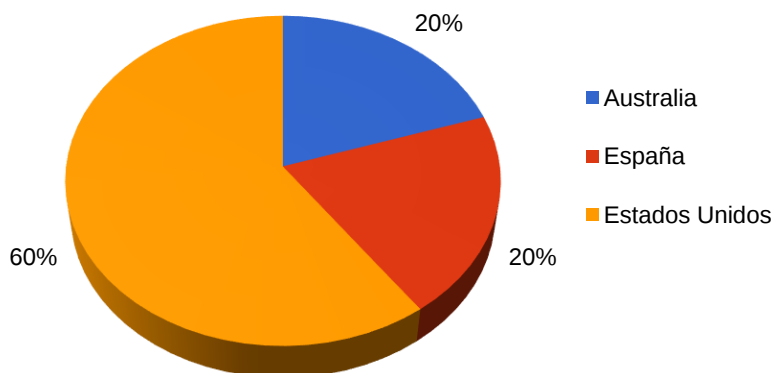
En cuanto a los artículos de revisión se publicaron el 60% en Estados Unidos, 20% en Australia y 20% en España (Tabla 28 y Gráfica 23).

**Tabla # 28 País
(artículos de revisión)**

PAÍS	CANTIDAD
Australia	1
España	1
Estados Unidos	3
TOTAL	5

Fuente: Elaboración Propia,
Agosto 2016.

Gráfica # 23 País (artículos de revisión)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Siendo los artículos 1, 6 y 14 de Estados Unidos, el artículo 16 de Australia y el artículo 20 de España (Tabla 29).

Tabla # 29 País (artículos de revisión)

ARTÍCULO	PAÍS		
	Australia	España	Estados Unidos
1			X
6			X
14			X
16	X		
20		X	

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

De los programas de los artículos de revisión (Tabla 30) el 69,7% se ejecutaron en Estados Unidos, 8,3% en Australia, 6,1% en Canadá, 5,3% No especifican, 3,1% en Reino Unido, 1,8% en España, 0,9% en Israel, Italia, México, Noruega y Suiza, y 0,4% en Nueva Zelanda y Croacia (Tabla 31 y Gráfica 24).

Tabla # 30 País x programa (artículos de revisión)

ARTÍCULO	PAÍS X PROGRAMA													
	Alemania	Australia	Canadá	Croacia	España	Estados Unidos	Israel	Italia	México	Noruega	Nueva Zelanda	Reino Unido	Suiza	No especificado
1	0	7	8	0	0	60	0	0	0	2	0	2	2	0
6	0	3	0	0	0	50	0	0	1	0	0	2	0	4
14	0	1	0	0	1	7	1	0	0	0	0	1	0	0
16	0	0	2	0	0	25	0	0	0	0	1	1	0	0
20	1	8	4	1	3	17	1	2	1	0	0	1	0	8
TOTAL	1	19	14	1	4	159	2	2	2	2	1	7	2	12

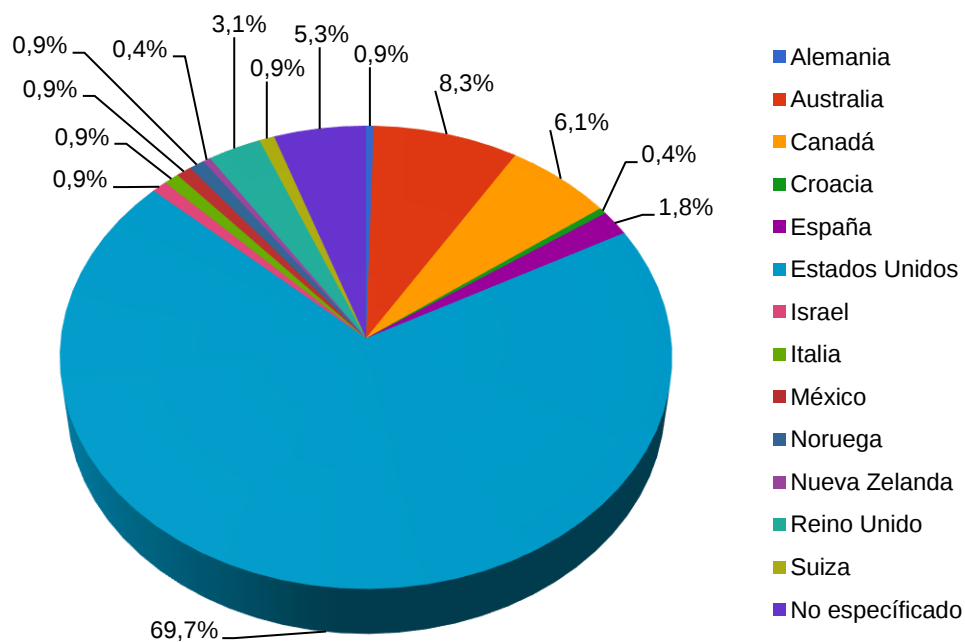
Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

**Tabla # 31 País x programa
(artículos de revisión)**

PAÍS	CANTIDAD X PROGRAMA
Alemania	1
Australia	19
Canadá	14
Croacia	1
España	4
Estados Unidos	159
Israel	2
Italia	2
México	2
Noruega	2
Nueva Zelanda	1
Reino Unido	7
Suiza	2
No especificado	12
TOTAL	228

Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

Gráfica # 24 País x programa (artículos de revisión)



Fuente: Elaboración Propia, Agosto 2016.

11.3.12. PROCESO DE INTERVENCIÓN

González, et al (66) plantean que el amplio espectro de problemas relacionados con el peso ha aumentado considerablemente en los adolescentes, creando una necesidad urgente de desarrollar e implementar las intervenciones de prevención desde salud pública, que brinden detección temprana y tratamientos con costo - métodos eficaces, en la naturaleza refractaria de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA). Stice, Shaw y Marti (50) exponen que la prevención a través de intervenciones psicoeducativas es menos efectiva que las intervenciones que se dedican activamente a los participantes y a enseñar nuevas habilidades. Se postula que un formato interactivo ayuda a los participantes a involucrarse en el programa, lo que probablemente facilita la adquisición de conceptos y promueve un cambio de actitud y de comportamiento. Igualmente Mora, et al (49) plantea la prevención desde las intervenciones de activismo, la cual implica un análisis crítico de los anuncios en los medios de comunicación, donde los participantes aprenden acerca de cómo escribir cartas de queja a los medios de comunicación, así como nuevas actividades que se construyen colectivamente, que incluyen tanto un análisis de los mensajes publicitarios y hacer vídeos de parodia de anuncios de moda. González, et al (66) reconocen que las intervenciones de prevención de los trastornos alimentarios se han centrado sobre todo en las mujeres (Neumark, et al, 2006); sólo unos pocos programas de prevención universal han incluido hombres y mujeres, logrando mejorar con éxito la imagen corporal, la satisfacción del cuerpo, la autoimagen y la reducción de la preocupación por el peso de los adolescentes.

11.3.13. SESIONES DE INTERVENCIÓN

Sobre la intensidad horaria que establecen los programas para sus sesiones, varían desde 45 minutos a 1 hora y media como es el caso de los programas de prevención de Stice, Marti, Shaw y O'Neil (56) y de Stice, Butryn, Rohde, Shaw y Marti (57), con lo cual concuerda con la intensidad horaria de programas de los autores Rodríguez, Marchand y Stice (55); Wick, et al (63); Gómez, et al (62); Scime y Cook (60); Weigel, et al (64) de 1 hora y media por sesión planteada. Las sesiones con mayor intensidad horaria se componen de dos horas, propuesto por la autora Díaz Ceballos (61).

Respecto a la cantidad de sesiones Stice, Shaw y Marti (50) argumentan que las intervenciones deben ser multi sesiones para que de esta manera tenga un impacto en los factores de riesgo. De los artículos revisados la cantidad mínima de sesiones la proponen los autores Weigel, et al (64) con 3 sesiones por semana, siguiendo con Mora, et al (49); y Gómez, et al (62) que plantean 5 sesiones semanales. De los programas con mayor número de sesiones se encontraron a McVey, Tweed y Blackmore (69) con 8 sesiones, seguidos por Wick, et al (63) con 9 sesiones semanales y Scime y Cook (60) con 10 sesiones semanales, el programa que

mayor cantidad de sesiones plantea es el de los autores Ciao, Loth y Neumark-Sztainer (58) con hasta 32 sesiones con duración máxima de 1 año.

11.3.14. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

Los programas de prevención de trastornos alimenticios ejecutan diferentes actividades para la intervención dependiendo del enfoque, como por ejemplo desde un enfoque del teatro, los autores Mora, et al (49) plantean actividades en que los estudiantes aprendieron el guion y la expresión dramática en 10 sesiones llevadas a cabo durante las horas de clase, bajo la dirección de actores profesionales; cada estudiante interpretó a un personaje en el programa y finalizó con la actuación a los padres y la comunidad escolar.

Uno de los programas de prevención más destacados es el llamado “Body Project”; los autores Stice, Yokum y Waters (53) en su investigación describen las actividades realizadas en cada una de las sesiones del programa.

- En la sesión 1, los participantes definen colectivamente el ideal de delgadez promovido en la cultura occidental y discuten los costos de la consecución de este ideal a través de una serie de preguntas socráticas planteados por los facilitadores, y se asignan ejercicios en casa (escribir un ensayo sobre los costos asociados a perseguir el ideal delgadez, mirarse a un espejo con un mínimo de ropa y registrar los atributos positivos acerca de sus cuerpos).
- En la sesión 2, los participantes discuten los dos ejercicios realizados en casa, disuaden a los facilitadores de perseguir el ideal de delgadez en los juegos de roles, y se les asigna más ejercicios (escribir una carta a alguien que presionó al participante a estar delgado, la discusión de los efectos adversos, generar una lista de 10 cosas que las mujeres jóvenes pueden hacer para desafiar el ideal de delgadez).
- En la sesión 3, los participantes discuten los dos ejercicios en el hogar, hacen declaraciones desafiantes del ideal de delgadez, discuten las preocupaciones por la imagen corporal, y se asignan ejercicios en casa (participar en un comportamiento que desafía a sus preocupaciones por la imagen del cuerpo, participar en dos actividades que desafían el ideal de delgadez y escribir una carta a alguien más joven acerca de cómo evitar problemas de imagen corporal).
- En la sesión 4, los participantes discuten los tres ejercicios en casa y los beneficios percibidos de la intervención en grupo; se asignan ejercicios de salida para el hogar (los participantes se comprometen a realizar una actividad de auto-afirmación que promoverá la aceptación del cuerpo, animar a otras mujeres

jóvenes en su escuela para completar el proyecto de intervención, participar en algún tipo de activismo para el cuerpo, como un grupo).

A diferencia de McVey, Tweed y Blackmore (69) quienes exponen las actividades de intervención desde la creación de dos grupos focales:

- Para hombres: En las clases de gimnasia de la escuela, en grupos de 15 a 30 estudiantes y subdividido en grupos de 5 a 6, en sesiones de 50 minutos; se les presenta información referente a los efectos negativos de la intimidación y brindarles estrategias asertivas de afrontamiento a las presiones.
- Para mujeres: Dirigido a sensibilizar sobre sus creencias, valores y actitudes sobre la comida, el peso y cómo puede influir en ellas. Constituido por sesiones de 1 hora semanal, durante 12 semanas, con 10 a 14 participantes por grupo. Entre los temas a tratar están: Siendo una niña en la sociedad actual (incluidas las imágenes de cuerpo irreal retratado por los medios de comunicación), el establecimiento de una mentalidad positiva y aprender maneras para mejorar la autoestima y la imagen corporal, la pubertad y las influencias genéticas en la forma del cuerpo, estrategias de solución para combatir el estrés, la expresión de sentimientos y de tratar con la ira, la construcción de habilidades de comunicación, hacer y mantener amigos y la creación de un clima escolar positivo.

Estos mismos autores en su investigación reconocen que existen otros componentes o actividades que también pueden darse en un programa de prevención para lograr un mayor éxito en la intervención, estos son:

- Capacitación del personal de la escuela: en esta línea se pueden tratar temas relacionados con la influencia que tienen sobre el cuerpo del estudiante, la imagen y el estilo de vida (dentro de sus prácticas de enseñanza) y como los estresores normativos asociados con la adolescencia temprana, pueden desencadenar la aparición de problemas de imagen corporal, dietas restrictivas u otros métodos extremos de pérdida de peso.
- La educación de los padres: aumentar la concienciación de los padres de los estresores normativos relacionados con la adolescencia temprana que puede desencadenar la aparición de problemas de imagen corporal y dietas restrictivas (u otros métodos de pérdida de peso extrema) y revisar con los padres los temas entregados en el currículo al estudiante, para diseñar un artículo en el boletín mensual de la escuela.

Según las unidades definidas en el artículo de Weigel, et al (64) se reconocen los siguientes procesos:

- Unidad 1: Trabajar temas como la definición de los diferentes ideales de belleza occidental para hombres y mujeres jóvenes, los estereotipos negativos y positivos asociados, los factores y la influencia de los medios de comunicación, la familia y compañeros. Esto fomentando la reflexión individual y utilizando herramientas como carteles, videos, etc.
- Unidad 2: Evaluar el aprendizaje adquirido en la unidad anterior por medio de una hoja de evaluación. Algunos temas que pueden tratarse son la percepción del cuerpo, autoconfianza, medios de comunicación social, consecuencias físicas de los TCA, alimentación y nutrición. Los instrumentos que pueden emplearse son fotos, vídeos, tarjetas, revistas, etc.
- Unidad 3: Los temas a tratar: factores de riesgo de TCA, tratamiento de los TCA.

En el programa de prevención “Full of Ourselves” Sjostrom, Steiner y Edd (54) ofrecen una amplia gama de material de apoyo, incluyendo temas como co-facilitación: retos y recompensas, divulgación e intervención y la participación de los padres. Los facilitadores deben programar una sesión de información al final, para que las niñas puedan resumir lo que han aprendido y compartir sus puntos de vista. Enseñar habilidades para la vida más allá de la salud y la nutrición (por ejemplo, la resolución de conflictos, contrarresta las burlas y la intimidación).

Existen otro tipo de enfoque y metodologías en los programas de prevención de los TCA, como el que proponen Gómez, et al (62), el programa de Realidad Virtual (RVR): Tiene por objetivo promover la aceptación de la diversidad corporal mejorando la aceptación de la propia imagen y disminuyendo el problema de alteración de la misma. La aplicación consiste en la presentación de un software en el que la participante tiene la posibilidad de manipular avatares que representan su figura ideal, actual y real e interactuar en un medio virtual, al mismo tiempo que se trabaja con los pensamientos negativos y automáticos sobre la propia imagen corporal. Se aplica en una sola sesión con un tiempo estimado de 45 a 60 minutos. El programa está dividido en tres partes: 1) elección de figura; 2) manipulación de avatares y 3) recorrido por escenario virtual. Las temáticas que integran el programa por sesión son: 1) Presentación facilitadoras, autoestima, autoconcepto y triángulo de la salud, 2) Cultura de la delgadez y percepción de la imagen corporal, 3) Diversidad corporal y el contexto sociocultural, 4) Alimentación saludable, diferencia entre dieta restringida y dieta balanceada y 5) Asertividad y cierre del taller.

A diferencia del programa de prevención que plantean Scime y Cook (60) en el cual el programa de prevención tiene dos componentes, uno dirigido a lo mental y el otro a lo corporal, en el componente mental se trabaja con debates en torno a los factores de riesgo y los factores protectivos, tales como competencia, autoestima física y nutrición, insatisfacción corporal y la presión sociocultural que ejercen los medios.

En el componente corporal se trabaja con yoga, técnicas de respiración, ejercicios de relajación y de visualización.

Otro de los grandes programas de prevención de los TCA, fue el ejecutado por los investigadores Casado y Helguera (17), este se encuentra compuesto por dos fases, una primera dirigida a la población adolescente y en la segunda fase dirigida a los padres de familia.

- Primera fase "Educación emocional en la adolescencia": El objetivo fundamental de esta primera fase de la intervención es realizar una prevención psicoeducativa, dotando a los participantes de la información necesaria acerca de los trastornos de alimentación y de las variables relacionadas con los mismos. Además se trata especialmente de minimizar la vulnerabilidad emocional para desarrollar un trastorno de alimentación proporcionando estrategias de afrontamiento adecuadas en cada una de las áreas relevantes en la aparición y desarrollo de estos trastornos. El programa se desarrolla en once sesiones de una hora y treinta minutos de duración, con periodicidad semanal. A cada factor de riesgo se le dedica entre una y dos sesiones; también se incluye en el contenido del programa el "Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson", que se completa a lo largo de cinco sesiones.
- Segunda fase "Escuela de Padres para la Detección y Prevención de Trastornos de Alimentación": El trabajo con padres cubre un doble objetivo: en primer lugar, dotar a los padres de la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encontraran dentro de los factores riesgo y saber actuar de la forma más adecuada ante su detección. En segundo lugar, conocer el perfil de conocimientos y actitudes sobre trastornos de alimentación de los padres de adolescentes en riesgo, de cara a diseñar en el futuro acciones preventivas que se ajusten totalmente a las necesidades que presenta esta población. El programa se desarrolla en ocho sesiones de hora y media de duración, con periodicidad semanal.

Borda, et al (68) plantean que los temas o contenidos de un programa preventivo deben favorecer la participación continua de los integrantes del grupo en todas las sesiones. Algunos ejemplos de temas son: La influencia de los factores socioculturales en el desarrollo de comportamientos orientados hacia la delgadez y las dietas, los factores socioculturales, imagen corporal, el control del peso y los efectos de las dietas, los trastornos de la conducta alimentaria, reducción de los factores de riesgo, entre otros. De igual forma Ciao, Loth, y Neumark (58) exponen otros temas que se pueden abarcar, como la alimentación saludable y la nutrición, conocimiento mediático/presiones socioculturales, la aceptación del cuerpo/satisfacción del cuerpo, actividad física moderada y saludable, educación sobre el control de peso saludable, autoestima, asertividad, estrés, reducción de ver televisión, el auto-empoderamiento y apoyo social, la prevención del suicidio.

11.3.15. EFECTOS SEGÚN QUIEN DIRIGE LA INTERVENCIÓN

Según Ciao, Loth y Neumark (58) la intervención puede ser aplicada por líderes profesionales (por ejemplo, el personal de investigación y profesionales de la salud mental con experiencia en trastornos alimentarios) y/o líderes no profesionales (por ejemplo, el personal de la escuela, líderes). Al contrario, González, et al (66) sugieren que con el fin de controlar la calidad de la intervención los programas de prevención sólo se apliquen por los expertos. Para Stice, Shaw y Marti (50) los programas de prevención ejecutados por los intervencionistas entrenados fueron más efectivos que los ejecutados por los proveedores endógenos (por ejemplo, profesores); consideran que los efectos pueden ser más pequeños cuando son dirigidos por proveedores endógenos, porque tienen otras responsabilidades que hacen que sea difícil ejecutar el programa de prevención con fidelidad, tienen menos oportunidades para practicar la administración de la intervención en relación con los intervencionistas entrenados, y no reciben tanta formación especializada y supervisión detallada. Mientras Rodríguez, Marchand, Ng y Stice (55) proponen que la intervención debe realizarse por profesionales especializados para tal fin y que en el caso de ser profesores de la misma institución deben capacitarse para ejecutar el programa; en su programas los facilitadores de grupo de cada escuela recibieron 4 horas de formación en administración de la intervención y emplearon el manual de tratamiento al dirigir sesiones de grupo. En el programa de Berger, et al (52) quienes lo imparten son los mismos docentes de las instituciones que han sido previamente entrenados para esto. Stice, et al (57) aseveran que mientras que las escuelas secundarias generalmente carecen de personal con una formación adecuada en la prestación de programas de prevención basados en el grupo y el momento de entregar estos programas, las universidades suelen tener centros de salud o asesoramiento a los estudiantes con los médicos que tengan experiencia en la ejecución de intervenciones de grupo y una guía para ofrecer servicios orientados a los estudiantes con problemas de salud y salud mental. Además Stice, Black y Yokum (53) creen que se ha demostrado que produce efectos estadísticamente y clínicamente significativos, cuando el reclutamiento y la entrega son realizados por los proveedores naturales (por ejemplo, maestros, consejeros, líderes de grupo, etc.).

11.3.16. PROCESO DE SEGUIMIENTO

Pineda y Gómez (19) reconocen que en los programas de prevención se debe incluir el proceso de seguimiento, que proporciona información significativa para generar avances en las estrategias utilizadas. Aunque Stice, Shaw y Marti (50) distinguen que los seguimientos más prolongados producirían efectos más débiles; este hallazgo surgió porque los efectos de prevención tienden a desaparecer con el tiempo, lo que puede ser inevitable por las presiones socioculturales para la delgadez en nuestra cultura. Al respecto, González, et al (66) encontraron que existe poco conocimiento sobre la persistencia de los efectos de los programas de

prevención en el seguimiento a largo plazo, sin embargo, identificaron que varios autores indican que los objetivos de los programas de prevención realizados en las escuelas debe ser reconocer y criticar el modelo de belleza estética, para promover habilidades de pensamiento crítico, además de impugnar la glorificación de la delgadez de las niñas y el ideal muscular para los niños. En la revisión de programas de prevención realizada por Stice, Black y Yokum (53) la literatura reveló que seis programas de prevención generaron reducciones significativas en los síntomas de TCA por medio de seis meses de seguimiento y que dos han reducido significativamente el inicio del trastorno.

12. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La profesión de Terapia Ocupacional cuenta con entidades y/o agrupaciones importantes que ejecutan y/o publican procesos investigativos, como la American Occupational Therapy Association y revistas como la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Galicia TOG de España y la Revista Ocupación Humana en Colombia, sin nombrar los innumerables estudios realizados desde la academia. Estas son herramientas fundamentales para el ejercicio cotidiano de los terapeutas ocupacionales porque permiten reconocer y desarrollar los avances en el abordaje de las diferentes condiciones de discapacidad y de las enfermedades que afectan a los usuarios que solicitan o demandan los servicios profesionales. Sin embargo, la intervención del terapeuta ocupacional en los TCA no está muy determinada (40). En el caso de la población con TCA, se identificó que la disciplina que proporcionó un mayor índice de procesos de intervención (según los artículos revisados) es la Psicología con 17 artículos donde las investigaciones fueron coordinadas por estos profesionales, seguido de Salud Pública en 4 artículos y Psiquiatría mencionado en 3 documentos. Desde Terapia Ocupacional el tratamiento en prevención de los TCA no estaba incluido en ninguno de los artículos, hallándose solo un artículo que no pudo incluirse al no cumplir con los criterios de inclusión (fecha de publicación) de la investigación. Esto reafirma el planteamiento inicial de la investigación, al determinarse que aunque sí se reconoce el rol del terapeuta ocupacional en la intervención de los TCA, existe poca publicación bibliográfica que respalda el quehacer de esta disciplina en este campo. En definitiva es necesaria la conformación de equipos interdisciplinarios donde figure el terapeuta ocupacional de forma activa, pues los TCA son enfermedades complejas y es fundamental el aumento de los recursos destinados a su tratamiento (Vaquero y Solano, 2012) (40). La labor del terapeuta ocupacional en la prevención de TCA es imprescindible, por ser el responsable de intervenir en las áreas ocupacionales (40). Los trastornos alimentarios tienen graves consecuencias afectando tanto los aspectos orgánicos como mentales del sujeto. Por tanto, son consideradas enfermedades cuyo tratamiento es de alta complejidad, siendo necesaria la actuación de un equipo multiprofesional a fin de ofrecer asistencia integral al paciente y la familia (Cabrera C, 2006), de acuerdo a este planteamiento se determina que en la intervención de los TCA pueden hacer parte varios profesionales de diferentes disciplinas que desde su quehacer aporten a la prevención o tratamiento de las patologías alimentarias. El evaluar la pérdida de roles ocupacionales de la población a intervenir con trastornos alimentarios, es una estrategia importante desde terapia ocupacional crear ambientes más saludables donde las personas puedan recuperar sus roles ocupacionales como trabajador, amigo, pareja, voluntario, logrando de nuevo la independencia y autonomía en la ejecución de las actividades de la vida diaria (Quiles y Ribeiro, 2012) (70).

De los programas revisados ninguno se desarrolló en Colombia, siendo los países donde se implementan gran parte de los programas de prevención de TCA, España (38% en artículos originales y 20% en los de revisión), junto a Estados Unidos (29% en artículos originales y 60% en artículos de revisión). Algunos estudios hacen referencia a la incidencia y prevalencia de estas patologías, lo que puede estar relacionado con el alto índice de investigaciones identificadas en estos países. En España, Rivas, Bersabé y Castro (2001) desarrollaron un estudio con 1555 adolescentes, donde un alto porcentaje (27.5%) de esta población presenta TCA, con una relación de cuatro mujeres por cada hombre. Para Anorexia obtuvieron un porcentaje de 5% en hombres y 3.9% en mujeres, mientras en Bulimia encontraron 0.6% en hombres y 0.2% en mujeres. Por otro lado, Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004), en su estudio con 1534 estudiantes adolescentes, mostraron que 3.4% mostraba un TCA; con una prevalencia de 0.6% de Bulimia y 0.6% de Anorexia y 2.1% de casos incompletos. Olesti, Piñol, Martín y cols. (2008), realizaron un estudio para reconocer la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa, señalando que de 551 adolescentes mujeres, un 0.9% mostraba Anorexia y un 2.9% Bulimia. En Estados Unidos, el “Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación” señala que un aproximado de 10 millones de norteamericanos tienen actualmente trastornos alimentarios, de los cuales, el 90% son mujeres y el 10% hombres; además, el “Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard” evalúa que en su totalidad los afectados son cerca de 5 millones (71). Por otro lado, en Colombia los estudios centrados en reconocer la incidencia de los TCA en la población son pocos y limitados; las investigaciones realizadas solo se realizan en las principales ciudades del país, como Cali (Rodríguez y Mina, 2008), Bucaramanga (Rueda, 2005) y Bogotá D.C. (Villamil, 2012). En la capital del país el estudio identificó que en estudiantes de medicina el 20,4% tenían riesgo de TCA, con asociación a los altos niveles de estrés percibido, sexo femenino y consumo problemático de alcohol (72).

12.1. EFECTO DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN LAS ÁREAS OCUPACIONALES Y PATRONES DE EJECUCIÓN

La evidencia científica muestra que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales; resultan de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socio-culturales que afectan el comportamiento del individuo, lo que dificulta la comprensión de su etiología (73). Estas características permiten clasificarlos en diferentes grupos, por ejemplo, según las influencias que ejercen los contextos donde se desempeñan las personas en riesgo. En relación con las Áreas Ocupacionales, algunos factores registrados en los artículos afectan directamente las actividades de comer y alimentación, además de los Patrones de Ejecución de hábitos y rutinas, permitiendo agruparlos en estas categorías; estos son las actitudes distorsionadas a la alimentación, control de peso, deseo obsesivo por ser delgadas, dieta restrictiva / restricción calórica, internalización del ideal de delgadez, negación ante la futura patología alimentaria, índice de masa corporal, síntomas de

trastornos de la alimentación y nutrición saludable. Estos factores son los principales involucrados en el proceso de desarrollo de TCA, lo que concuerda con la definición del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, donde los TCA se consideran “ [...] una distorsión de la imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal, que lleva a una alteración en el *patrón de la alimentación*, bien sea disminuyendo los aportes de comida con dietas restrictivas o con medidas que contrarresten los efectos sobre el peso y aumentar así las pérdidas” (72). La preocupación por el peso se manifiesta en el deseo de los jóvenes de un cuerpo ideal, delgado y/o musculoso. En el estudio de Portela de Santana, et al (73) el miedo a engordar se presentó en el 71% de los niños y adolescentes, el 67% de ellos tenían preocupación por el peso y el 51% por la forma; por tanto, concluyen que cuando no se logra el peso deseado, la internalización de los ideales de la belleza en las niñas y en los niños, se pone en riesgo la insatisfacción con la imagen corporal y conductas de riesgo de TCA. Por lo tanto, los programas que crean conciencia sobre la nutrición saludable en sus participantes, compartiéndoles conocimientos sobre la obesidad, el peso y formas de dieta (Stice, Marti, Shaw y O’Neil, 2008; González, et al, 2011) (56, 66) reducen la aparición de TCA. En todas las culturas, la comida juega un rol importante en las relaciones sociales en distintos momentos de la vida diaria; la dieta, alimentos y prácticas de las personas afectadas, tienen una relación directa con los hábitos socioculturales unidos a la comida de la región y del entorno inmediato. La presión social respecto a la comida (frecuencia de actos gastronómicos, importancia y la representación simbólica en la práctica social) contribuyen en la cimentación de valores, que en la familia puede ser amor, recursos o lenguaje y en la comunidad puede ser prestigio y estatus, asumiendo ciertas presiones y preocupaciones (74).

La Terapia Ocupacional es una profesión que trabaja con personas en todo el ciclo vital, con aquel individuo que tiene algún tipo de restricción en la participación ocupacional, teniendo presente cómo las condiciones de salud, del contexto / entorno y personales influyen en el desempeño independiente del usuario; además de considerar las características de la persona (físicas, psicosociales y cognitivas). Para los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores establecen que producen un desequilibrio ocupacional en el desarrollo de las actividades cotidianas y roles ocupacionales generando una disfunción ocupacional (40). En este proceso, los factores de riesgo cumplen un papel determinante; se encuentran dentro de la interacción de la persona con sus contextos y la participación en sus ocupaciones. El enlace entre los elementos de la triada (persona, contexto y ocupación) es un tipo de relación multidireccional, en la cual, el medio de influencia de los factores de riesgo es la retroalimentación continua entre ellos.

Se debe resaltar que al realizar la revisión de la información en diversos artículos se identificó que los trastornos alimentarios son una patología que afectan las diversas esferas de la persona, sin embargo, al no encontrarse programas de prevención de la enfermedad desde en Terapia Ocupacional, las áreas ocupacionales y patrones de ejecución que se encuentran afectados por los

trastornos, no se mencionan de manera explícita; aunque, si exponen comportamientos y acciones relacionados a la sintomatología y los factores de riesgo que repercuten en las destrezas de ejecución de la persona, y en consecuencia, en las áreas ocupacionales y los patrones de ejecución.

Las Áreas Ocupacionales más afectadas según los resultados obtenidos representan las actividades de la vida diaria, educación y participación social (19% cada uno). Las actividades de la vida diaria se encuentran afectadas, debido al proceso de comer y alimentarse que en las personas con trastornos alimentarios están alterados debido a diferentes condiciones. Según Berrueta, Bellido, Sanz y Rubio (11) las personas con TCA efectúan prácticas como dietas, ayunos, atracones, inducción de vómitos y purgaciones para obtener el control de sus comidas, dando como resultado un problema en el desempeño de las actividades de la vida diaria de la persona. El área de educación se afecta en los trastornos alimentarios porque se presentan dificultades en la participación en las actividades educacionales, esto se encuentra directamente relacionado con las destrezas de ejecución, ya que todas aquellas capacidades que se necesitan para tener un desempeño escolar exitoso como lo son las destrezas sensoriales perceptuales, cognitivas, y de regulación emocional se encuentran afectadas debido a los trastornos alimentarios (11). Igualmente, la participación social se afecta por la presencia de estas patologías; Cilleros y Duran (4) afirman que esto puede deberse a que las personas que presentan estos trastornos presentan características sociales como aislamiento del contexto familiar y amigos, el contexto familiar es donde principalmente se dan los procesos de alimentación, y esto conlleva una carga con un fuerte componente emocional, es el contexto familiar quien inicialmente nota los cambios en los comportamientos alimentarios (4), lo cual lleva a la confrontación dando como resultado un aislamiento producido por la ocultación y negación de la enfermedad por parte de la persona que lo llevan a evadir las interacciones sociales.

Otra área que se ve afectada son las actividades instrumentales de la vida diaria (17%), debido a la gestión y mantenimiento de la salud, las personas con algún tipo de trastorno alimentario presenta dificultades para desarrollar y establecer una rutina saludable que implique la nutrición y, para realizar acciones que disminuyan comportamientos de riesgo para la salud, es decir, las personas con algún tipo de trastorno alimentario no gestionan de manera independiente su propia rutina que beneficie su salud, sino que, por el contrario, Berrueta, Bellido, Sanz y Rubio (11) creen que se realizan acciones que aumentan el riesgo para la salud relacionadas con la nutrición como la alimentación compulsiva y comportamientos como ejercicio excesivo, de igual manera presentan dificultades en la preparación de comida nutritiva y balanceada debido a que optan por dietas e ingesta alimentaria basadas en bajos niveles de calorías.

El trabajo hace parte de las áreas ocupacionales de las personas en edad productiva, es quizá por este motivo que al realizar la revisión de artículos no se

Menciona ésta área, ya que los programas revisados se encontraban implementados en contextos educativos como primaria, secundaria y universidades, éste último a pesar de tener población en edad productiva, no se enfoca en ésta área si no en la de educación, sin embargo, Muir (75) menciona que debido a la naturaleza del trastorno las personas tienden a perder habilidades para el trabajo y para relacionarse con sus superiores y compañeros interfiriendo en su desempeño laboral ocasionando que la persona se retire de las actividades laborales.

Respecto a las áreas de juego (11%) y ocio y tiempo libre (15%), cuando estas se afectan, la exploración y participación en estas actividades disminuye, ya que presentan unos intereses reducidos, abandonando los intereses que antes podrían tener y centrando su tiempo libre y de ocio y juego en desarrollar actividades centradas en la información sobre el tema, como charlas, lecturas y recetas, siempre centradas en alcanzar la delgadez. A pesar que en la revisión realizada no se menciona en los programas el área de descanso y sueño, las personas que presentan anorexia nerviosa tiende a disminuir sus horas de sueño, realizando actividades que le demanden mayor gasto energético (Cilleros y Duran, 2005) (4). A lo que se dirige la terapia ocupacional es a fomentar precisamente los subsistemas volitivos y habituacional de manera que estas actividades mencionadas anteriormente donde las personas con trastorno alimentario presenta dificultades se puedan volver a retomar o desarrollar, se busca dar un significado y organización interna de los roles y hábitos de forma que puedan tener un desempeño ocupacional equilibrado a través del desempeño en sus diferentes áreas ocupacionales.

En cuanto a los Patrones de Ejecución, los más afectados son los hábitos, rutinas y roles (22% cada uno). Las Rutinas en las personas con un trastorno alimentario acorde con Berrueta, Bellido, Sanz y Rubio (11) suelen ser rígidas y enfocarse en la alimentación, porque son incapaces de mantener una rutina saludable que les permita tener un desempeño ocupacional equilibrado, demarcando una rutina con mayor porcentaje de actividades de ocio y tiempo libre enfocadas en la alimentación. En relación a los Hábitos, las personas que padecen TCA adquieren hábitos dañinos como dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos inducidos, abuso de laxantes, consumo de reductores del apetito y diuréticos, esto con el fin de mantener un peso bajo; estos hábitos entran a formar parte de una rutina rígida que conlleva a adquirir un estilo ocupacional desadaptativo para (Berrueta, Bellido, Sanz y Rubio, 2009) (11). En contraste, los roles ocupacionales se encuentran disminuidos, porque las interacciones sociales se afectan y paulatinamente esto interfiere con el mantenimiento de sus habilidades sociales (Cilleros y Duran, 2005; Quiles y Pessa, 2012) (4) (70), es decir, las dificultades para interactuar, un estilo de comunicación agresivo o pasivo-agresivo, poca asertividad frente a las críticas y conductas manipulativas (Berrueta, Bellido, Sanz y Rubio, 2009) (11). Lo anterior interfiere con el desempeño de sus roles ocupacionales como lo son ser amigo, voluntario, trabajador y aficionado (Quiles y Pessa, 2012) (70). Referente a los Rituales (22%), como sucede con los demás patrones ocupacionales, se encuentran alterados;

Cilleros y Duran (4) relacionan esta dificultad con el hecho de que las personas con trastornos alimentarios comienzan a desarrollar rituales entorno a la comida como despedazarla, repartir pequeños trozos por el plato, la guardan en el bolsillo, la dejan en la boca y luego la escupen e incluso cogen alimentos del plato de otra persona y después lo abandona, todo esto con el objetivo de aparentar haber comido frente a los demás debido a la presión social que esto ejerce.

12.2. PAUTAS PARA EL ABORDAJE DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Con el propósito de identificar los elementos y características que debe contener un programa de prevención de TCA aplicado por terapeutas ocupacionales, se establecieron los siguientes criterios, los cuales se clasificaron en seis fases necesarias para el desarrollo de un programa. Lo anterior, partiendo de lo definido por autores de diferentes áreas de la salud:

Tabla # 32. Fases de programa de prevención de TCA

1	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	Atención Primaria en Salud: Tipos de Prevención Primaria
		Modelos y Marcos de Terapia Ocupacional
		Técnicas
2	PROCESO DE CONVOCATORIA	
3	EVALUACIÓN INICIAL	Incidencia en los factores de riesgo
4	CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	Sexo
		Nº de participantes
		Ciclo vital
		Contexto
5	PROCESO DE INTERVENCIÓN	Sesiones de intervención
		Actividades de intervención
6	PROCESO DE SEGUIMIENTO	

Siguiendo estas etapas, a continuación se exponen las pautas para abordar los TCA de Anorexia y Bulimia Nerviosa según los datos encontrados en los artículos revisados.

12.2.1. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas están incluidas dentro de la prevención primaria en la clasificación de salud mental (76). La OMS (76) citando a Mrazek y Haggerty, 1994 define la prevención universal como “ [...] aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo”, la prevención selectiva como la dirigida “ [...] a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social”, y la prevención indicada como la encaminada “ [...] a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental”. Según las investigaciones la prevención selectiva o secundaria es la que genera resultados más exitosos en la intervención de los TCA (Stice, Shaw y Marti, 2007; Berger, et al, 2008; López, Sánchez y Fauquet, 2011) (48, 50, 52) para la reducción de los factores de riesgo. Es importante que la intervención se realice sobre las conductas de riesgo en estos grupos de edad, en lugar de población general (Pineda y Gómez, 2006; Borda, et al, 2009) (19, 68). Por tanto, en los programas de prevención selectiva, al estar el contenido más adaptado al riesgo específico del grupo, se aumenta la eficiencia. Además, es más sencillo medir las mejorías de un programa de prevención si los participantes tienen más serios factores de riesgos de entrada (77).

Es necesario que el programa se extienda a padres y la comunidad educativa (docentes, directivos) (Mora, et al, 2015) (49), para que la intervención no se centralice en el contexto escolar, e incluya los demás contextos en que participan las poblaciones en riesgo. Se debe considerar que las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, esto incrementa el riesgo de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y la imagen corporal (11). Mellor, et al (73) destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, apuntando a que la familia tiene un papel más importante para los adolescentes, que amigos y medios de comunicación. En cambio, Shroff y Thompson (73) indicaron que las influencias de los compañeros, pero no de los padres, estaban asociadas con la internalización del ideal de delgadez y con la comparación social entre las niñas. También, el comportamiento de los padres que ejercen mucho control sobre la alimentación de sus hijos, en conjunto con la presión de los padres y amigos para ser delgados, favorecen al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las conductas posteriores de riesgo para la salud (73). Aunque, los hombres son más

presionados por sus parejas románticas para ser musculosos y obtuvieron puntuación muy altas, en comparación con las chicas, en cuanto al deseo y preocupación por la musculatura (73).

Por consiguiente, un programa de prevención se debe fundamentar en la información, educación, comunicación y formación de los padres y adultos responsables y la comunidad, en promover un ambiente educativo en los diferentes entornos, que facilite el desarrollo personal de hábitos, actitudes y valores útiles en los jóvenes, para crear y fortalecer la autoestima, la expresión del afecto y la responsabilidad. A través de la creación y transferencia del concepto de salud positiva, que permita la adopción de hábitos de vida saludable, desarrollo emocional equilibrado, buenas relaciones familiares, que en consecuencia, permitan un mayor control de las emociones y una respuesta adecuada a la frustración (72).

Los TCA son un problema con demasiada relevancia social, sus síntomas pueden poner en peligro la vida de las personas que la presentan; en pocas ocasiones, no se les asocia con otras enfermedades mentales como abuso de drogas o depresión (11). La disciplina de Terapia Ocupacional posee un amplio conjunto de modelos y marcos de referencia aplicables en los procesos de intervención con población con y en riesgo de condición de discapacidad psicosocial y/o mental, que facilitan el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

- **Modelo de la Ocupación Humana (MOH) (14):** Teniendo en cuenta el desarrollo de la investigación, se logra identificar que los hombres y mujeres en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, son personas que se enfrentan a una serie de cambios en sus vidas porque adquieren hábitos poco saludables que les impiden cumplir en ocasiones con responsabilidades en sus diferentes ocupaciones. Es por esto que desde Terapia Ocupacional se pueden emplear como base teórica, varios de los modelos de esta disciplina, que de igual forma permiten guiar la intervención en un programa preventivo o de tratamiento. Uno de estos modelos es el **MOH** planteado por Kielhofner, Gary (2004), considera a los seres humanos como sistemas abiertos que evolucionan y sufren diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio a través de una interacción progresiva con los estímulos procedentes del entorno (físico, social y cultural) y por consiguiente elaboran la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. El modelo de la ocupación humana está diseñado para ser implementado con cualquier persona que presente problemas en la vida ocupacional (desempeño), encargado de: la motivación por la ocupación, el patrón para la ocupación, la dimensión subjetiva del desempeño y la influencia del ambiente en la ocupación.

De acuerdo a las revisiones bibliográficas este modelo puede implementarse en la estructuración de un programa preventivo desde Terapia Ocupacional, donde los sujetos hacia los que va dirigido este programa se motiven a participar del mismo, que reconozcan hábitos y roles perdidos para lograr establecerlos de

nuevo enfrentando poco a poco sus contextos y finalmente que sean conscientes de las capacidades para evitar al desarrollo de un TCA o para participar de actividades que contribuyan a su bienestar.

- **Modelo Canadiense (14) (78):** Empleando los enfoques de practica centrada en el cliente y de desempeño ocupacional permite que las personas con riesgo de TCA sean agentes activos de su propio proceso y que aporten a su proceso terapéutico, además de favorecer la expresión de sus sentimientos y opiniones de manera que el terapeuta pueda tenerlos en cuenta para guiar su intervención. Reconociendo que la persona es un ser espiritual capaz de escoger e involucrarse en ocupaciones significativas, que actúa de manera activa durante su proceso terapéutico. Los valores, creencias, las consideraciones sobre la persona, el medio ambiente, la salud y sobre la práctica centrada en el cliente que permite intervenir el modelo, son estrategias que facilitan la intervención de factores de riesgo psicosociales y los contextos de las personas con TCA. De los valores se destaca las premisas de: La ocupación da significado a la vida, Es un determinante de la salud y el bienestar, Organiza el comportamiento, Cambia a través de la vida, Da forma y es moldeada por el medio ambiente y Posee valor terapéutico; por un lado, sobre la persona: Los seres humanos somos seres ocupacionales, Cada persona es única, Posee dignidad intrínseca, Puede tomar sus decisiones en la vida, Posee la capacidad de autodeterminación, Posee la habilidad para participar en las ocupaciones, Posee potencial de cambio, Son seres sociales y espirituales y Moldean y son moldeados por el medio ambiente.
- **Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (79) (80) (81):** Los ambientes generan una influencia importante en el desarrollo de las personas en riesgo de TCA. Según la perspectiva ecológica el “ambiente ecológico” es un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, y cada uno de estos contiene al otro; en estos niveles se desenvuelve el ser humano desde el momento de su nacimiento. En otras palabras, el “ambiente ecológico” es la *ecología del medio social* que es “[...] un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas. Estos niveles son: el Microsistema que incluye el ambiente familiar inmediato y personas ajenas (como familia adoptiva, amigos, vecinos, maestros, entre otros); el Mesosistema que son los ambientes donde la persona se desenvuelve y actúa y ambos sistemas tienen relación uno con el otro por medio del sujeto (por ejemplo: la relación familia – escuela); el Exosistema que son las interconexiones entre los ambientes en que la persona no participa donde se generan hechos, situaciones o decisiones que afectan de forma directa al sujeto (por ejemplo: el sistema de salud); y el Macrosistema que comprende lo que se encuentra más allá del ambiente inmediato con el que interactúa la persona, es decir, una cultura (por ejemplo: los medios de comunicación). Por lo tanto, se debe considerar a los adolescentes como sujetos en progresiva acomodación a sus contextos inmediatos, contextos que a su vez son cambiantes, además, las

relaciones establecidas en estos contextos pueden generar influencia tanto en el contexto como en el sujeto. El considerar las posibles necesidades del usuario y de sus contextos cercanos y el intervenir de manera directa sobre estos favorece el ajuste de la persona a su situación de riesgo.

- **Marco de referencia Psicosocial (82):** Siendo los principales factores abordados por los programas los psicosociales, puesto que, las personas en riesgo de anorexia y bulimia nerviosa presentan dificultades en sus habilidades sociales y en su desempeño social en general, este marco resulta útil para la intervención de dichas habilidades. Este marco de referencia se encuentra basado en la teoría y modelo psicosocial de Anne Mosey en 1986, el cual distingue las habilidades interpersonales e intrapersonales para cumplir con las demandas de un contexto social, el objetivo de este marco es lograr que la persona se integre en su entorno logrando actuar de manera adecuada gracias a sus habilidades y ser competente respondiendo ante las demandas del contexto. Para este marco el logro psicosocial se da en la medida que los componentes de actuación sean funcionales, dichos componentes son: integración sensitiva, funciones cognitivas, funciones psicosociales e interacciones sociales.
- **Marco de referencia de Adaptación Ocupacional (44):** Se identifica que las personas con anorexia y bulimia presentan un comportamiento desadaptativo que afecta su desempeño ocupacional, por lo cual, con este marco se pretende que las personas con trastornos alimentarios generen, evalúen e integren unas respuestas adaptativas que les permita desenvolverse en su ambiente ocupacional. La adaptación ocupacional es un proceso de adaptación entre la persona (que posee sistemas psicosociales, sensitivo motor y cognitivo) y su ambiente ocupacional (funciones laboral, lúdica-recreativas y de auto mantenimiento) a través de la ocupación.
- **Marco de referencia Psicodinámico o Analítico (83):** Este marco plantea que a partir del psicoanálisis se puede lograr que la persona perciba y comprenda los contenidos y motivaciones de su problemática; con ayuda del establecimiento de una buena relación entre el analista y el analizado. La persona expresa sentimientos, emociones, sucesos, sueños o fantasías que reprimen o tienen olvidadas. De acuerdo al análisis crítico frente al ideal de delgadez, el cual se pretende en la mayoría de las intervenciones de los programas preventivos de TCA, se puede lograr a partir del psicoanálisis la identificación de aspectos de la vida familiar y personal de los sujetos que los pone en riesgo de padecer una patología alimentaria; este reconocimiento no debe ser solo por parte del terapeuta sino también por los sujetos, para que se concienticen de la gravedad de llegar a un TCA y de esta forma se frene el desarrollo de una patología.

Se establecen unos niveles de actuación del Terapeuta Ocupacional:

- 1) **Nivel objetual:** técnicas y actividades significativas con diferente tipo de materiales para actuar al nivel del YO en las personas.
- 2) **Nivel dialogal:** mediante el dialogo, la relación terapéutica y la escucha se abordan comportamientos de resistencia frente a la intervención.

Estos dos niveles se relacionan con las actividades que se plantean en los programas revisados, porque la gran mayoría busca generar un análisis crítico a partir del debate, la discusión o la realización de actividades como juegos de roles y dramatizados para enfrentar o redefinir los conceptos y pensamientos que se tienen frente a los estereotipos de la belleza en la sociedad.

- **Marco de referencia Humanista (84) (85):** La insatisfacción con la imagen corporal es el principal factor de riesgo que afecta a los adolescentes, por tanto, este marco al considerar que la imagen o autoconcepto se desarrolla por la interacción de la persona con su entorno y otras personas, facilita el reconocimiento de sus propias potencialidades y la adquisición de valores para su autorrealización a través de la promoción del cambio de percepciones; esto también, aumenta la autoestima y disminuye las conductas defensivas para poder abrirse a nuevas experiencias.
- **Marco de referencia Ecología del Desempeño Humano (44):** Para los adolescentes el contexto es central en el proceso de desarrollo de sus destrezas a través de las interacciones con aspectos del ambiente. Este marco permite establecer o restaurar las capacidades de las personas en riesgo de presentar TCA, para que logren desempeñarse en sus contextos, esto por medio de adaptación de su contexto o tareas reales, previendo así la aparición de problemas en su desempeño ocupacional.
- **Marco de referencia Conductual y Cognitivo – Conductual (86) (87):** En los resultados obtenidos se encontró que los programas de prevención en donde se usaron técnicas cognitivo conductuales no obtuvieron los resultados esperados porque fueron limitados y poco significativos para los sujetos. El abordaje terapéutico a partir de estos marcos de referencia se centra en los problemas del comportamiento y no en los conflictos primarios, por lo que se aplican técnicas para la modificación de conductas, a partir de la premisa de que si los comportamientos son aprendidos, las conductas no deseadas pueden desaprenderse y sustituirse por el reaprendizaje de conductas deseadas. La meta del tratamiento es desarrollar una nueva estructura o modificar la estructura existente haciéndola más adaptable. Los resultados negativos pueden estar relacionados con el hecho de los marcos sugieren un comportamiento adaptado por parte de los sujetos, empleando estrategias como el castigo y la

recompensa, sin embargo, aunque puede tener resultado en algunas personas, lo mejor es emplear otras estrategias que le permitan a los integrantes del programa preventivo ser conscientes por ellos mismo de su comportamiento y de esta forma corregirlo, para que los resultados permanezcan en el tiempo. Además los facilitadores deben reconocer aspectos significativos en las vidas de los participantes para desarrollar actividades significativas que impacten y se obtengan los resultados esperados.

La técnica más usada por su eficacia es la Disonancia Cognitiva; ésta técnica fue desarrollada por el psicólogo León Festinger en 1957 y trata de explicar cómo las personas intentan mantener una consistencia interna, es decir, nos explica que las personas tienen una necesidad intrínseca de buscar coherencia entre sus creencias, pensamientos y actitudes. Cuando hay una contradicción entre alguno de estos componentes y entran en conflicto se produce una tensión en la persona, la cual busca aliviarla ya sea modificando su pensamiento o comportamiento acorde a la decisión tomada (49, 50, 51, 52, 53, 57, 58). Según Rodríguez (88) un ejemplo claro de disonancia cognitiva se encuentra en el tabaquismo, la persona tiene conocimiento sobre los daños que el tabaco le ocasiona al cuerpo e incluso que puede ocasionar la muerte, las campañas y publicidad en contra del tabaco aumentan la tensión en la persona, la cual busca argumentos que justifiquen su comportamiento como “fumo poco”, “a mí no me va a suceder”, “lo voy a dejar pronto”, “de algo moriré”, etc., estos argumentos hacen que la disonancia disminuya, pero para que desaparezca la persona debe poder eliminar la contradicción de manera permanente y esto solo es posible cuando el deseo de la persona por eliminar la contradicción y sentirse en armonía supera su deseo de fumar (88). Esta teoría es ampliamente utilizada en el campo terapéutico ya que ayuda a las personas a abandonar una creencia muy limitante y que pueda acoger nuevas perspectivas; según sus postulados resulta ideal para los trastornos alimentarios ya que permite llevar a un punto de tensión a las personas al usar la disonancia que posteriormente permita cambiar pensamientos y actitudes frente a la alimentación, el propio cuerpo y los ideales de belleza. Bajo ésta teoría se pueden desarrollar otras técnicas como el juego de roles, esta técnica consiste en representar situaciones de la vida real, la cual resulta útil para el entrenamiento en actividades de la vida diaria, habilidades sociales y en la exploración de patrones y pensamientos erróneos, los cuales se encuentran afectados en los trastornos alimentarios (49, 50, 51, 52, 53, 57, 58).

Además de la disonancia cognitiva, otra técnica que es utilizada por varios programas de prevención exitosos es la Alfabetización Mediática; según Fedorov (2011) aporta al conocimiento de las personas sobre los medios de comunicación y su funcionamiento en la vida cotidiana y en la sociedad, este conocimiento permite a las personas analizar, reflexionar de manera crítica, interpretar los mensajes ofrecidos por los medios, elaborar sus propios contenidos, identificar las fuentes, los intereses políticos, comerciales, sociales y/o culturales (89). Este conocimiento resulta útil para promover en las personas habilidades que le permitan analizar y

criticar los mensajes que emiten los medios de comunicación sobre el ideal de belleza y las formas corporales ideales, al comprender este funcionamiento y la manera en cómo operan se podrá disminuir las influencias de los medios en los pensamientos y creencias sobre la belleza y el género (49). Dentro de ésta técnica resulta común los sociodramas, mesas redondas, cine foros, debates, análisis de revistas de moda, e incluso se puede crear una revista propia que fomente la aceptación de la diferentes formas corporales y las diversas bellezas, ésta última actividad es realizada por el programa de Scime y Cook (60) el cual presenta resultados favorables con el uso de esta técnica.

Desde terapia ocupacional se plantean unos medios de intervención que pueden establecerse como pautas para la intervención, uno de ellos es la actividad con propósito, para la intervención en anorexia y bulimia nerviosa se debe planear y estructurar actividades con objetivos enfocados a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores, dichas actividades deben estar fundamentadas en marcos, modelos y poseer unas técnicas acorde a esto. El terapeuta debe poseer unas habilidades de empatía, respeto, escucha y objetividad, esto permite que las personas se sientan cómodas y seguras al expresar sus pensamientos frente al terapeuta, facilitando de esta manera el progreso de la intervención y logrando comprometer a las personas con su ocupación. El contexto de la persona con trastorno alimentario se tiene que de igual manera intervenir debido a los problemas que comienzan a surgir conforme avanza la enfermedad, además el contexto familiar es de los primeros que comienzan a notar cambios en las conductas alimentarias, lo cual implica un trabajo con las familias de las personas involucradas para que apoyen el proceso de intervención. Finalmente el proceso de enseñanza-aprendizaje se debe utilizar como técnica para promover en las personas el bienestar y cuidado de su salud y cuerpo, es un proceso donde el terapeuta es un guía en el aprendizaje de las personas para disminuir o erradicar los pensamientos y actitudes dañinas frente a la comida y el cuerpo (78, 86).

12.2.2. PROCESO DE CONVOCATORIA Y EVALUACIÓN INICIAL

Para convocar a la población participante en el programa de prevención en trastornos alimentarios, pueden utilizarse estrategias como diseñar y entregar en colegios y universidades folletos, volantes, enviar correos electrónicos con mensaje de invitación a participar, donde se informe sobre el programa y sus beneficios. No obstante algunos autores plantean que es necesario realizar una caracterización inicial de la población participante para definir qué factores de riesgo están presentes y desde ahí desarrollar las diferentes intervenciones. Esto es un aspecto importante en la disciplina de terapia ocupacional, porque al abordar un sujeto es necesario reconocer características en cuanto lo social, físico, mental y cognitivo para definir hacia que factor debe orientarse la intervención, qué objetivos se trabajaran y que actividades se planearan (49, 50, 51).

De acuerdo a los resultados obtenidos se determina que la mejor opción para un programa es la prevención selectiva dirigida a grupos de riesgo, en este caso a preadolescentes y adolescentes en los que se identifican factores de riesgo para los TCA. La evaluación inicial tiene una doble función dentro del desarrollo del programa: la primera es conocer, en términos descriptivos, las características del grupo al inicio. Este conocimiento facilita de forma notable una adaptación del programa a la situación, los conocimientos, las actitudes, las creencias y las conductas relacionadas con los factores de riesgo y protección que se dan en los sujetos. La segunda función es establecer una línea base de comparación entre el antes y el después del programa, que permita analizar su efectividad en cada uno de las áreas que trata y de forma general, en la reducción del nivel de riesgo personal y grupal (90).

En relación con la evaluación inicial, es necesario implementarla en el proceso, porque permite identificar si la población se encuentra o no en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario; la determinación de estos datos puede articularse con el tipo de prevención desde el enfoque del programa. Según los resultados la herramienta de evaluación más utilizada en los programas fue el Eating Attitudes Test (EAT) (10 artículos), sin embargo, solo evalúa anorexia nerviosa; al contrario, la herramienta Eating Disorder Inventory (EDI) (4 artículos), que pretende medir características psicológicas y sintomatología asociadas a la anorexia y bulimia nerviosa, puede utilizarse para abordar ambas patologías alimentarias, está actualmente posee una nueva versión EDI-2 con 91 ítems y 11 escalas, las 8 principales son la obsesión por las delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptivo y miedo a la madurez y 3 escalas adicionales de ascetismo, impulsividad e inseguridad social (91). Otro instrumento que podría emplearse es el Cuestionario de las actitudes socioculturales sobre la apariencia (SATAQ-3), usado en varios de los programas revisados (mencionado en 5 artículos) con el cual se pretende medir las presiones sociales y la interiorización del ideal de belleza; este consta de 30 ítems que evalúan la interiorización general (las influencias generales de los medios como la televisión, las revistas y las películas), la interiorización atleta (interiorización de modelos atléticos y deportivos), la información (se evalúa la importancia que se le da a la información sobre la apariencia procedente de los medios) y finalmente las presiones (los sentimientos subjetivos sobre las presiones ejercidas por los medios sobre la imagen y el cuerpo) (92). Estas herramientas de evaluación son estandarizadas y aplicadas por muchos profesionales en sus procesos de evaluación; estos instrumentos resultan adecuados para identificar y discriminar aquellas personas que presenten pensamientos o actitudes sobre sí mismos que sean factores de riesgo tales como la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso, impulsividad, entre otras, pero también se pretende incorporar una análisis respecto a la influencia del contexto sociocultural de la persona al indagar en aspectos como la presión social y el ideal de delgadez (49, 50, 51). En Terapia Ocupacional los profesionales hacen uso de diferentes herramientas evaluativas estandarizadas que permiten reconocer en la persona

aspectos físicos, psicosociales y cognitivos; de acuerdo a las necesidades de intervención identificadas en ciertos sujetos o cierta población, además de tener en cuenta el ciclo vital de los sujetos. Por lo tanto los profesionales de esta disciplina pueden capacitarse en el uso de las herramientas descriptas anteriormente o hacer uso de las bases teóricas y herramientas propias de la profesión; que pueden aplicarse en los programas preventivos y que dan cuenta de hábitos, rutinas y roles alterados que están impidiendo que los sujetos cumplan con responsabilidades y ocupaciones en las actividades de la vida diaria, en las actividades educativas o de trabajo y las actividades de ocio y tiempo libre.

Los factores de riesgo más abordados en los programas son la insatisfacción con la imagen corporal y dieta restrictiva / restricción calórica, seguido de internalización del ideal de delgadez (artículos originales), influencias socioculturales y síntomas de trastornos de la alimentación (artículos de revisión). Esto concuerda con los estudios que concluyen que en el sexo femenino el factor de riesgo que más ocasiona alteraciones es la insatisfacción con la imagen corporal (Stice, Shaw y Marti; 2007) (50) y en el sexo masculino son insatisfacción con la imagen corporal, el abuso de esteroides, ejercicio excesivo y moldeamiento corporal (Yager y O’dea, 2008; Stice, Butryn, Rohde, Shaw y Marti, 2013) (57) (59). Estos datos coinciden con el principal factor intervenido, pues en ambos sexos la insatisfacción con la imagen corporal es un desencadenante de TCA y de factores como actitudes distorsionadas a la alimentación, control de peso, culto al cuerpo, índice de masa corporal, internalización del ideal de delgadez, dieta restrictiva / restricción calórica y nutrición poco saludable, por lo tanto, los programas de prevención deben enfocarse en la aceptación del cuerpo (Stice, Shaw y Marti, 2007) (50), a través del fomento de la imagen corporal saludable, lo que puede contribuir a la disminución de este factor (González, et al, 2011) (66) y a su vez en la dieta restrictiva / restricción calórica y la internalización del ideal de delgadez. Por otro lado, estudios (Espinoza, et al, 2010; Neumark-Sztainer, et al, 2006; Jackson y Chen, 2007) señalan que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y está relacionada con el inicio de la pubertad en las niñas, posiblemente como resultado de la dinámica de la ganancia de peso característica de esta fase para las mujeres. La insatisfacción corporal está presente entre un 25% a un 81% de las adolescentes y en un 16% a un 55% de los niños, también contribuye con la presencia de diversas condiciones físicas y psicológicas. Además la baja satisfacción corporal en adolescentes motiva la realización de dieta y sentimientos como el fracaso por no alcanzar la reducción ponderal (73).

Sobre la dieta restrictiva / restricción calórica, para alcanzar la apariencia ideal, los adolescentes utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, como el ayuno, vómitos auto-infligidos, uso de laxantes y diuréticos, porque creen que les ofrecerá beneficios físicos y psicosociales. Sin embargo, al parecer la dieta restrictiva es una de las estrategias más manejadas, al punto de ser parte de la cultura en la actualidad y considerada una estrategia efectiva para lograr el cuerpo delgado esperado. Contrario a esta creencia, los estudios longitudinales indican que

la dieta restrictiva mantiene el riesgo de problemas de salud relacionados con la apariencia física, es decir, aumento de peso, atracones, bulimia, depresión y baja autoestima en los adolescentes (73). Neumark, et al (73) descubrieron que el 55,4% de las niñas y 24,8% de los niños, informaron realizar dieta, adoptando hábitos alimenticios inadecuados. Estando el ayuno presente en el 23% de adolescentes, con las puntuaciones más altas en restricción dietética y el ayuno prolongado el más frecuente.

En el estudio realizado por Guadarrama y Mendoza (71) al realizar la comparación por sexo observaron que, en lo referente a la anorexia, los factores de motivación para adelgazar y presión social percibida, fueron las mujeres quienes expresaron mayor sintomatología. Mientras Portela de Santana, et al (73) expone en su investigación que el deseo de estar delgado, la insatisfacción corporal, la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal resultaron significativamente más bajos en los niños que en las niñas; y las altas estimativas de heredabilidad del índice de masa corporal (IMC) fueron superiores a lo normal, con una similitud entre ambos sexos, siendo en las mujeres 80% y en los hombres un 76%. En el inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisogonadal, esta fase se distingue por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, y el crecimiento lineal acelerado, el aumento de peso y el desarrollo de la identidad (el deseo de aprender y desarrollarse). Las hormonas esteroideas influyen en la psicología de las conductas alimentarias, la ansiedad, los rasgos psicológicos y cambios físicos (73). De ahí que los factores psicosociales de baja autoestima, alto nivel de autoexigencia o autocrítica y preocupación por el peso en los artículos originales, representan una cantidad significativa (respectivamente 7, 5 y 3 artículos) en los procesos de intervención de los programas, al contrario, en los artículos de revisión solo 1 artículo los referencia como factores significativos. Según Portela de Santana, et al (73) citando a Bearman, et al, la nueva estructura corporal en las niñas es opuesta a lo definido como ideal de belleza para las mujeres, lo cual, las expone a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, contribuyendo a la baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal.

Otro factor de riesgo incluido en los programas revisados es el índice de masa corporal (IMC), la menarquia temprana y el riesgo de aparición de la obesidad, que hacen parte del grupo de factores de condición de salud. Para Rosenfield, et al (73) estos factores están relacionados, según los resultados de su estudio las niñas con sobrepeso, en comparación con aquellas con un IMC adecuado, tuvieron una prevalencia de madurez sexual a temprana edad y aparición de la menarquia a una edad más precoz. En el caso de la obesidad, esta es un problema significativo en la infancia y adolescencia; las influencias socioculturales y el ideal de belleza promueven la valoración de la apariencia, pudiendo generar en los adolescentes, en especial, en quienes presentan obesidad, una mayor insatisfacción con la imagen corporal y el riesgo de adquirir comportamientos alimentarios negativos. Es destacable que el sobrepeso y la obesidad y preocupación por el tono muscular

tienen mayor frecuencia de presentarla los hombres, mientras la insatisfacción con la imagen corporal y nutrición poco saludable en las mujeres. Por tanto, la obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de trastornos alimenticios, actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados para la pérdida de peso, ser víctima de “críticas/burlas” por la familia y/o sus compañeros, ansiedad y depresión, que a su vez, también son factores de riesgo de TCA (73).

Entre las influencias socioculturales se encuentran los medios de comunicación. En los artículos originales 7 intervenían este factor y 2 en los artículos de revisión, además, de pertenecer al grupo de factores del contexto; estos influyen en la salud de las persona porque contribuyen con la aparición de comportamientos alimentarios inadecuados. Se considera que las influencias socioculturales son el predictor fundamental en ambos sexos para las conductas de búsqueda del ideal de delgadez (Mora, et al; 2015) (49). La insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales; los resultados revelan que, sobre todo la familia despliega una fuerte influencia en los inicios de la adolescencia, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación en la adolescencia intermedia y finales de esta etapa. En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza promovido en los contextos sociales, económicos y culturales por medio de los medios de comunicación estipulan la figura de la “delgadez del cuerpo” para ambos sexos en la preadolescencia y adolescencia, además de estigmatizar la obesidad. Esto mostrando mensajes que exhiben que ser delgado es hermoso, e impulsando la utilización de estrategias para lograr el nivel de belleza instituido. Desde edades tempranas, los niños y niñas que están en proceso de desarrollo de la imagen corporal, son estimulados por informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones bastante desfavorables en este proceso de formación (73).

Por su parte, el grupo de factores más intervenido es el Psicosocial con 75% en artículos originales y 72% en artículos de revisión. La anorexia y bulimia son consideradas “nerviosas” porque son resultado de un malestar mental (Jáuregui, 2006), aunque también como resultado de la cultura moderna, donde los estándares de delgadez extrema son norma y se exponen como sinónimo de éxito, aceptación y logro (71). Las habilidades de afrontamiento son una estrategia de intervención que puede implementarse en estos factores, en especial en los de baja autoestima, alto nivel de autoexigencia o autocrítica y el estrés (Sjostrom y Steiner, 2005) (54). En la pubertad, las hormonas sexuales promueven el cambio de organización de los rasgos psicológicos y de comportamiento, fomentando acciones que afectan el estado de ánimo y la conducta alimentaria, en específico, si la persona es de maduración temprana, lo que puede favorecer la aparición de TCA. Asimismo, la adolescencia es la etapa en que se desarrolla la identidad y un gran número de cambios físicos, que unidos a las aspiraciones de ser aceptados, pueden originar procesos de comparación con otras personas. Entre los problemas comunes de la adolescencia esta la baja autoestima, la cual se asocia con la imagen negativa del cuerpo, la insatisfacción con la imagen corporal y la comparación de su cuerpo con

el de otros (73). Los factores psicosociales inciden en la aparición de los factores de riesgo del contexto (familiar, académico, laboral, etc.), un ejemplo es la depresión, donde surgen conductas negativas como la pérdida de roles, hábitos no saludables e incumplir responsabilidades, al tiempo que estos comportamientos son consecuencia de las influencias socioculturales (Yager O'dea, 2008) (59) (71).

Los programas que obtienen resultados exitosos producen una reducción de los factores de riesgo y en consecuencia beneficia la actitud de la persona permitiéndole adquirir hábitos saludables para controlar el peso (Rodríguez, Marchand, Ng y Stice, 2008) (55). Los síntomas de los trastornos alimenticios deben considerarse para el diseño e implementación de los programas, sin embargo, estos no deben incluirse como tema en las actividades de intervención porque ocasionan el desarrollo de conductas alimentarias desordenadas, y por tanto, generan el progreso de los TCA; en cambio, el marco de trabajo puede centrarse en los factores de riesgo (Díaz, 2005; Pineda y Gómez, 2006) (19) (65).

12.2.3. CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La Encuesta Nacional de Salud Mental (93) plantea que las mujeres tienen más conductas de dieta (3,2 %) que los varones (1,9 %), expresan mayor malestar con el acto de comer que ellos (2,6 % vs. 2 %), pero son similares las conductas que sugieren atracones de alimentación (5,9 % vs. 5,6 %). Sin embargo, resulta llamativo que las cifras por género no distan tanto entre sí, sugiriendo que el riesgo para TCA es alto tanto en mujeres como en hombres aunque estos últimos consulten menos. Los datos epidemiológicos de TCA en hombres son escasos, porque la mayoría de estudios son realizados con población femenina; muestra de ello fue la consideración durante mucho tiempo de que la amenorrea es el principal criterio diagnóstico de estas patologías (Salas, Hodgson, Figueroa y Urrejola, 2011). Los TCA afectan entre 90% y 95% de los casos a mujeres y sólo 5% a hombres; mientras la prevalencia de AN y BN difiere de acuerdo al sexo (Behar, Alviña, González y Rivera, 2007); siendo más representativa la AN en mujeres (0,1-2%) que en hombres (0,1-0,9%) y en cuanto a la BN las cifras muestran en mujeres (0,9-4%) y en hombres (0,1-2%) (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010; Negrete, 2015) (73). Los artículos consultados reafirman este planteamiento, la mayoría de programas se orientan a población femenina (60% en artículos originales y 5 artículos de revisión), sin embargo, un 40% se enfocaban en la población masculina. Hasta el momento las publicaciones de experiencias de programas de prevención donde se aborde sólo la población masculina, no se han presentado, aunque autores como Stice, et al (57), consideran que esta población también está en riesgo, por lo tanto, los programas deben orientarse también al sexo masculino, que es una población donde se ha ido incrementando la prevalencia de patologías alimentarias, específicamente en la anorexia y bulimia nerviosa. Autores como Zamora, et al (94) en su investigación sobre antecedentes personales y familiares de la conducta alimentaria, exponen varias ideas considerando que en la

población de sexo femenino está presente un importante factor de riesgo, el “modelo estético corporal delgado” que contiene otros diferentes factores que están predominando en la sociedad y que se transmiten a los jóvenes a través de los medios de comunicación tales como: modas del vestir, progresiva exhibición del cuerpo, empresas dedicadas a la elaboración de productos y servicios para adelgazar, la publicidad consiguiente, la existencia de personajes famosos mostrando su delgadez corporal, el rechazo psicosocial al sobrepeso (confundiéndose con obesidad), la influencia de los medios de comunicación de masa y sobre todo los cambios sobrevenidos en el papel e imagen social de la mujer. Si bien hay diferentes opiniones referentes hacia el sexo de la población a la que va orientado un programa de prevención por determinados factores de riesgo presentes o por ser el sexo que más consulta; es necesario considerar que a pesar de esto los profesionales deben estar capacitados para intervenir en población tanto femenina como masculina, acogiendo esta como un conjunto, no aislando una de la otra (94).

Los artículos estudiados no determinan la cantidad de participantes que debe integrar un programa de prevención de los TCA, pero si se evidencia que el 65% de estos artículos en sus programas estudiados, contienen un rango de 1 - 500 participantes, esto correspondía a grupos pequeños de no más de 10 participantes o grupos grandes de hasta 400 o 500 participantes. No obstante, se encontraron macroprogramas de prevención de lo TCA, que intervinieron en hasta 2,000 participantes. Aunque los grupos eran numerosos, la intervención la realizan con subgrupos de participantes que se encuentran en un mismo contexto o en contextos diferentes. Los subgrupos son un elemento importante en los programas preventivos, porque de esta forma se pueden agrupar participantes que tengan características en común, además la intervención es más efectiva cuando el grupo no es tan numeroso, abarcando las particularidades de los sujetos a los que va dirigido el programa (20, 51, 52, 53, 54).

El 70% de programas de artículos originales y 3 de 5 artículos de revisión se realizaron en población preadolescente; mientras en la adolescente, el 40% de artículos originales y todos los artículos de revisión se aplicaron en este ciclo vital; ambos se encuentran en un rango de edad comprendida entre los 12 y los 20 años. Esto se deriva de los planteamientos de que la etapa de adolescencia es la de mayor riesgo para desarrollar un TCA, derivado de los cambios físicos, cognitivos, emocional y social que pueden producir estrés, poniendo a prueba los recursos que tienen los jóvenes (Aubalat y Quiles, 2012) (95). La adolescencia es una etapa donde se presenta el desafío de luchar constantemente con los estereotipos para poder encajar en el ideal de belleza impuesto por la sociedad, además de estar influenciados por antecedentes familiares y personales que pueden brindar indicios del riesgo de patología alimentaria; Minuchin y Palazolli plantean como reconocer las familias de personas con anorexia; estas son unidas en demasía, presentando alianzas secretas entre sus miembros, el hijo no tiene energía para una vida propia, son personas sin identificación; en tanto la familia de las personas con bulimia son

conflictivas y desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros (94). Esto permite definir la importancia para los programas de prevención primaria en TCA, de reconocer antecedentes que puedan ayudar a detectar población en riesgo. La tercera parte de la población que presenta TCA en la adolescencia y juventud ha comenzado con trastornos de la conducta alimentaria y del peso corporal desde el primer año de vida, siendo importante revisar y estudiar con profundidad en qué momentos del ciclo vital es oportuno implementar un programa de prevención (Zamora, et al, 2002) (94). Existen planteamientos de autores que difieren en cuál es el ciclo vital al que van orientados los programas preventivos, aunque la mayoría exponen que es hacia la población preadolescente y adolescente; no sé pueden dejar de lado los otros ciclos vitales sin embargo de acuerdo a las características de los programas preventivos, es en la población adolescente donde están presentes los factores de riesgo y es por lo tanto el momento en el que obtiene resultados la prevención; porque en edades más avanzadas se encuentra en mayor medida instaurada la patología alimentaria (57, 58, 59).

El contexto en que se efectuó el mayor porcentaje de programas es en la escuela secundaria o de nivel medio (62% en los artículos originales y 50% en los artículos de revisión); el segundo contexto de intervención son las escuelas de nivel superior / universidad (10% en artículos originales y 30% en artículos de revisión). Esto se relaciona con el hecho de que el mayor porcentaje de programas se realizaron en población preadolescente y adolescente; los cuales son grupos de edad que se encuentran por ejemplo en la escuela (Borda, et al; 2009) (68), siendo estos el mejor contexto donde se puede convocar los participantes (Ciao, Loth, y Neumark; 2015) (58) pudiéndose trabajar de forma más directa en este tipo de población (Yager y O’dea; 2008) (59). La escuela y los amigos contribuyen al desarrollo y ajuste de los adolescentes. Cerca de la tercera parte de su tiempo lo viven en el contexto escolar, esto implica una convivencia larga con sus pares y profesores, estos deben facilitar oportunidades para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales, además de la vivencia de relaciones positivas y desarrollo de conductas adaptativas. El adolescente aporta de forma positiva a su propio desarrollo y está implicado en un proceso de negociación con sus padres, con el propósito de mantener un mayor control de su propia vida. Por otra parte, los recursos que posee el adolescente son el apoyo le proporciona su red social (Musitu y Cava, 2003) (96). Los programas preventivos de los TCA deben abordar los contextos donde se encuentren en mayor medida los preadolescentes y adolescentes; por lo tanto el contexto donde se encuentra la población en riesgo y más vulnerable a presentar una patología alimentaria es el contexto escolar o cualquier otro grupo extracurricular donde tengan participación los sujetos que están en este ciclo vital.

12.2.4. PROCESO DE INTERVENCIÓN

La mayoría de programas revisados tienen sesiones con un tiempo de duración entre 45 minutos y 1 hora y media, acogiéndose a ésta intensidad horaria como pauta para el abordaje en anorexia y bulimia nerviosa, porque 45 minutos podría no ser tiempo suficiente para el tema de formación y las actividades planteadas, así como las intervenciones y preguntas de los participantes, y por otro lado, una sesión de más de 1 hora y media podría resultar contraproducente ya que las personas podrían sentirse fatigadas y cansadas por el extenso tiempo, es por esto que según el tipo de actividad planeada para la sesión, se puede variar entre dicho rango de tiempo (49, 51, 52, 55, 57, 64, 65, 66, 67, 68).

En relación con la cantidad de sesiones, varía desde 3 hasta 32 sesiones, sin embargo autores como Mora, et al (49); y Gómez, et al (62) proponen un intermedio de 5 sesiones, una por cada semana, lo cual se podría establecer como pauta para el abordaje de la anorexia y bulimia nerviosa, puesto que se cuenta con un tiempo suficiente para llevar a cabo las actividades planeadas y el cumplimiento de los objetivos de la intervención para reducir los factores de riesgo.

Se identificó que la intervención aplicada por los profesionales especializados o intervencionistas entrenados (personal de investigación, profesionales de la salud mental o de salud pública) tiene mayor efectividad y calidad (Stice, Shaw y Marti, 2007; González, et al, 2011; Stice, et al, 2013) (57, 50, 63). Aunque los no profesionales o proveedores endógenos (profesores, líderes, consejeros, etc.) también pueden impartir la oferta programática porque interactúan de forma continua con la población intervenida, pero, están condicionados por la necesidad de capacitación y la supervisión de los profesionales (Rodríguez, Marchand, Ng y Stice, 2008; Berger, et al, 2008; Black y Yokum, 2013; Ciao, Loth y Neumark, 2015) (50, 51, 52, 52)

Las actividades aunque varían según su enfoque buscan promover en los participantes el análisis crítico de los medios de comunicación, a través de cartas, debates, juegos de roles, dramatizados y técnicas de comunicación asertiva; todo esto con el objetivo de que los jóvenes logren enfrentar el ideal de belleza impuesto en la sociedad o por la presión de su contexto familiar (18, 50, 52, 54, 55, 59, 64, 66, 67, 68). Los procesos de crecimiento y maduración rápidos, la presión familiar y social por la delgadez, la historia de críticas y burlas por el peso y las dietas restrictivas son factores asociados con el riesgo de aparición de comportamientos de riesgo alimentario y TCA (93); es por esto que la intervención se debe realizar en todas las esferas de la persona donde se identifica un factor de riesgo. Es importante darle al programa un enfoque desde la nutrición, alimentación saludable y el ejercicio; aunque no es pertinente que la intervención se oriente únicamente en este aspecto (18, 50, 52, 54, 55, 59, 64, 66, 67, 68). Calvo, et al (88) en la investigación “Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. Adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional”; consideran que los aspectos emocionales han abierto una vía de esperanza en el tratamiento y

prevención de los pacientes con TCA, ya que incluir intervenciones terapéuticas específicas que ayuden a regular sus emociones podría incrementar la eficacia de los tratamientos actuales. Por el contrario, cuando los aspectos emocionales se ignoran se tiende a realizar tratamientos erróneos con intervenciones excesivamente rígidas y coercitivas que producen resultados, aparentemente beneficiosos de manera temporal, tal como una subida de peso o la eliminación de los “vómitos” (18, 50, 52, 54, 55, 59, 64, 66, 67, 68). Tener conocimiento de que los TCA no solo están relacionados con el deseo de delgadez sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre su salud física y psíquica disminuye la culpa de las pacientes e incrementa su esperanza (88). Por lo tanto, algunas de las actividades que pueden implementarse en un programa de prevención son: expresiones dramáticas donde por medio de una obra de teatro, construcción de la definición del ideal de delgadez entre los participantes, juegos de roles, debates para discutir por ejemplo las preocupaciones por la imagen corporal, ejercicios para la casa sobre un tema específico, yoga, técnicas de respiración, ejercicios de relajación y de visualización (18, 50, 52, 54, 55, 59, 64, 66, 67, 68).

12.2.5. PROCESO DE SEGUIMIENTO

El seguimiento de la población permite reconocer la evolución de los efectos del tratamiento en la reducción de los síntomas y factores de riesgo de TCA (Stice, Black y Yokum; 2013) (53); sin embargo, este proceso no debe ser muy prolongado porque genera una reducción de los efectos (Pineda y Gómez, 2006; Stice, Heather y Marti, 2007) (19) (62), siendo aconsejable un aproximado de seis meses. Los estudios que han evaluado el seguimiento de los usuarios con TCA sugieren que al lograr la remisión de los síntomas y la recuperación nutricional, existe una relación proporcional entre el porcentaje de recaídas y el tiempo total de seguimiento, que comprende entre 2 y 5 años (Keel y Brown, 2010). La programación del seguimiento de estos usuarios por parte de los diferentes profesionales de la salud, debe ser individualizada, considerando las variables que modifican el pronóstico, como la duración de la enfermedad antes de iniciar el tratamiento, la necesidad de manejo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades (Treasure, Claudino, y Zucker, 2010) (72). No hay un establecimiento concreto de cuál debe ser el tiempo para realizar el seguimiento; sin embargo es necesario tener presente que siempre al terminar un programa preventivo se debe realizar un posterior seguimiento para determinar si los resultados obtenidos se mantuvieron o para identificar si vuelven aparecer factores de riesgo y de ser necesario realizar nuevas intervenciones. Este seguimiento también dependerá de las características de la población, porque se pueden tratar grupos más vulnerables que otros, que requerirán de más intervenciones o de un seguimiento más riguroso (20, 50, 58, 63).

13. CONCLUSIONES

- Aunque en los programas de prevención no se encuentran explícita la afectación en las áreas ocupacionales, se evidencian comportamientos y acciones que dan cuenta de cómo los TCA repercuten en áreas y patrones de ejecución de las personas. Las áreas ocupacionales más afectadas son las actividades de la vida diaria porque las personas presentan una alteración en su alimentación o adquieren hábitos como dietas restrictivas o ejercicios excesivos que son factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos; en el área de educación se encuentra un déficit en su desempeño escolar porque debido a la naturaleza del trastorno los adolescentes pierden la motivación por el estudio y no cumplen con sus responsabilidades o por el contrario lo realizan de una forma compulsiva y perfeccionista, y por otro lado las habilidades y destrezas se pueden ver directamente afectadas en cuadros clínicos más graves interfiriendo de igual manera con su desempeño escolar; y finalmente el área de participación social porque las personas tienden aislarse de sus relaciones social para evitar comer o porque hay una ocultación o negación de la enfermedad. En cuanto a los patrones de ejecución se identificó que los más afectados en los TCA corresponden a los hábitos, rutinas y roles; esto se relaciona con los comportamientos descritos en las áreas ocupacionales que llevan a las personas en riesgo de padecer TCA, a comportamientos desadaptativos, rutinas excesivas o restrictivas y conductas de agresión o pasivas.
- Los trastornos alimentarios tienen una influencia negativa en el desempeño ocupacional de las personas, así como en las áreas ocupacionales y los patrones de ejecución. Este desequilibrio ocupacional justifica la importancia de la intervención del terapeuta ocupacional en trastornos de la conducta alimentaria, y aún más, perteneciendo al campo de la salud es deber del terapeuta prestarle atención con el mismo énfasis y fuerza a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que a la habilitación y rehabilitación, de esta manera le permitirá una actuación temprana y oportuna, evitando que la patología se arraigue en las personas y sea un proceso más difícil y extenso para recuperar su equilibrio ocupacional.
- Con la revisión documental realizada, se logra determinar que el Terapeuta Ocupacional puede abordar patologías alimentarias propiamente Anorexia y Bulimia Nerviosa a través de la implementación de programas preventivos. Además, se brindan pautas desde otras disciplinas para orientar la ejecución de este tipo de programas; las intervenciones deben realizarse a partir de los factores de riesgo que pueden ser físicos, psicológicos o socioculturales y los cuales cumplen un papel determinante en la interacción de la persona, el

contexto y la ocupación. Aunque la población puede ser en su mayoría de sexo femenino, es importante incluir a la población de sexo masculino, porque hoy en día se ha incrementado la incidencia de los TCA en este grupo. Teniendo presente que el ciclo vital que mayor participación reporta y que en las investigaciones y ejecución de programas preventivos ha obtenido más resultados positivos, es en la población preadolescente y adolescente; por ser la población que es más vulnerable a factores de riesgo por ideales de belleza que impone la sociedad.

- Existe una gran cantidad de herramientas y técnicas desde otras disciplinas en mayor medida psicología que pueden emplearse desde Terapia Ocupacional para realizar las respectivas evaluaciones que permitan dar cuenta de características particulares de los sujetos o de los grupos vulnerables a padecer un TCA, además de que desde la disciplina de Terapia Ocupacional también existen herramientas que se pueden emplear no solo en el aspecto psicosocial sino también físico y cognitivo; esto es importante para la evaluación de los procesos llevados a cabo por el programa preventivo que den cuenta de si se están logrando los resultados esperados.

14. APORTES Y CONTRIBUCIONES

Los resultados del proceso de revisión de artículos, evidenciaron que actualmente no están establecidas las pautas que guíen la intervención del terapeuta ocupacional para la prevención de los trastornos alimenticios, sin embargo, como se indica en el principio de este estudio, se encontraron guías de manejo a nivel de habilitación y rehabilitación de estas patologías. Esta investigación genera aportes que están puestos en tres puntos: el primero radica en que a través de la revisión documental se aporta a la construcción del conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria, así como la síntesis de la información sobre este tema alrededor del mundo. El segundo es quizá el que brinda mayor enriquecimiento a la profesión de terapia ocupacional, porque al ratificarse la no existencia de un programa de prevención de la conducta alimentaria publicados desde esta disciplina, este estudio permite identificar aquellas pautas que orienten al terapeuta ocupacional para la realización de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Por último, aunque la teoría expone que los factores de riesgo de TCA son diversos y son agrupados en su mayoría en genéticos, del contexto y psicológicos, se identificó que estos también pueden dividirse según el sexo, actividades de la vida diaria (comer y alimentación), patrones de ejecución (hábitos y rutinas), el desarrollo, psicosociales, entre otros; esto facilita el reconocimiento de los componentes de ejecución que afectan los TCA, lo que proporciona lineamientos para el abordaje desde las diferentes estrategias de intervención de Terapia Ocupacional.

15.RECOMENDACIONES

- El campo de Salud Pública tiene un arduo trabajo en la prevención y tratamiento de los TCA, porque la prevalencia de patologías como la anorexia y bulimia nerviosa han aumentado en los últimos tiempos, no solo en la población femenina sino también en la masculina; por lo tanto, es importante diseñar programas de prevención que eviten el desarrollo de los TCA y para esto es necesario un equipo multidisciplinar e interdisciplinar que los estructuren y ejecuten para que su abordaje sea amplio en el ámbito de la salud.
- La familia y docentes son quienes conviven con mayor frecuencia con los adolescentes y en consecuencia influyen en el desarrollo de sus habilidades psicosociales, por esto es necesario involucrarlos en el proceso de intervención. A los profesores como facilitadores de los talleres con la supervisión de los terapeutas ocupacionales y junto a los padres como colaboradores en la construcción del programa, y a su vez como población intervenida.
- El tiempo estimado para el desarrollo de las sesiones de intervención en los programas de prevención puede estar en 45 minutos y 1 hora y media, considerando los temas tratados en la actividad como guía para establecer la intensidad horaria. Según el período de duración del programa pueden realizarse entre 3 y 32 sesiones. Cuando los grupos exceden una cantidad de más de 40 participantes, es pertinente realizar la división en subgrupos con el fin de abordar con éxito la población.
- Las técnicas como Disonancia Cognitiva, Alfabetización Mediática y Actividad con propósito promueven la reducción de los factores de riesgo, cambios en las creencias y perspectivas y aumento de factores protectores en las personas de riesgo. No obstante desde otras disciplinas se pueden consultar técnicas que permitan también dar cuenta de estas características en la población que se está interviniendo.

16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Ninguno de los programas de prevención de trastornos alimenticios se desarrolló desde la disciplina de Terapia Ocupacional.
- De los estudios revisados ninguno se realizó en Colombia, dificultando reconocer el abordaje en este contexto.
- Por las características de los artículos la información de los resultados debió clasificarse en dos grupos (originales y de revisión).
- Los documentos no presentaban de manera explícita las áreas ocupacionales y patrones de ejecución afectadas por los factores de riesgo.
- Las pautas establecidas se construyeron a partir de la revisión documental, siendo necesario ponerlas en práctica en la implementación de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria desde terapia ocupacional y documentarlo, para asegurar su efectividad.

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández, M. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo. [Monografía en internet] México: Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica, Rectoría Institucional (UVM); 2006. [Consultado 11 de Noviembre 2014]. Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp
2. Unikel Santoncini C, Caballero Romo A. Guía Clínicas para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México; 2010. http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf (Consultado en 11 de Noviembre de 2015).
3. Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. [Monografía en Internet]. Bogotá; 2009. [Consultado 12 de Junio 2015]. [325p] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>
4. Cilleros M, Duran M. Programa de intervención sobre imagen corporal en Anorexia Nerviosa desde Terapia Ocupacional. VI Congreso virtual de Psiquiatría. Febrero 2005. España: Universidad de Extremadura. Intersalud; 2005. [Consultado 11 de Noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3550>
5. Insalud. Trastornos del Comportamiento Alimentaria: Criterios de Ordenación de Recursos y actividades. [Monografía en Internet]. Madrid-España; 2000. (90p). [Consultado 1 de Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/2_-_2_-_la_bulimia_nerviosa_y_su_tratamiento_-_terapia_cognitivo_conductual_de_fairburn.pdf
6. Montón C, García J, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, Fernández MC, Tizón J. Detección precoz de los Trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. [Monografía en internet] Grupo de Salud Mental del PAPPS; 2005. (36p) [Consultado 7 de Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/trastornos-conducta.pdf

7. Penabad Franco A. Percepción de la Imagen Corporal y Desempeño Ocupacional en Adolescentes. [Tesis de pregrado]. España: Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. 2013. [Consultada Noviembre 10 de 2014] Disponible en: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/11599/2/PenabadFranco_Alba_TFG_2013.pdf

8. Pérez Bueno L, Andreu A. (eds.). Las Dimensiones de la Autonomía Personal. Perspectivas sobre la Ley 39/2006. Madrid. 2008. https://books.google.com.co/books?id=J84Mz_wVfWIC&pg=PA90&dq=autonomia+personal+terapia+ocupacional&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiCi8iA0ebJAhWGLyYKHVH6AaQQ6AEILjAE#v=onepage&q&f=false (Último acceso Enero 10 de 2016).

9. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [Acceso Diciembre 03 de 2014]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American OccupationalTherapyAsociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

10. Rodríguez, J, Mina, F. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005 [Serie en Internet]. 2008 RCOG. [Consultado el 20 de Noviembre de 2014]; 59 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000300002

11. Berrueta L., Bellido J., Sanz P., Rubio C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista virtual TOG. A Coruña, España 2009 [Serie en Internet] [Consultado el 10 de Octubre de 2015]; 6, (5): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>

12. Valderrama, Cristian y Lara, Paulina. Cuestionamientos sobre el carácter beneficioso para la salud y el bienestar de la ocupación: la emergencia de la ocupación como fenómeno social. Revista virtual TOG. A Coruña, España 2013. [Serie en Internet] [Consultado el 10 de Octubre de 2015]; 10, (18): aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original9.pdf>

13. Concejo de Bogotá D.C. Proyecto de Acuerdo N° 157 de 2006. Bogotá D.C., Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19795>

14. Kielhofner, G. Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional. 3a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
15. Mérida, M. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. Revista Trastornos de la conducta alimentaria. Sevilla, España 2006. [Serie en internet]. [Consultado en Diciembre 4 de 2014]; 4: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/prevencion_primaria_en_trastornos_de_conducta_alimentaria1.pdf
16. Zagalaz, M. L, Romero S., Contreras O. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. OEI-Revista Iberoamericana de Educación. España 2002. [Serie en Internet]. [Consultado en Julio 17 de 2015]; [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>
17. Casado, M. y Helguera, M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Revista Clínica y Salud. 2008 26 de Marzo, 19 (1): 5-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008001100001
18. Góngora, V. Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad. Buenos Aires, Argentina 2009. [Serie en Internet]. [Consultado Julio 28 de 2015]; 10: [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico_16.pdf
19. Gómez-Peresmitré, Gilda, Pineda García, Gisela. Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. Revista Mexicana de Psicología [Internet]. 2006 [cited 5 June 2016]; 23(1):87-95. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646011>
20. Amaya A., Mancilla J., Vásquez R., Franco K. Programas basados en la Internet para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación: una revisión. Revista Psicología y Salud. México D.F., México 2006. [Serie en Internet]. [Consultada 12 de Octubre de 2015]; 20 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Adriana-Amaya-Hernandez.pdf>
21. Cordella P., Lizana P., Urrejola P., Figueroa D., Del Río P., et al. Chile Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento. Revista Médica de Chile. Chile 2006. [Serie en

- Internet]. [Consultada 12 de Octubre de 2015]; 134 (8): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000800005&script=sci_arttext&tlng=pt
- 22.** Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux CP, Espinoza R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica*, Universidad del Valle. Santiago de Cali, Colombia 2008. [Serie en Internet]. [Consultada 10 de Octubre de 2015]; 38 (4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/518/965>
- 23.** Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata. [Monografía en Internet]. Nueva York, EEUU: División de Comunicaciones, UNICEF; 2009. [Consultada 8 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
- 24.** Ministerio de Salud de Chile. Diagnósticos Regionales con enfoque DSS. Glosario de términos técnicos [Monografía en Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2011 [Consultado: 28 Julio, 2015]. [6 p.]. Disponible en: <http://www.diagnosticoregional.cl/wp-content/uploads/2011/08/glosario-final.pdf>
- 25.** Echeverri O. 5to Foro sobre atención primaria de la salud, APS: una nueva oportunidad [Monografía en Internet]. Santiago de Cali, Colombia: Facultad de Salud Universidad del Valle; 2011 [Consultado: 28 Julio, 2015]. [17 p.]. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
- 26.** Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH). Salud Mental en la Atención Primaria: Mejorando los tratamientos y promoviendo la Salud Mental [Monografía en Internet]. Diversity Health Institute; 2009 [Consultado: 28 julio, 2015]. [48 p.]. Disponible en: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>
- 27.** Ley de Salud Mental. Ley 1616 de 21 enero de 2013. Boletín de Prensa No 016 de 2013. (21-01-13)
- 28.** Soldado, M. Prevención Primaria en trastornos de la conducta alimentaria. [Revista on-line]. 2006 [citado 2014 Diciembre 8]; 4 (335-347). Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2159222.pdf&ei=ylmGVIToJ4KbgwSmyIOYBQ&usg=AFQjCNEpFHpy_fIVCAPdO45mLFb6LXxikg&bvm=bv.81449611,d.eXY

29. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Trastornos del Comportamiento Alimentario criterios de ordenación de recursos y actividades. [Monografía en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. [Consultado: 8 diciembre, 2014]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Trastorno_alimentario.pdf
30. Algar I., Romero D.M. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible? Revista TOG (Acoruña) [artículo en Internet]. 2012 [citado 2014 Diciembre 08]; 9 (16): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>.
31. Rodríguez M., Estrada M, Turón V. & Benítez D. Programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Psiquiatría [revista en línea] 2009 [Acceso Diciembre 14 de 2014]; 13(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/704/679/>
32. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Traducción: BurgTraslations, Inc., Chicago, E.E.U.U., 2014. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B1_tRuTrCqPS2o3Sk1TWXJZMkk/view
33. Kamryn T. Eddy, Ph.D. David J. Dorer, Ph.D. Debra L. Franko, Ph.D. Kavita Tahlilani, B.S. Heather Thompson-Brenner, Ph.D. David B. Herzog, M.D. Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. Am J Psychiatry. 2008; 165(2). <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.07060951> (Consultado en Enero de 2016)
34. Martin Murcia FM. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Libro Manual de Psicología*. Almería. 320-336p. <http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf> (Consultado en Noviembre de 2015).
35. Vaquero Sánchez, M, Solano Pinto, N. Terapia Ocupacional y trastornos de la conducta alimentaria: Situación actual en España. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012. (21 páginas) Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/otros/libroselectiva.pdf>
36. Rivarola MPenna F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]. 2006 [cited 13 August 2016];8(2):61-72. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280205.pdf>

- 37.** Steiger, H., Leung, F. y Thibaut, J. (1993). Prognostic value of pre-treatment social adaptation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 269-276.
- 38.** Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- 39.** Carretero García Anna, Sánchez Planell Luís, Rusiñol Estragués Jordi, Raich Escursell Rosa M.^a, Sánchez Carracedo David. Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud [Internet]*. 2009 [citado 2016 Ago 13]; 20(2): 145-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009002200004&lng=es.
- 40.** Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *TOG (A Coruña) [revista en Internet]*. 2012 [2016 Ago., 13]; 9(15): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
- 41.** Miren Portiño C, Durán Carrillo MP. Terapia Ocupacional en los TCA. En Romero- Ayuso D, Solano- Pinto N. (Directoras). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Universidad de Castilla La Mancha; 2010. p. 149-177.
- 42.** Garriga J. [página de internet] Buenos Aires: Plena Identidad. c23 de junio 2009 [Acceso Diciembre 08 de 2014] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/uso-de-la-ocupacion-como-medio-terapeutico/>
- 43.** Santana, Z. Modelos propios para la práctica de la terapia ocupacional. *Espacio T.O. Venezuela. [Revista electrónica]*; 2009 [consultado 28 agosto 2015] 3. Disponible en: http://espaciotovenezuela.com/pdf_to/modelospropiost.pdf
- 44.** Willard y Spackman; 2005. *Terapia Ocupacional*. Edición 10. Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires, Argentina.
- 45.** Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [Acceso

Diciembre 03 de 2014]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American OccupationalTherapyAsociation (2008). Occupationaltherapypracticeframework: Domain and process (2nd ed.).

46. Zambrano, D. Estrategias instruccionales utilizadas en la planificación por los docentes que laboran en la II etapa de la escuela básica “Carora”. [Sede web] Venezuela: Universidad Yacambú; 2008. [acceso Junio 5 de 2015]. Disponible en: http://www.geocities.ws/dilmaylor/teg/indice_piii.htm
47. Universidad de la República. Metodología de la investigación. Parte 7: Análisis de los Datos [Monografía en Internet]. Uruguay: Facultad de Ciencias Económicas y de Administración; 2008 [citado 28 agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catmetinvcont/material/PPT%20Parte%207%20Analisis%20de%20los%20datos-1.pdf>
48. López, G.; Sánchez, D. & Faquet, J. Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. Revista Mexicana de Trastornos. 2011 25 de Noviembre, 2: 125-147. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200008
49. Mora, Penelo, Gutiérrez, Espinoza, González, y Raich. Assessment of Two School-Based Programs to Prevent Universal Eating Disorders: Media Literacy and Theatre-Based Methodology in Spanish Adolescent Boys and Girls. The Scientific World Journal. 2015; 1-12. Disponible en: <https://doaj.org/article/302f81c4f0234f639badcb1ff73df369>
50. Stice E, Shaw H, Marti C. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. The Annual Review of Clinical Psychology [Internet]. 2007 [cited 1 June 2016];3:207–31. Available from: <http://www.annualreviews.org.bd.univalle.edu.co/doi/pdf/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
51. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Maquetación: Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción de la Salud. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Junio, 2014. Disponible en: <https://imagenysalud14.wordpress.com/>
52. Berger, U.; Sowa, M.; Bormann, B.; Brix, C. & Strauss, B. Primary Prevention of Eating Disorders: Characteristics of Effective Programmes and How to Bring

- Them to Broader Dissemination. *European Eating Disorders Review*. 2008; 16: 173–183. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240127>
53. Stice E, Black Becker C, Yokum S. Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *NIH Public Access*. 2013; 46(5):478-485.
 54. Sjostrom I, Steiner C, Edd A. Full of Ourselves: A Wellness Program to Advance Girl Power, Health & Leadership. An Eating Disorders Prevention Program That Works. *Society for nutrition education*. 2005; 141-144. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246283>
 55. Rodríguez R, Marchand E, Ng J, Stice E. Effects of a Cognitive Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program Are Similar for Asian American, Hispanic, and White Participants. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41(7):618-625. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528871>
 56. Stice E, Marti N, Shaw H, O'Neil K. General and Program-Specific Moderators of Two Eating Disorder Prevention Programs. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2008 [cited 5 June 2016]; 41(7):611–617. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com.bd.univalle.edu.co/doi/10.1002/eat.20524/epdf>
 57. Stice E, Butryn M, Rohde P, Shaw H, Marti C. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Elsevier*. 2013; (51) 862-871. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713001782>
 58. Ciao A, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2015 [cited 11 June 2016]; 16(7):1-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4104660/>
 59. Yager, Z. & O'dea, J. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*. 2008 Feb 08; 23 (2): 173-188. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/173.full.pdf>
 60. Scime, M. y Cook-Cottone, C. Primary Prevention of Eating Disorders: A Constructivist Integration of Mind and Body Strategies. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41 (2): 134–142. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17957808>

61. Díaz Ceballos I. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la Conducta alimentaria para entrenadores. Cuadernos de Psicología del Deporte [Internet]. 2005 [cited 11 June 2016];5(1-2):67-80. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227017567005>

62. Gómez, G.; León, R.; Platas, S.; Lechuga, M.; Cruz, D. y Hernández, A. Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2013 Ene-Jun; 4 (1): 23-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425741619003.pdf>

63. Wick, K.; Brix, C.; Bormann, B.; Sowa, M.; Strauss, B. & Beger, U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. Elsevier. 2010 Dic 13; 52: 152–158. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114001356>

64. Weigel A, Gumz A, Uhlenbusch N, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 12 June 2016];15(21):2-9. Available from: http://download.springer.com/static/pdf/866/art%253A10.1186%252Fs12888-015-0405-1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcp.psychiatry.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12888-015-0405-1&token2=exp=1464310929~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F866%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12888-015-0405-1.pdf*~hmac=2ccfb06547a6ba92a7194c7d28306f183579fcb25d26bbaae36aaa0529b641cf

65. Díaz, S. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la Conducta alimentaria para entrenadores. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2005, 5 (1 y 2): 67-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227017567005>

66. González M, Penelo E, Gutiérrez T, Raich R. Disordered Eating Prevention Programme in Schools: A 30-Month Follow-up. Eur Eat Disorders Rev. 2011; 19:349–356. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21400636>

67. March, J.; Suess, A.; Prieto, M; Escudero, M.; Nebot, M.; Cabeza, E. & Pallicer, E. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Revista Nutrición Hospitalaria [Revista en línea] 2006 [consultado 5 junio de 2015] 21(4-12). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/original1.pdf>

68. Borda M, Del Río C, Torres I, Avargues M, Pérez M. Prevención de los Trastornos de la conducta Alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento de un año. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud* [Internet]. 2009 [cited 12 June 2016]; 17(3):499-521. Available from: http://go.galegroup.com.bd.univalle.edu.co/ps/retrieve.do?sort=DA-SORT&docType=Article&tabID=T002&prodId=IFME&searchId=R4&resultListType=RESULT_LIST&searchType=AdvancedSearchForm&contentSegment=¤tPosition=17&searchResultsType=SingleTab&inPS=true&userGroupName=univalle&docId=GALE%7CA314254948&contentSet=GALE%7CA314254948
69. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image* [Internet]. 2007 [cited 9 June 2016]; 4(2):115–136. Available from: <http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S1740144507000022> http://ac.els-cdn.com.bd.univalle.edu.co/S1740144507000022/1-s2.0-S1740144507000022-main.pdf?_tid=e329010a-23af-11e6-b6c2-00000aab0f27&acdnat=1464315082_764b44f9a6b673a15dbe3f0300070da7
70. Quiles-Cestari LPessa Ribeiro R. Los papeles ocupacionales de mujeres con anorexia nervosa. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2 August 2016];20(2):1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_04.pdf
71. Guadarrama RMendoza S. Factores de riesgo de Anorexia y Bulimia Nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2011 [cited 3 August 2016];16(1):125-136. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>
72. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2013 p. 31-41. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-eventos-emergentes-salud-mental.pdf>
73. Portela de Santana M, Ribeiro H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Revista Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2012 [cited 3 August 2016];27(2):391-401. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
74. Bullen M. y Pecharromán B. Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía* [Internet]. 2005

[cited 4 August 2016];27:179-186. Available from: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27179186.pdf>

75. Muir Giles G. Anorexia Nervosa and Bulimia: An Activity-Oriented Approach. American Journal of Occupational Therapy [Internet]. 1985 [cited 4 August 2016];39:510-517. Available from: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1885234>
76. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas [Internet]. Ginebra, Suiza; 2005 p. 1-67. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
77. Arbex Sánchez C. Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 p. 102-104. Available from: <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/740/GuiametodologicaADES.pdf>
78. Polonio B. y Garra L. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2003.
79. Pérez F. El Medio Social como estructura psicológica: reflexiones a partir del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. Revista de Psicología y Psicopedagogía EduPsykhé [Internet]. 2004 [cited 4 August 2016];3(2):161-177. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1071166>
80. Frías M. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Red Estudios de Psicología [Internet]. 2006 [cited 4 August 2016];:16-17. Available from: <https://almazcruz.wordpress.com/teoria-ecologica-de-bronfenbrenner/>
81. Torrico E, Santín C, Villas M, Álvarez S, López M. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Revista anales de psicología [Internet]. 2002 [cited 4 August 2016];18(1):45-59. Available from: http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
82. Cortina L. Teoría y Modelo Psicosocial. Presentation presented at; 2013; Cali, Colombia.
83. Cortina L. Marco de referencia Analítico o Psicodinámico. Presentation presented at; 2013; Cali, Colombia.
84. Cortina L. Marco o enfoque humanista. Presentation presented at; 2013; Cali, Colombia.

- 85.** Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2003.
- 86.** Cubides JMotta J. Marco conductual o comportamental. [Internet]. 2009 [cited 4 August 2016];. Available from: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDoQFjAC&url=http%3A%2F%2Faulanet.umb.edu.co%2Faulanet_jh%2Farchivos%2F10984%2FFUNDAMENTOS%2520CONCEPTUALES%2FC ONDUCTUAL.doc&ei=Q_jSUsakEtOxsASW0IHADw&v6u=https%3A%2F%2Fsds.metric.gstatic.com%2Fgen_204%3Fip%3D186.147.184.113%26ts%3D1389557827639650%26auth%3Dr35xkqvq3znf5j6yrgqb7d2g4ivdwgww%26rndm%3D0.2028183911461383&v6s=2&v6t=11414&usg=AFQjCNH0gOAlE47o4aQYIMQhptJceHB9KA&sig2=ZLUI6GY62ZEXicFKRTRbQQ
- 87.** Batlle S. Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y Enfoques: Enfoque cognitivo-conductual. Universidad Autónoma de Barcelona Colegio Oficial de Psicologs De Catalunya [Internet]. 2016 [cited 4 August 2016];:1-17. Available from: http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf
- 88.** Calvo R, Solórzano G, Morales C, Kassem M, Codesal R, Blanco A et al. Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. Revista Clínica y Salud [Internet]. 2014 [cited 3 August 2016];25(1):19-37. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original3.pdf>
- 89.** Fedorov A. Breve repaso histórico: Alfabetización mediática en el mundo. Infoamérica [Internet]. 2011 [cited 13 August 2016];5:7-23. Available from: <http://www.infoamerica.org/icr/n05/fedorov.pdf>
- 90.** Instituto de adicciones de Madrid Salud. Programa de Prevención Selectiva de drogodependientes. Madrid, España; 2016 p. 6-124
- 91.** Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: Propiedades psicométricas del test EDI-2 en Adolescentes escolarizados(as) de 13 a 18 años. Revista Chilena de Nutrición [Internet]. 2009 [cited 13 August 2016];36(4):1063-1073. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46912242002>
- 92.** Sánchez D, Barrada J, López G, Fauquet J, Almenara C, Trepát E. Nuevo cuestionario sobre las presiones sociales hacia la apariencia para adolescentes. Body Image [Internet]. 2012 [cited 13 August 2016];9:163–171. Available from: http://www.uab.cat/PDF/PDF_1331707736082_es.pdf

- 93.** Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2015 p. 1-348. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- 94.** Zamora R, Martínez A, Gazzo C, Cordero S. Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Archivos de Pediatría del Uruguay [Internet]. 2002 [cited 2 August 2016];73(3):129-136. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v73n3/v73n3a04.pdf>
- 95.** Bedoya KRíos C. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes. Universidad Católica de Pereira [Internet]. 2015 [cited 13 August 2016];:1-31. Available from: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/3293/DDEPCEPNA15.pdf?sequence=1>
- 96.** Sánchez J, Villarreal M, Musitu G. Psicología y desórdenes alimenticios [Internet]. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2016 p. 8-128. Available from: <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf>

18. ANEXOS

ANEXO A: FORMATO DE RESEÑA

Fecha: DD/MM/AA

Ítem		Descripción
Nombre del artículo		Título del artículo original y/o traducido
Idioma		
Autor		Nombre del responsable o responsables de la construcción del artículo
Fecha de publicación		Año de publicación del artículo
Disciplina		Especificar el área de estudio que realizó la investigación
País		País donde fue realizada la investigación
Base de datos		
Referencia bibliográfica		Citación del artículo según la normativa Vancouver
Conceptos centrales		Definición de conceptos necesarios para comprender el artículo
Resumen		Breve descripción del contenido del tema tratado en el artículo.
Ideas principales		Temas centrales que se desarrollan durante el artículo.
Resultados		Datos e información obtenidos a lo largo de la investigación.
Conclusiones del artículo		Consideraciones finales a las que llega el autor/es
Limitaciones		Aspectos que el autor no cubre o que la investigación pasa por alto.
Relevancia para la investigación	Características de áreas ocupacionales y patrones de ejecución.	Aportes del artículo para el desarrollo de la investigación.
	Estrategias de abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	

	(TCA) en Atención Primaria en Salud (APS).	
--	--	--

ANEXO B:
CUADRO DE RESULTADOS

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
1. A Meta-Analytic Review of Eating Disorder. Prevention Programs: Encouraging Findings (Una revisión meta-analítica de Trastornos de la Alimentación. Los programas de prevención: Los resultados alentadores).	Autor	Eric Stice, Heather Shaw and C. Nathan Marti
	Año	2007
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo de revisión
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	Se evaluaron 81 programas de prevención de trastornos alimentarios. No se especifica la cantidad de participantes.
	Ciclo vital	Adolescencia y Adultos jóvenes (15 a 19 años de edad).
	Contexto	Escuelas secundarias.
	País de los programas	1. Estados Unidos: 60 2. Suiza: 2 3. Escocia: 1 4. Inglaterra: 1 5. Canadá: 8 6. Australia: 7 7. Noruega: 2
	País del artículo	Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Elevada presión para estar delgado por parte de la familia, los compañeros y los medios de comunicación 2. La internalización del ideal de delgadez relacionado con las mujeres por la cultura occidental 3. La masa corporal 4. Insatisfacción corporal 5. Negación ante la futura patología alimentaria. 6. La insatisfacción corporal 7. Estar a dieta 8. Afecto negativo

	Características del programa	9. Síntomas de TCA 1. En general, 51% de los programas de prevención dio lugar a reducciones significativas en al menos un factor de riesgo establecido para la patología alimentaria, y 29% de los programas de prevención resultaron en reducciones significativas en la patología alimentaria actual y futura. 2. Programas seleccionados producen mayores efectos de la intervención que los programas universales. 3. Los efectos son más pronunciados para las mujeres, debido a las alteraciones de la imagen corporal y trastornos alimenticios que presentan, lo cual puede motivarles a participar con mayor eficacia en la intervención. 4. Efectos de la intervención fueron significativamente mayores para las muestras en las que los participantes tenían más de 15 años de edad. 5. La prevención a través de “intervenciones psicoeducativas son menos efectivas que las intervenciones que se dedican activamente a los participantes y a enseñar nuevas habilidades. Se postula que un formato interactivo ayuda a los participantes a involucrarse en el programa, lo que probablemente facilita la adquisición de conceptos y promueve un cambio de actitud y de comportamiento”. 6. Los programas de prevención ejecutados por los intervencionistas entrenados fueron más efectivos que los ejecutados por los proveedores endógenos (por ejemplo, profesores). Los efectos pueden ser más pequeños cuando son dirigidos por proveedores endógenos, porque tienen otras responsabilidades que hacen que sea difícil ejecutar el programa de prevención con fidelidad, tienen menos oportunidades para practicar la administración de la intervención en relación con los intervencionistas entrenados, y no reciben tanta formación especializada y supervisión detallada. 7. Las intervenciones centradas en la aceptación del cuerpo eran más eficaces que los programas sin este enfoque. Este efecto puede haber surgido porque la insatisfacción del cuerpo aumenta el riesgo de una variedad de problemas, incluyendo una dieta poco saludable y comportamientos negativos (por ejemplo, el vómito para el control de peso). Al lograr una reducción en los resultados de la insatisfacción corporal, se logra también una disminución en los otros factores de riesgo.
--	-------------------------------------	--

		8. Los programas de prevención con contenidos de inducción y disonancia producen efectos más grandes que los programas con contenido sociocultural; logrando mayor receptividad, participación y motivación de los integrantes. 9. Seguimientos más prolongados producirían efectos más débiles. Este hallazgo probablemente surgió debido a que los efectos de prevención tienden a desaparecer con el tiempo, lo que puede ser inevitable dadas las presiones socioculturales para la delgadez en nuestra cultura. 10. La heterogeneidad en el contenido de los programas de éxito, implica que puede haber varios enfoques para la prevención de trastornos de la alimentación; los programas de éxito a menudo disminuyen los factores de riesgo mejorando la actitud y promoviendo comportamientos saludables de control de peso. 11. Las intervenciones deben realizarse en más de una sesión (multi sesión), porque así se obtendrán mayores efectos en la disminución de los factores de riesgo.
	Técnicas	1. Teoría de la inducción de la disonancia 2. Meta-análisis 3. Psicoeducativa 4. Psicología Social
	Herramientas de evaluación	No especificadas.
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales. 3. Participación Social: 3.1. Participación con compañeros, amigos 4. Juego: 4.1. Exploración del juego 4.2. Participación en el juego. 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud

	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles
--	------------------------------	---

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
2. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. (Una prueba de efectividad de un nuevo programa de prevención para desorden alimenticio con disonancia mejorada entre estudiantes femeninas universitarias).	Autor	Eric Stice, Meghan L. Butryn, Paul Rohde, Heather Shaw, C. Nathan Marti
	Año	2013
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	408 Estudiantes
	Ciclo vital	Adolescencia
	Contexto	Escuela secundaria y Universidad
	País de los programas	Filadelfia, USA
	País del artículo	Filadelfia, Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Ideal de delgadez 2. Dietas 3. Afecto negativo 4. Índice de masa corporal
	Características del programa	1. Los métodos de prevención que se dirijan hacia la disonancia han de notificar con más prontitud y más certeza de aquellos pacientes que tengan cuadros sintomáticos próximos a algún desorden alimenticio. 2. Las mujeres que están en riesgo o presentan un trastorno de alimentación, pueden desarrollar otras patologías mentales como la depresión, que finalmente las lleva a tener problemas dentro de sus contextos familiar, académico o laboral, que las distrae y no les permite cumplir con sus responsabilidades; esto se puede asociar a la pérdida de roles y hábitos saludables, son mujeres que empiezan hacer dietas, ejercicios excesivos o en ocasiones suben exageradamente de peso,

		por cumplir o no poder cumplir con el ideal de delgadez impuesto por la sociedad. Por lo tanto es necesario que los programas de prevención también reconozcan la posible aparición de otros factores de riesgo. 3. Este programa de prevención basado en la disonancia produce efectos más grandes cuando la intervención busca la mejora de los procedimientos para seleccionar, capacitar y supervisar a los médicos. 4. Criticar el ideal de delgadez públicamente en este programa basado en el grupo reduce teóricamente la interiorización del ideal de delgadez porque los seres humanos tratan de mantener la coherencia entre sus comportamientos y actitudes. 5. Mientras que las escuelas secundarias generalmente carecen de personal con una formación adecuada en la prestación de programas de prevención basados en el grupo y el momento de entregar estos programas, las universidades suelen tener centros de salud o asesoramiento a los estudiantes con los médicos que tengan experiencia en la ejecución de intervenciones de grupo y un mandato explícito para ofrecer servicios que se dirige a los estudiantes con problemas de salud y salud mental. 6. El Proyecto de Administración consistía en 4 sesiones semanales de 1 hora con el grupo de participantes.
	Técnicas	1. Disonancia 2. Body Project
	Herramientas de evaluación	1. Folleto informativo 2. Escribir ensayos 3. Ejercicios para el hogar 4. Discusiones de las actividades ejecutadas 5. Juegos de roles 6. Cartas 7. Análisis Crítico 8. Comportamientos desafiantes
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal

		2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
3. Assessment of Two School-Based Programs to Prevent Universal Eating Disorders: Media Literacy and Theatre-Based Methodology in Spanish Adolescent Boys and Girls (La evaluación de dos programas escolares universales para prevenir trastornos)	Autor	Marisol Mora, Eva Penelo, Teresa Gutiérrez, Paola Espinoza, Marcela L. González, and Rosa M. Raich
	Año	2015
	Idioma	Inglés
	Base de datos	BVS
	Tipo de documento	Artículo científico original breve
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	200 adolescentes.
	Ciclo vital	Preadolescencia y Adolescencia (de 12 - 15 años en adelante)
	Contexto	Escuela secundaria (desde 2º año)
	País de los programas	Barcelona, España
	País del artículo	Barcelona, España

Alimenticios: la alfabetización mediática y metodología basada en el teatro en español niños y niñas adolescentes).	Factores de riesgo	1. La presión percibida para ser delgada 2. Internalización de ideales estéticos 3. La insatisfacción corporal 4. Dieta restrictiva 5. Afecto negativo 6. Uso de sustancias 7. Baja autoestima.
	Características del programa	1. Las altas tasas de prevalencia, los resultados del pronóstico y tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sugieren a los programas preventivos como una tarea urgente de salud pública. 2. Los medios de comunicación tienen una influencia importante en la salud, y más concretamente en los comportamientos alimentarios, de los jóvenes de ambos sexos; esta influencia es el principal predictor de conducción a la delgadez, tanto en hombres como en mujeres. 3. Los jóvenes pueden pasar 33-50% de su tiempo usando algún medio de comunicación. [...] La educación en medios tiene como objetivo proporcionar a los jóvenes las habilidades cognitivas necesarias para neutralizar la influencia de esos mensajes en su pensamiento y comportamiento y para desafiar a la alteración de la delgadez de las niñas y el ideal muscular de los niños. 4. El enfoque de drama en un programa de prevención es un espacio potencial para el debate, la reflexión crítica y la auto-mejora en un contexto educativo; ya que la dramatización en una obra de teatro ofrece a los adolescentes una oportunidad de liderazgo en el que se ponen a enseñar, lo que aumenta su sentido de auto empoderamiento y la propiedad de los mensajes. 5. "Teatro Vivo" es un programa basado en las premisas de la teoría social cognitiva y el enfoque de alfabetismo mediático. Mediante el programa de teatro, los estudiantes desarrollan las cinco competencias de comunicación esenciales para las prácticas de alfabetización: acceso, analizar, crear, reflexionar y actuar. 6. Las intervenciones de activismo que implican análisis crítico de los anuncios en los medios de comunicación, fueron el aprender acerca de cómo escribir cartas de queja a los medios de comunicación, así como nuevas actividades que atañe a una producción colectiva y colaborativa que incluye tanto un análisis de los mensajes publicitarios y hacer vídeos de parodia de anuncios de moda.

		7. Los estudiantes aprendieron el guion y la expresión dramática en 10 sesiones llevadas a cabo durante las horas de clase, bajo la dirección de actores profesionales. Cada estudiante interpretó a un personaje en el programa. Finalizó con la actuación a los padres y la comunidad escolar. 8. Aunque este programa preventivo no interviene con padres, si reconoce la influencia del papel de los padres en la formación de creencias y comportamientos en relación con la forma, alimentación, y el peso, por lo tanto recomienda extender el programa de prevención a los padres ya la comunidad educativa. 9. El programa se estructuro y aplico desde dos enfoques o componentes, el primero se enfocó en el aprender conceptos básicos de nutrición, corregir falsas creencias sobre la nutrición, proporcionando el conocimiento sobre la alimentación equilibrada, con el fin de fomentar el ejercicio físico regular y reducir el sedentarismo. El segundo enfoque correspondió a la alfabetización para la crítica de la estética femenina frente a la información presentada por los medios de comunicación, para la construcción social de los ideales y los roles de género.
	Técnicas	1. Teatro Vivo 2. Alfabetización Mediática 3. Activismo
	Herramientas de evaluación	1. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates, Psychological Medicine: (EAT-26). 2. The (SCOFF) questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. 3. Las actitudes socioculturales sobre la apariencia cuestionario- R (SATAQ-R). 4. Diseño de contorno (Escala de Valoración) (CDR). 5. Escala de autoestima (RSES)."
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio

		4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud 5.2. Gestión de la comunicación 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
4. Disordered Eating Prevention Programme in Schools: A 30-Month (Programa de Prevención de Trastornos Alimenticios en las escuelas: A 30 meses de seguimiento)	Autor	Marcela González, Eva Penelo, Teresa Gutiérrez & Rosa M. Raich
	Año	2011
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	254 Niñas 189 Niños
	Ciclo vital	Adolescentes (mayores de 13 años)
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	Barcelona, España
	País del artículo	Barcelona, España
	Factores de riesgo	1. Influencias Socioculturales 2. Internalización del ideal de estética corporal 3. Preocupación por el peso 4. Insatisfacción del cuerpo y la auto-imagen

	Características del programa 1. El amplio espectro de problemas relacionados con el peso ha aumentado considerablemente en los adolescentes, creando una necesidad urgente de desarrollar e implementar las intervenciones de prevención, detección temprana y tratamientos eficaces con costo - métodos eficaces, debido a que estos problemas de salud pública tienen dificultades de tratamiento, en la naturaleza refractaria de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA). 2. Las intervenciones de prevención dirigidas a los trastornos alimentarios se han centrado sobre todo en las mujeres (Neumark - Sztainer, Levine, et al, 2006). Sólo unos pocos programas de prevención universal han incluido hombres y mujeres, logrando mejorar con éxito la imagen corporal, la satisfacción del cuerpo y la auto - imagen y la reducción de la preocupación por el peso de los adolescentes. 3. En lo que respecta al seguimiento a largo plazo, poco se sabe acerca de la persistencia de los efectos de los programas de prevención (Stice et al., 2008). Sin embargo, varios autores (Neumark - Sztainer, 2009; Neumark - Sztainer et al, 2007;. Neumark - Sztainer, Levine et al, 2006; Neumark - Sztainer, Story, Hannan y Rex, 2003) indican que los principales objetivos de la prevención de los programas realizados en las escuelas debe ser identificar y criticar el modelo de belleza estética, para desarrollar habilidades de pensamiento crítico y el de impugnar la glorificación de la delgadez de las niñas y el ideal muscular para los niños (Richardson et al., 2009). 4. Los programas de prevención deberían promover también el desarrollo de una imagen corporal saludable, centrándose en los aspectos positivos y no en el peso o la dieta, evitando chistes sobre el peso, aumentando la auto - confianza y autonomía con sus compañeros, la mejora de las habilidades de comunicación y aprender a utilizar los medios de comunicación para promover mensajes de salud dentro de los entornos sociales de un adolescente (escuela y el hogar). 5. La intervención se inscribe en el marco teórico del modelo social cognitivo (Bandura, 1986) en términos de la relación recíproca entre el medio ambiente y el individuo. Dado que los factores socioculturales crean, dan forma a mantener las creencias, emociones, motivos y comportamientos; surge la importancia de enseñar a los estudiantes el análisis y deconstrucción de los ideales sociales de imagen corporal. Este enfoque fomenta el pensamiento crítico y promueve la salud y el bienestar de los estudiantes como una forma de desarrollar la capacidad de recuperación de mensajes socioculturales (Levine y Smolak, 2006).
--	---

		6. Algunos de los componentes del programa de prevención proporciona conciencia en la nutrición de los participantes, brindando información correcta sobre peso, la obesidad y formas de dieta; esto podría evitar la aparición de problemas de alimentación durante la adolescencia (Neumark - Sztainer, 1996). 7. Con el fin de controlar la calidad de la intervención se sugiere que los programas de prevención sólo se apliquen por los expertos (los autores del programa). 8. Las intervenciones desde el enfoque de nutrición se realizan en 90 minutos de sesión dirigida hacia la corrección de creencias falsas sobre la nutrición, proporcionando el conocimiento sobre la alimentación y el análisis de menús equilibrados. En el enfoque de alfabetización mediática las intervenciones constan de sesiones de 60 minutos, donde a partir del activismo se dirige a varios aspectos, tales como criticar el modelo estético imperante y criticar el modelo femenino de la belleza que se presenta en los medios de comunicación. Además, se proponen actividades de activismo que implican el análisis crítico de los anuncios: aprender acerca de cómo escribir cartas de queja a los medios con una presentación de 'cómo hacer frente a los mensajes mediáticos'. 9. Los participantes recibieron las sesiones del programa una vez por semana, durante 5 semanas, durante la jornada escolar. 10. El programa de prevención podría ser aún más interactiva y participativa, utilizando metodologías cualitativas y constructivistas que promuevan la exploración más profunda de los temas por género. También podría considerar otros factores y situaciones sociales, como la familia, los compañeros, amigos y que datan diversos significados (maestros, trabajadores de la salud, etc.).
	Técnicas	1. Modelo social cognitivo (Bandura, 1986) 2. La alfabetización mediática (ML)
	Herramientas de evaluación	1. Eating Attitudes Test (EAT - 40) 2. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC - 26). 3. Instrumentos Socio biográficos
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal

		2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Participación Social: 3.1. Participación en la comunidad 4. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 4.1. Gestión y mantenimiento de la salud 4.2. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
5. Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program Reduces Reward Region Response to Thin Models; How Actions Shape Valuation	Autor	Eric Stice , Sonja Yokum, Allison Waters
	Año	2015
	Idioma	Inglés
	Base de datos	PubMed
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Medicina
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	38 Estudiantes Universitarios
	Ciclo vital	Adolescentes
	Contexto	Universidad
	País de los programas	Oregón, Estados Unidos
	País del artículo	Oregón, Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Ideal de delgadez 2. Insatisfacción corporal 3. Síntomas de TCA
	Características del programa	1. La selección de los adolescentes se realizó a partir de la distribución de volantes y correos electrónicos, además se establecieron criterios de inclusión correspondientes a preocupaciones de imagen corporal y la percepción subjetiva de género femenino.

		2. Se encuentra información referente a un programa prevención llamado Proyecto de cuerpo, dirigido a población adolescente y adulta joven; donde se describen las diferentes actividades que se ejecutaron en cada sesión de ese proyecto. Esto brinda estrategias, herramientas o actividades que desde la Terapia Ocupacional se pueden usar o adaptar de acuerdo a los objetivos y la población a intervenir. El Proyecto de cuerpo es un programa de prevención de los trastornos alimenticios basado en la disonancia, entregado a grupos de 6-10 participantes por uno o dos clínicos en cada sesión. 2.1. En la sesión 1, los participantes definen colectivamente el ideal de delgadez promovido en la cultura occidental y discuten los costos de la consecución de este ideal a través de una serie de preguntas socráticas planteados por los facilitadores, y se asignan ejercicios en casa (escribir un ensayo sobre los costes asociados a perseguir el ideal delgada; de pie delante de un espejo con un mínimo de ropa y registrar los atributos positivos acerca de sus cuerpos). 2.2. En la sesión 2, los participantes discuten los dos ejercicios en casa, disuaden a los facilitadores de perseguir el ideal de delgadez en los juegos de roles, y se les asigna más ejercicios (escribir una carta a alguien que presionó al participante para estar delgado, la discusión de los efectos adversos; generar una lista de 10 cosas que las mujeres jóvenes pueden hacer para desafiar el ideal de delgadez). 2.3. En la sesión 3, los participantes discuten los dos ejercicios en el hogar, declaraciones desafiantes de ideal de delgadez, discutir preocupaciones por la imagen corporal, y se asignan ejercicios en casa (participar en un comportamiento que desafía a sus preocupaciones por la imagen del cuerpo; participar en dos actividades que desafían el ideal de delgadez; escribir una carta a alguien más joven acerca de cómo evitar problemas de imagen corporal). 2.4. En la sesión 4, los participantes discuten las tres ejercicios en casa, discuten los beneficios percibidos de la intervención en grupo, y se asignan ejercicios de salida en el hogar (se comprometen a hacer una actividad auto-afirmación que promoverá la aceptación del cuerpo, animar a otras mujeres jóvenes en su escuela para completar la proyecto de intervención, participar en algún tipo de activismo para el cuerpo, como un grupo). 3. El artículo también plantea el funcionamiento del cerebro, a partir del estudio
--	--	--

		clínico de resonancia magnética realizado a los participantes, para saber cuál era la respuesta o reacción cuando se les mostraba un modelo delgado y un modelo de peso promedio; aunque esta parte de la investigación no tiene relación con el que hacer del Terapeuta Ocupacional, si es importante no dejar de lado información que puede aportar en la ejecución de un programa de prevención desde otras disciplinas ya sea para realizar una intervención multidisciplinar e interdisciplinar; que podría lograr mayores éxitos.
	Técnicas	1. Disonancia Cognitiva 2. Proyecto Cuerpo
	Herramientas de evaluación	1. Volantes informativos 2. Correos electrónicos 3. Aplicación de una entrevista que incluía elementos de la Lista de trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar-Epidemiológica Versión (K-SADS-E 5) para determinar quiénes cumplían con los criterios de inclusión. 4. Consentimientos informados 5. Resonancia Magnética 6. Escritura de ensayos críticos 7. Juegos de roles 8. Cartas 9. Listados 10. Discusiones
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego:

		6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
6. Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions (Prevención de los trastornos alimentarios: Direcciones a base de pruebas actuales y futuras).	Autor	Eric Stice, Carolyn Black Becker and Sonja Yokum
	Año	2013
	Idioma	Inglés
	Base de datos	BVS
	Tipo de documento	Artículo de revisión
	Disciplina	No especificado.
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	60 programas de prevención. No especifica cantidad de participantes.
	Ciclo vital	Preadolescentes Adolescentes Adultos jóvenes
	Contexto	Escuela secundaria Universidad Escuela primaria
	País de los programas	1. Estados Unidos: 50 2. Australia: 3 3. Inglaterra: 2 4. México:1 5. No especificado: 4
	País del artículo	Oregón y Texas, Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Criterios según DSM-V: Trastornos de la alimentación están marcados por la cronicidad, la recaída, la angustia, el deterioro funcional, y el riesgo de la obesidad futura, la depresión, intentos de suicidio, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, y morbilidad. 2. Insatisfacción corporal 3. Restricción calórica

		4. Afecto negativo 5. Índice de masa corporal (IMC)
	Características del programa	1. La literatura reveló que 6 programas de prevención han producido reducciones significativas en los síntomas del trastorno alimentario a través de al menos 6 meses de seguimiento y que 2 han reducido significativamente el inicio del trastorno. 2. La evidencia sugiere que un enfoque de participación de la comunidad es más eficaz. 3. Opiniones de meta-análisis en ensayos de prevención publicados, indican que los efectos de intervención significativamente más grandes, tienden a surgir para los programas que se dirigen a individuos de alto riesgo (frente a una población universal), que son de naturaleza interactiva, centrado en los factores de riesgo demostrados para predecir el futuro aparición de trastornos de la alimentación (por ejemplo, la insatisfacción corporal), y se utiliza un formato multi-sesión (frente a una sola sesión). 4. se ha demostrado que produce efectos estadísticamente y clínicamente significativos, cuando el reclutamiento y la entrega se llevó a cabo por los proveedores naturales (por ejemplo, maestros, consejeros, líderes de grupo, etc.). 5. La amplia difusión de los programas eficaces requerirá infraestructura para capacitar a los proveedores de la comunidad y compartir las estrategias de implementación. Por lo tanto, sugerimos que el campo de la prevención de los trastornos de la alimentación, deben estar preparado para construir su propia infraestructura o bien de asociarse con los intervencionistas de prevención interesados en otros problemas de salud pública para compartir esa infraestructura. 6. La idea de que la inducción de la disonancia impulsa los efectos de la intervención, los participantes asignados a los grupos de alta disonancia muestran mayores reducciones en los síntomas del trastorno alimentario que los asignados a los grupos de bajo disonancia. 7. Los estudios prospectivos han encontrado que la insatisfacción corporal, la restricción calórica, el afecto negativo, el índice de masa corporal (IMC), aumentan la aparición de los trastornos alimentarios y obesidad, lo que sugiere que algunos

		factores de riesgo de trastorno de la alimentación incrementan el riesgo para una variedad de problemas de salud pública. 8. Es importante destacar que sólo dos programas de prevención han reducido significativamente el riesgo de futura aparición de trastornos alimentarios. El primero es un programa basado en la disonancia en el que las mujeres jóvenes critican el ideal de delgadez en una serie de ejercicios verbales, por escrito, y de comportamiento, basado en la disonancia cognitiva y que evidencia la reducción de la internalización del ideal de delgadez. La segunda es una intervención que promueve mejoras duraderas impulsando a los participantes en la ingesta alimentaria y la actividad física con el objetivo de acercar a los participantes en el balance energético (la intervención de peso saludable). Ambos programas han producido reducciones estadísticamente significativas y clínicamente significativas.
	Técnicas	1. Disonancia Cognitiva 2. Meta-análisis 3. Revisión de literatura
	Herramientas de evaluación	Ejercicios verbales, escritos y de comportamiento.
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Participación Social: 3.1. Participación con compañeros, amigos 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud 5.2. Gestión de la comunicación "
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
7. Effects of a Cognitive Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program Are Similar for Asian American, Hispanic, and White Participants (Efectos de un programa de prevención de trastorno de la alimentación basada en la disonancia cognitiva son similares para los asiáticos-americanos, hispanos, y los participantes blancos).	Autor	Rosalía Rodríguez, Érica Marchand, Janet Ng, Eric Stice
	Año	2008
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	311 blancas, 61 hispanas, 33 asiáticas
	Ciclo vital	Preadolescencia, Adolescencia , Adultez joven (de 12 a 20 años de edad)
	Contexto	Escuela secundaria (Participantes de tres grupos étnicos en instituciones educativas (asiáticos-americanos, hispanos, y los participantes blancos).
	País de los programas	Oregón, Estados Unidos y México
	País del artículo	Oregón, Estados Unidos y México
	Factores de riesgo	1. Interiorización del ideal de delgadez 2. Insatisfacción corporal 3. Síntomas de trastornos de la alimentación 4. Afecto negativo 5. Síntomas bulímicos 6. Riesgo de aparición de la obesidad
	Características del programa	1. La pertenencia a un grupo étnico no blanco ha sido considerado como un factor protector contra la aparición de trastornos de la alimentación. Algunas de las razones para esto son, que los grupos culturales de minorías étnicas pueden no valorar una figura ultra-delgado como el ideal de la belleza y dan menos importancia a la apariencia física como una característica definitoria de la feminidad. 2. Los factores de riesgo para trastornos como la insatisfacción corporal y la prevalencia de los trastornos alimenticios, se ha encontrado que son similar para los afroamericanos, hispanos, asiático-americanos, y blancos. 3. Los resultados indicaron que la reducción de la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, y los síntomas de trastornos alimentarios para

		los participantes de la intervención no fueron significativamente diferentes para los tres grupos étnicos. Por lo tanto, parece que los efectos de la intervención sobre todos los resultados fueron consistentes independientemente de su origen étnico. 4. La composición étnica de un grupo de intervención puede influir en los temas específicos, las preocupaciones y los comentarios planteados por los participantes. 5. Aunque no plantea información profunda acerca de la estrategia de intervención basada en la disonancia cognitiva, menciona de forma general que esta técnica de intervención hace uso de ejercicios escritos, juegos de roles, ejercicios de comportamiento para lograr que las mujeres enfrenten el ideal de delgadez; así mismo determina que la intervención se debe dar a partir de los factores de riesgo. 6. Sugiere que la intervención debe realizarse por profesionales especializados para tal fin y que en el caso de que sean profesores de la misma institución deben capacitarse para ejecutar el programa. 7. Los facilitadores de grupo de cada escuela recibieron 4 horas de formación en administración de la intervención. Los facilitadores utilizaron el manual de tratamiento cuando se conduce sesiones de grupo. Un subconjunto de sesiones se grabaron y revisado por el investigador principal. 8. El personal de investigación reclutó a los participantes enviando correos directos y volantes invitando a las mujeres jóvenes con problemas de imagen corporal a participar en un estudio de evaluación de las intervenciones diseñadas para "ayudar a las mujeres a aceptar sus cuerpos". 9. Las intervenciones consistieron en tres o 4 sesiones semanales de 1 h de grupo y la intervención de escritura expresiva consistió en tres sesiones de 45 min de escritura individual semanal.
	Técnicas	1. Disonancia Cognitiva
	Herramientas de evaluación	1. Juegos de roles 2. Ejercicios verbales, por escrito, y de comportamiento en el que se analiza y critica el ideal de delgadez. 3. Ensayos 4. Correos directos 5. Volantes informativos

	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
8. Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.	Autor	Gisela Pineda García & Gilda Gómez Peresmitré.
	Año	2006
	Idioma	Español
	Base de datos	Redalyc
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	20 estudiantes de secundaria
	Ciclo vital	Adolescencia

	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	México
	País del artículo	México
	Factores de riesgo	1. Dieta crónica y restringida 2. Insatisfacción con la imagen corporal 3. Figura ideal
	Características del programa	1. Ejercicios conductuales, verbales y escritos en sesiones de hora y media. 2. Dirigirse a población en riesgo y no a población general. 3. El objetivo puede centrarse en propiciar que los adolescentes asuman una posición en contra del ideal corporal delgado y/o una posición menos estricta contra la forma corporal opuesta a dicho ideal. 5. Se pueden considerar las ideas expuestas por Stice et al. (2000) para el desarrollo de técnicas. El juego de roles se emplea para producir disonancia en los usuarios. 6. La creación de un manual que incluya instrucciones específicas para los facilitadores y los participantes, y una descripción a detalle de las actividades de cada sesión. 7. Un programa preventivo psicoeducativo también puede contener sesiones de una hora y media; utilizando como técnica que los usuarios tengan una mínima participación, una forma pasiva de enseñanza- aprendizaje. 8. En los programas de prevención se debe incluir el proceso de seguimiento, que proporciona información significativa para generar avances en las estrategias utilizadas. 9. En contraste, los programas de prevención deben diseñarse para poblaciones más amplias y diversas. 10. Se debe considerar al diseñar los programas de prevención de TCA, el no implementar estrategias donde se presente de forma explícita información sobre las conductas alimentarias desordenadas, porque los estudios refieren que

		generan un efecto contraproducente que puede terminar en el surgimiento de estas conductas en los adolescentes. Igualmente deben dirigirse a población en riesgo y no a población general; de esta manera los resultados demostraran una mayor incidencia de las estrategias en la prevención de los TCA."
	Técnicas	1. Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) 2. Modelo del camino doble (Stice, 1994) 3. Psicoeducativa
	Herramientas de evaluación	1. Cuestionario de Alimentación y Salud versión para adolescentes (Gómez Peresmitré, 2001). 1.1. Escala de Dieta Restrictiva 1.2. Escala de Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 5. Juego: 5.1. Exploración del juego 5.2. Participación en el juego. 6. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 6.2. Gestión y mantenimiento de la Salud.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
9. Evaluation of a School-Based Programme of Universal Eating Disorders Prevention: Is it More Effective in Girls at Risk?	Autor	R. M. Raich, M. Portell & M. A. Peláez-Fernández
	Año	2009
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original breve
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	349 estudiantes de secundaria
	Ciclo vital	Preadolescencia y Adolescencia
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	España
	País del artículo	España
	Factores de riesgo	1. Menarquia temprana. 2. Dieta. 3. Actitudes distorsionadas a la alimentación. 4. Alta presión percibida para adelgazar.
	Características del programa	1. Formato multimedia, didáctico, interactivo y dentro de la escuela; comprendiendo los tres componentes de aprender los conceptos básicos de nutrición, la crítica del actual modelo de belleza estética femenina de extrema delgadez y la influencia mediática; esto realizándose una crítica de la información presentada a través de medios masivos de comunicación. 2. Para los participantes que están a dieta y están influidas por los ideales estéticos de delgadez, es fundamental proporcionarles asesoría nutricional y educación al respecto. 3. Las formas de intervención universales de prevención pueden ser eficaces, sin embargo, cuando los individuos presentan factores de riesgo específicos se deben orientar intervenciones preventivas para abordar las cuestiones relacionadas con los factores de riesgo.
	Técnicas	1. Prevención selectiva 2. Prevención universal

	Herramientas de evaluación	1. Escalas y vara de medir para el cálculo del IMC. 2. Hoja de datos biográficos. 3. Eating Attitudes Test 4. Cuestionario de influencias del Modelo de Estética
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 5. Juego: 5.1. Exploración del juego 5.2. Participación en el juego. 6. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 6.2. Gestión y mantenimiento de la salud
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
10.General and Program-Specific Moderators of Two Eating Disorder Prevention Programs	Autor	Eric Stice, Nathan Marti, Heather Shaw & Kelly O'Neil
	Año	2008
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original breve
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	481 niñas
	Ciclo vital	Adolescencia

	Contexto	Escuela secundaria y Universidad
	País de los programas	Estados Unidos
	País del artículo	Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Angustia por la imagen corporal 2. Síntomas bulímicos 3. Predisposición al cambio 4. Internalización del ideal de delgadez 5. Masa corporal 6. Emociones al comer
	Características del programa	1. En el proceso de convocatoria de la población participante del programa pueden utilizarse las herramientas como el correo electrónico, folletos y panfletos de invitación. 2. Preparación de un manual para cada intervención. 3. Sesiones grupales semanales de entre 45 minutos y 1 hora. 4. Empleando la Disonancia: ejercicios verbales, escritos y de comportamiento y juego de roles dirigidos a la crítica de los ideales de delgadez. 5. Peso saludable: crear un plan de cambio de estilo de vida individual para reducir la ingesta de grasa y azúcar y aumentar la actividad física. 6. Control de escritura expresiva: incluyendo temas de relaciones y metas; escribiendo de forma continua durante la duración de cada una de las sesiones. 7. En el proceso de convocatoria de la población participante del programa pueden utilizarse las herramientas como el correo electrónico, folletos y panfletos de invitación. 8. En el proceso de inclusión o remisión de los participantes, las preocupaciones por la imagen corporal pueden emplearse como un factor concluyente, relacionándolo con los criterios del DSM-V para Anorexia y Bulimia Nerviosa. 9. Un programa de prevención de TCA que no se enfoca en el control de peso genera una mayor reducción del riesgo de aparición de estas patologías

		alimenticias entre los participantes con altas puntuaciones de masa corporal inicialmente, sin embargo, los efectos de los programas de prevención en general son más fuertes para personas de alto riesgo, que en los programas universales. Además, el brindar estos programas a una variedad más amplia de las poblaciones de riesgo (en lugar de solamente a adolescentes con problemas de imagen corporal) proporciona beneficios como la reducción de la prevalencia global de los TCA y el incremento del alcance de estos programas.
	Técnicas	1. Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) 2. Programa de peso saludable 3. Control de escritura expresiva
	Herramientas de evaluación	1. Eating Disorder Examination 2. Body Esteem Scale 3. Ideal-Body Stereotype Scale-Revised 4. Contour Drawing Rating Scale 5. Índice de masa corporal 6. Emotional Eating Scale
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas

		3. Rituales 4. Roles
--	--	-------------------------

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
11. Healthy Schools- Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program	Autor	Gail McVey, Stacey Tweed & Elizabeth Blackmore
	Año	2007
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original breve
	Disciplina	Salud Pública Psicología Enfermería
	Sexo	Femenino Masculino
	No. de Participantes	1- 982 estudiantes de grados 6 y 7 2- 91 profesores y administradores escolares 3- padres de familia
	Ciclo vital	Preadolescencia Adolescencia Adultos jóvenes
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	Canadá
	País del artículo	Canadá
	Factores de riesgo	1. Satisfacción corporal 2. Internalización de los ideales de medios de comunicación 3. Aceptación del tamaño corporal 4. Molestia por el peso y forma 5. Desórdenes alimenticios 6. Pérdida de la voz
	Características del programa	1. El plan de prevención del programa puede implementarse: 1.1. En las clases como por ejemplo: educación para la salud, matemáticas, ciencias, inglés y teatro; esto permite proporcionar un mensaje coherente en toda la escuela. Donde la población este comprendida por hombre y mujeres, preadolescentes y adolescentes, estudiantes de grados de secundaria.

		1.2. Capacitación a docentes y padres de familia, enfocada en la toma de conciencia de sus propias posibilidades y sesgos fundados en el peso y su influencia en la imagen corporal. 2. El programa de prevención puede abarcar 8 meses, ofreciendo talleres incluidos en el currículo escolar de los profesores en cada escuela. 3. Se puede plantear sesiones en grupos focales como: 3.1. Para hombres: En las clases de gimnasia de la escuela, en grupos de 15 a 30 estudiantes y subdividido en grupos de 5 a 6, en sesiones de 50 minutos; se les presenta información referente a los efectos negativos de la intimidación y brindarles estrategias asertivas de afrontamiento a las presiones. 3.2. Para mujeres: Dirigido a sensibilizar sobre sus creencias, valores y actitudes sobre la comida, el peso y cómo puede influir en ellas. Constituido por sesiones de 1 hora semanales, durante 12 semanas, con 10 a 14 participantes por grupo. Entre los temas a tratar están: Siendo una niña en la sociedad actual (incluidas las imágenes de cuerpo irreal retratado por los medios de comunicación); El establecimiento de una mentalidad positiva y aprender maneras para mejorar la autoestima y la imagen corporal; La pubertad y las influencias genéticas en la forma del cuerpo; Estrategias de solución para combatir el estrés.; La expresión de sentimientos y de tratar con la ira; La construcción de habilidades de comunicación; Hacer y mantener amigos; La creación de un clima escolar positivo. 4. Otros componentes que puede contener un programa de prevención son: 4.1. Capacitación del personal de la escuela: en esta línea se pueden tratar temas como: Influencia que tienen sobre el cuerpo del estudiante, la imagen y el estilo de vida (dentro de sus prácticas de enseñanza); y Cómo los estresores normativos asociados con la adolescencia temprana pueden desencadenar la aparición de problemas de imagen corporal, dietas restrictivas (u otros métodos extremos de pérdida de peso). 4.2. La educación de los padres: aumentar la concienciación de los padres de los estresores normativos relacionados con la adolescencia temprana que puede desencadenar la aparición de problemas de imagen corporal y dietas restrictivas (u otros métodos de pérdida de peso extrema) y revisar con los padres los temas entregados durante el currículo al estudiante para diseñar un artículo en el boletín mensual de la escuela. 4.3. Currículo en clase: el profesor entrega diariamente en clase el currículo que incluye módulos sobre los siguientes temas: Medios de comunicación; Formas de
--	--	--

		promover la autoestima y la imagen corporal; Variabilidad individual en el tamaño y la forma del cuerpo y punto fijo; Formas para promover un enfoque no adietando para comer, la vida activa; El desarrollo de técnicas de manejo del estrés y habilidades de relación. 4.4. Juego de representación: de 50 minutos. Con debate sobre las cuestiones de peso y las burlas, la aceptación del tamaño, los medios de comunicación y la presión de los pares. 4.5. Carteles/presentaciones de vídeo: puede ubicarse carteles alrededor de la escuela durante todo el año académico, mostrando imágenes de empoderamiento, alimentación sana, diversión y ejercicio, la aceptación del tamaño. Su propósito es favorecer la autonomía, que promueven la salud, comportamientos, modelos positivos, y un ambiente escolar más positivo. 4.6. Anuncio de servicio público (PSA): los grupos de apoyo realizan la lectura en voz alta durante el sistema de anuncio público de las escuelas cada mañana. Se enfocan en favorecer la autonomía, promover la salud, comportamientos, y fundar un ambiente escolar más positivo."
	Técnicas	1. Teoría cognitiva social (Bandura, 1986) o teoría cognitivo-conductual (SCT) 2. Vulnerabilidad de los estresores no específicos la vulnerabilidad (NSVS) – Enfoque genérico de la prevención 3. Modelo relacional de empoderamiento feminista (FER) 4. Marco de Escuelas Promotoras de la Salud (HSF) 5. Enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1979)
	Herramientas de evaluación	1. Body Satisfaction Scale (versión de 6 ítems). 2. Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson, & Stormer, 1995). 3. Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (Heinberg et al., 1995). 4. The Perception of Teasing Scale (POTS)—Revised for Adolescents Scale (Williams, 2000). 5. Eating Attitudes Test (ChEAT) – versión para niños. 6. Silencing the Self Scale (STSS). 7. Eating Attitudes Test (EAT-26)"
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal

		2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
12. Imagen y Salud. Alianza para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Andalucía.	Autor	Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción de la Salud.
	Año	2014
	Idioma	Español
	Base de datos	Google Academico (Body Project)
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Salud Pública
	Sexo	Femenino y Masculino
	No. de Participantes	1. Escuela primaria y secundaria (prevención universal) 2. Escuelas profesionales con poblaciones específicas en riesgo, tales como bailarinas de ballet, atletas, escuelas de modelos (prevención selectiva) 3. Niñas adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimentarios a niveles subclínicos (prevención indicada).
	Ciclo vital	Adolescentes (entre 15 y 17 años de edad)
	Contexto	Escuela primaria Escuela secundaria

		Escuelas profesionales
	País de los programas	Andalucía, España
	País del artículo	Andalucía, España
	Factores de riesgo	1. El culto al cuerpo 2. La equiparación de autocontrol y delgadez 3. La identificación entre autoestima 4. Aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados 5. Preocupaciones sobre la figura corporal 6. Las dietas 7. Deseo obsesivo por ser delgadas 8. La alimentación desordenada
	Características del programa	1. El Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia reconocen a los trastornos de la conducta alimentaria como “patologías graves de salud mental”. Contemplan que “debido a la evidencia de que muchas anorexias y bulimias graves han empezado en la adolescencia o pre adolescencia, sería deseable la realización de programas de prevención primaria, intervención primaria y, tras el paso por los programas anteriores, intervención especializada”. 1.1. Tiene como objetivo generar, desde el ámbito de la salud pública y en el marco del paradigma del desarrollo positivo y los activos de salud, una estrategia de: análisis compartido, debate social, intervención sociocultural y recursos de apoyo para las familias sobre los determinantes, factores de vulnerabilidad, vectores culturales, estereotipos e imágenes de producción mediática, así como sobre las influencias educativas, informativas, publicitarias y comerciales que fomentan los trastornos de la conducta alimentaria con especial incidencia en la población infantil y adolescente. 1.2. Los TCA provocan en las personas pautas de comportamiento como dietas restrictivas, vomitar, consumir laxantes, fumar, etc. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son entidades íntimamente relacionadas con el cuerpo y con el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias y con la autoestima de las personas. 2. Objetivos y líneas de intervención del programa: 2.1. Objetivo 1: Mejorar la información social sobre los TCA y promover recursos de apoyo a los padres y al contexto familiar para la comprensión y el manejo de los problemas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (se crea

		un blog, página en redes sociales o material didáctico destinado a la familia para brindar información y apoyo que les proporcione pautas). 2.2. Objetivo 2: Tejer alianzas con asociaciones (profesionales y de afectados), instituciones y profesionales de distintos ámbitos (autoayuda, cultura, deporte, organizaciones de consumidores y usuarios, diseño, educación, publicidad...) para fomentar una cultura social favorecedora de la autonomía personal de los adolescentes y la vivencia de salud del cuerpo. (Firma de acuerdos o alianzas con Entidades públicas o privadas que desarrollen estrategias o políticas intersectoriales para esta problemática de salud pública). 2.3. Objetivo 3: Impulsar una alianza con los medios de comunicación, en especial los destinados a la mujer y moda, para incluir otros modelos corporales entre sus contenidos. (Acuerdo con prensa, televisión y radio para la inclusión de contenidos diferentes y la presentación de denuncias por abusos en los contenidos). 2.4. Objetivo 4: Alcanzar acuerdos estratégicos con las asociaciones y empresas de publicidad y creadores de moda para promover códigos de autorregulación. (Implementación de un Código de Conducta Publicitaria que impulse buenas prácticas en el uso de imágenes corporales acordes a la diversidad biométrica realmente existente, acuerdo con los creadores de moda y las empresas del sector textil) 2.5. Objetivo 5: Impulsar la formación de los profesionales de los Servicios Sanitarios Públicos en las habilidades y conocimientos en el abordaje de los TCA. (Programar acciones formativas dirigidas a los profesionales del SSPA para actualizar y mejorar la atención a las personas y familiares con TCA). 2.6. Objetivo 6: Fomentar aquellos activos de salud adolescente que favorecen su autoestima, autoimagen, comunicación interpersonal, integración social, juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes de los medios de comunicación. (Incluir propuestas o experiencias creadas por los mismos adolescentes) 2.7. Objetivo 7: Impulsar la mejora del conocimiento epidemiológico de los TCA. (Estudios e investigaciones que se publiquen) 2.8. Objetivo 8: Promover líneas de sensibilización y comunicación social que favorezcan un imaginario social positivo y saludable sobre la belleza, el cuerpo y la imagen personal. (Captación de jóvenes líderes, que colaboren en la transmisión social y mediática de mensajes críticos frente a las presiones de la moda y el consumo)."
	Técnicas	1. Enfoque desde la esfera de la Salud Pública (Prevención y Promoción).
	Herramientas de evaluación	No especificado

	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Participación Social: 3.1. Participación en la comunidad 4. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 4.1. Gestión y mantenimiento de la salud 4.2. Gestión de la comunicación.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
13. Prevención de los Trastornos de la conducta Alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento de un año.	Autor	Mercedes Borda Mas, Carmen Del Río Sánchez, Inmaculada Torres Pérez, M ^a Luisa Avargues Navarro & M ^a Ángeles Pérez San Gregorio
	Año	2009
	Idioma	Español
	Base de datos	Informe académico
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	115 chicas de 1º y 2º grado de secundaria.
	Ciclo vital	Preadolescencia Adolescencia
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	España
	País del artículo	España

	Factores de riesgo	1. Restricción alimentaria (dietas hipocalóricas o inadecuadas) 2. Insatisfacción corporal 3. Preocupación por el peso, la silueta y la imagen corporal.
	Características del programa	1. La edad es una variable que se debe considerar al diseñar un programa de prevención primaria, por lo tanto, debe intervenir en las conductas de riesgo en preadolescentes y adolescentes, porque en esta etapa inicia la internalización del cuerpo "ideal" delgado y las consecuencias que conlleva. Además, es notable que estos grupos de edad se encuentran en las escuelas, en específico, en grados como primero y segundo de secundaria. 2. En el programa puede emplearse un formato interactivo, con materiales didácticos presentados en forma de charlas, medios audiovisuales, folletos informativos y material complementario diverso centrado en los temas de alimentación, peso y silueta. 3. Los temas o contenidos del programa deben favorecer la participación continua de los integrantes del grupo en todas las sesiones. Algunos ejemplos de temas son: "La influencia de los factores socioculturales en el desarrollo de comportamientos orientados hacia la delgadez y las dietas", "Los factores socioculturales", "Imagen corporal, el control del peso y los efectos de las dietas", "Los trastornos de la conducta alimentaria", "Reducción de los factores de riesgo", etc. 4. En las sesiones se puede utilizar el siguiente procedimiento: 1) Proporcionar explicación concisa y sencilla del tema; 2) Explicar los contenidos específicos del día; 3) Realizar preguntas enfocadas en los participantes, inversamente, de los participantes hacia los profesionales; 4) Analizar y debatir los contenidos; 5) Proponer actividades para ejecutar en casa, entre cada sesión. Esto con el propósito de beneficiar la asimilación de los conceptos.
	Técnicas	1. Teoría cognitivo-conductual
	Herramientas de evaluación	1. Test de actitudes ante la alimentación. 2. Escala de imagen corporal. 3. Cuestionario sobre identificación de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación:

		2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Gestión de la comunicación 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
14. Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs.	Autor	Anna C. Ciao, Katie Loth, & Dianne Neumark-Sztainer.
	Año	2015
	Idioma	Inglés
	Base de datos	PubMed
	Tipo de documento	Artículo de revisión
	Disciplina	Psicología Psiquiatría
	Sexo	1. The Weigh to Eat (1995): Femenino 2. Program by Stewart (2001): Femenino 3. Planet Health (2005): 3.1. Femenino y Masculino 3.2. Femenino 3.3. Femenino y Masculino

		4. Student Bodies™ (2006): Femenino 5. The Body Project (2006): Femenino 6. Healthy Weight (2006): Femenino 7. New Moves (2010): Femenino 8. Program by Yager & O'Dea (2010): Femenino y Masculino 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): Femenino y Masculino
	No. de Participantes	1. The Weigh to Eat(1995): 269 2. Program by Stewart (2001): 474 3. Planet Health (2005): 3.1. 1.295 niños y niñas 3.2. 480 niñas 3.3. 1.551 niños y niñas 4. Student Bodies™ (2006): 480 5. The Body Project (2006): 6. Healthy Weight (2006): 7. New Moves (2010): 356 8. Program by Yager & O'Dea (2010): 170 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): 443
	Ciclo vital	1. The Weigh to Eat (1995): Adolescentes 2. Program by Stewart (2001): Preadolescentes y Adolescentes 3. Planet Health (2005): Preadolescentes y Adolescentes 4. Student Bodies™ (2006): Adolescentes y Adultos 5. The Body Project (2006): Adolescentes y Adultos 6. Healthy Weight (2006): Adolescentes y Adultos 7. New Moves (2010): Adolescentes 8. Program by Yager & O'Dea (2010): Adolescentes y Adultos 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): Adolescentes
	Contexto	1. The Weigh to Eat(1995): Escuela secundaria 2. Program by Stewart (2001): Escuelas de nivel medio y superior 3. Planet Health (2005): Escuela de nivel medio 4. Student Bodies™ (2006): Universidad 5. The Body Project (2006): Universidad 6. Healthy Weight (2006): Universidad 7. New Moves (2010): Escuela secundaria 8. Program by Yager & O'Dea (2010): Universidad 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): Escuela secundaria

	País de los programas	1. The Weigh to Eat (1995): Israel 2. Program by Stewart (2001): Reino Unido 3. Planet Health (2005): Estados Unidos 4. Student Bodies™ (2006): Estados Unidos 5. The Body Project (2006): Estados Unidos 6. Healthy Weight (2006): Estados Unidos 7. New Moves (2010): Estados Unidos 8. Program by Yager & O'Dea (2010): Australia 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): España
	País del artículo	Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. The Weigh to Eat (1995): nutrición, alimentación saludable, actividad física saludable, impacto de los medios sobre la imagen corporal y la autoestima, asertividad. 2. Program by Stewart (2001): presiones socioculturales para la delgadez, comentarios sobre el peso y la forma, insatisfacción corporal, autoestima, dieta y nutrición, estrés. 3. Planet Health (2005): comportamiento en ver televisión, actividad física, nutrición. 4. Student Bodies™ (2006): insatisfacción corporal y la imagen corporal, control de peso y nutrición saludable. 5. The Body Project (2006): internalización ideal delgada, insatisfacción corporal, dieta. 6. Healthy Weight (2006): insatisfacción corporal, autopercepción, dieta 7. New Moves (2010): satisfacción corporal, conductas no saludables de control del peso 8. Program by Yager & O'Dea (2010): autoestima, nutrición y prevención del suicidio. 9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): alfabetización mediática, ideal estético corporal, creencias y los conocimientos de nutrición, satisfacción corporal.
	Características del programa	1. Estos resultados sugieren la importancia de incluir contenidos de intervención interactiva y abordar los factores de riesgo que son específicos de la patología del trastorno alimentario (por ejemplo, dieta). 2. Algunos temas que se pueden abarcar son: alimentación saludable y la nutrición, conocimiento mediático/presiones socioculturales, la aceptación del cuerpo/satisfacción del cuerpo, actividad física moderada y saludable,

		educación sobre el control de peso saludable, autoestima, asertividad, estrés, reducción de ver televisión, el auto-empoderamiento y apoyo social, la prevención del suicidio, etc. 3. No incluir la psi coeducación específicamente en trastornos alimentarios en el programa; ni incluir el compartir sus experiencias personales con los trastornos de la conducta alimentaria. 4. Implementación de las categorías de situación de riesgo: universales, selectivas e indicadas. 5. Los formatos que se pueden aplicar son: Formato de grupo presencial y/o Formato en línea o virtual. 6. El programa puede desarrollarse en: La escuela dentro del Currículo escolar, Grupos independientes (es decir, reclutados), Grupos específicos de la población (por ejemplo, equipos de atletismo). 7. El rango de tiempo en que pueden realizarse las actividades o talleres del programa es: una a tres horas a través de 3 a 32 sesiones durante uno a dos años. 8. La intervención puede ser aplicada por líderes profesionales (por ejemplo, el personal de investigación y profesionales de la salud mental con experiencia en trastornos alimentarios) y/o líderes no profesionales (por ejemplo, el personal de la escuela, líderes).
	Técnicas	1. The Weigh to Eat (1995): Teoría cognitiva social 2. Program by Stewart (2001): Teoría cognitivo-conductual o del comportamiento 3. Planet Health (2005): Teoría cognitiva social 4. Student Bodies™ (2006): Teoría cognitivo-conductual o del comportamiento 5. The Body Project (2006): Teoría de la disonancia cognitiva 6. Healthy Weight (2006): Teoría cognitivo-conductual o del comportamiento, Ciencia nutricional y Técnicas conductuales de control de peso 7. New Moves (2010): Teoría cognitiva social 8. Program by Yager & O'Dea (2010): Teoría cognitivo-conductual o del comportamiento

		9. Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media (2011): Teoría cognitiva social
	Herramientas de evaluación	Program by Stewart: children's EAT
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Preparación de la comida y la limpieza 5.4. Gestión de la comunicación 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
15. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial.	Autor	Angelika Weigel, Antje Gumz, Natalie Uhlenbusch, Karl Wegscheider, Georg Romer & Bernd Löwe.
	Año	2015
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo científico original breve
	Disciplina	Psiquiatría
	Sexo	Femenino
		Masculino
	No. de Participantes	1848 estudiantes de 8º o 11º grados
	Ciclo vital	Adolescencia (14 a 17 años)
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	Alemania
	País del artículo	Alemania
	Factores de riesgo	1. Internalización de ideales de belleza occidental 2. Insatisfacción corporal 3. Auto-concepto 4. Síntomas de la depresión 5. Ansiedad
	Características del programa	1. La intervención propuesta por los autores se establece en 3 unidades cada una de 90 minutos, entregadas en un período de 2 semanas. 2. Un Manual para cada sesión utilizado por profesionales del área de salud y los docentes. 3. Reuniones con el grupo docente para verificar la aplicación del manual en el proceso de enseñanza-aprendizaje. 4. Según las unidades definidas en el artículo se reconocen los siguientes procesos: 4.1. Unidad 1: Trabajar temas como la definición de los diferentes ideales de belleza occidental para hombres y mujeres jóvenes, los estereotipos negativos y

		positivos asociados, los factores y la influencia de los medios de comunicación, la familia y compañeros. Esto fomentando la reflexión individual y utilizando herramientas como carteles, vídeos, etc. 4.2. Unidad 2: Evaluar el aprendizaje adquirido en la unidad anterior por medio de una hoja de evaluación. Algunos temas que pueden tratarse son la percepción del cuerpo, autoconfianza, medios de comunicación social, consecuencias físicas de los TCA, alimentación y nutrición. Los instrumentos que pueden emplearse son fotos, vídeos, tarjetas, revistas, etc. 4.3. Unidad 3: Los temas a tratar: factores de riesgo de TCA, tratamiento de los TCA."
	Técnicas	No especificado
	Herramientas de evaluación	"1. Examination-Questionnaire (Ch-EDE-Q) 2. Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-G) 3. Kid's Eating Disorder Survey (KEDS) 4. Multidimensional Self Concept Scale (MSWS) 5. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) 6. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)"
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Preparación de la comida y la limpieza 5.4. Gestión de la comunicación 6. Juego: 6.1. Exploración del juego

		6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
16.Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions	Autor	Zali Yager y Jennifer A. O'dea.
	Año	2008
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo de revisión
	Disciplina	Trabajo social Educación
	Sexo	Femenino: 21 Femenino y Masculino: 1 (Rabak-Wagener et al., 1998) "
	No. de Participantes	1. Springer et al., (1999): 24 estudiantes universitarias 2. Mutterperl and Sanderson, (2002): 107 estudiantes 3. Mann et al., (1997): 113 estudiantes 4. Franko, (1998): 19 estudiantes 5. Martz and Bazzini, (1999): 114 mujeres en el primer estudio y 77 en el segundo 6. Stice and Ragan, (2002): 66 estudiantes 7. Stice et al., (2006): 95 estudiantes 8. O'Brien and Le Bow, (2007): 24 estudiantes 9. Butters and Cash, 1987): 31 estudiantes 10. Dworkin and Kerr, (1987): 79 estudiantes 11. Rosen et al., (1989): 23 estudiantes 12. Nicolino et al., (2001): 85 estudiantes. 13. Winzelberg et al., (1998): 57 estudiantes. 14. Celio et al., (2000): 67 estudiantes 15. Winzelberg et al., (2000): 52 estudiantes. 16. Zabinski et al., (2001): 62 estudiantes. 17. Franko et al., (2005): 240 estudiantes. 18. Taylor et al., (2006): 480 estudiantes.

		19. Rabak-Wagener et al., (1998): 105 estudiantes. 20. Irving and Berel, (2001): 110 estudiantes. 21. Posovac et al., (2001): 125 estudiantes. 22. Watson and Vaughn, (2006): 54 estudiantes. 23. Stice et al., (2000): 30 estudiantes. 24. Matusek et al., (2004): 84 estudiantes. 25. Green et al., (2005): 155 estudiantes. 26. Becker et al., (2005): 161 estudiantes. 27. Mitchell et al., (2007): 93 estudiantes
	Ciclo vital	Adolescentes Adultos jóvenes
	Contexto	Escuela secundaria y Universidad
	País de los programas	1. Springer et al., (1999): Estados Unidos 2. Mutterperl and Sanderson, (2002): Estados Unidos 3. Mann et al., (1997): Inglaterra, Estados Unidos y Nueva Zelanda 4. Franko, (1998): Estados Unidos 5. Martz and Bazzini, (1999): Estados Unidos 6. Stice and Ragan, (2002): Estados Unidos 7. Stice et al., (2006): Estados Unidos 8. O'Brien and Le Bow, (2007): Canadá 9. Butters and Cash, (1987): Estados Unidos 10. Dworkin and Kerr, (1987): Estados Unidos 11. Rosen et al., (1989): Estados Unidos 12. Nicolino et al., (2001): Estados Unidos 13. Winzelberg et al., (1998): Estados Unidos 14. Celio et al., (2000): Estados Unidos 15. Winzelberg et al., (2000): Estados Unidos 16. Zabinski et al., (2001): Estados Unidos 17. Franko et al., (2005): Estados Unidos 18. Taylor et al., (2006): Estados Unidos 19. Rabak-Wagener et al., (1998): Estados Unidos 20. Irving and Berel, (2001): Canadá 21. Posovac et al., (2001): Estados Unidos 22. Watson and Vaughn, (2006): Estados Unidos 23. Stice et al., (2000): Estados Unidos 24. Matusek et al., (2004): Estados Unidos 25. Green et al., (2005): Estados Unidos 26. Becker et al., (2005): Estados Unidos

		27. Mitchell et al., (2007): Estados Unidos
	País del artículo	Australia
	Factores de riesgo	Los autores no establecen como tal un listado de factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario, si no que mencionan posibles acciones o pensamientos que realizan los jóvenes tales como ejercicio excesivo, dietas e insatisfacción corporal.
	Características del programa	1. Los programas de prevención resultan ideales establecerlos en el contexto universitario ya que este brinda oportunidad de trabajar más fácil y directamente con población joven previniendo futuras enfermedades y brindando herramientas para cuidar de la salud. 2. El porcentaje de estudiantes masculinos relacionados con la insatisfacción corporal se ha visto aumentado, en hombres se identifican el abuso de esteroides, ejercicio excesivo y moldeamiento corporal. 3. La revisión exhaustiva de programas evidenció que no es recomendable hacer uso de programas psico-educacionales, cognitivo conductual y de información didáctica en universidades que quisieran un programa de prevención a larga escala, ya que presentaba resultados limitados y poco significativos. 4. Los programas que más dieron resultados exitosos eran aquellos basados en la disonancia y los que hacían uso de medios virtuales enfocados en la mejora de la autoestima debido a que esta es un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.
	Técnicas	"1. Información didáctica: Springer et al., (1999); Mutterperl and Sanderson, (2002). 2. Psi coeducación: Mann et al., (1997); Franko, (1998); Martz and Bazzini, (1999); Stice and Ragan, (2002); Stice et al., (2006); Stice et al., (2002); O'Brien and Le Bow, (2007) 3. Cognitivo-conductual: Butters and Cash, (1987); Dworkin and Kerr, (1987); Rosen et al., (1989); Nicolino et al., (2001) 4. Programas virtuales: Celio et al., (2000); Winzelberg et al., (1998); Zabinski et al., (2001); Winzelberg et al., (2000); Franko et al., (2005); Taylor et al., (2006) 5. Alfabetización mediática: Rabak Wagener et al., (1998); Irving and Berel, (2001); Posovac et al., (2001); Watson and Vaughn, (2006). 6. Disonancia cognitiva: Stice et al., (2000); Matusek et al., (2004); Green et al., (2005); Becker et al., (2005); Mitchell et al., (2007)"

	Herramientas de evaluación	No especificado
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Preparación de la comida y la limpieza 5.4. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
17."Primary Prevention of Eating Disorders: Characteristics of Effective Programmes and How to Bring Them to Broader Dissemination"	Autor	Uwe Berger, Melanie Sowa, Bianca Bormann, Christina Brix and Bernhard Strauss
	Año	2008
	Idioma	Inglés
	Base de datos	MasterFILE
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	1006 estudiantes de secundaria
	Ciclo vital	Preadolescencia Adolescencia
	Contexto	Escuela secundaria

	País de los programas	Alemania
	País del artículo	Alemania
	Factores de riesgo	1. Sexo femenino 2. Preocupación sobre el peso 3. Imagen corporal negativa 4. Dietas 5. Bajo apoyo social
	Características del programa	1. Se desarrolla de la mano con las instituciones educativas y el sistema de salud de Thuringia, Alemania. 2. Quienes imparte el programa son los mismos docentes de las instituciones que han sido previamente entrenados para esto. 3. Para la concepción se hace uso del modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad 4. En la revisión realizada por los autores encuentran que las características de programas de prevención exitosos son: a) formato interactivo, b) prevención selectiva, c) múltiples sesiones, d) población femenina, e) población femenina mayor de 15 años, y f) a cargo de profesionales.
	Técnicas	1. Modelo biopsicosocial 2. Juego de roles 3. Técnica de disonancia cognitiva
	Herramientas de evaluación	1. Cohen's Criteria 2. DSM-IV 3. EAT test
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio

		4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
18.Primary Prevention of Eating Disorders: A Constructivist Integration of Mind and Body Strategies	Autor	Melinda Scime y Catherine Cook-Cottone
	Año	2008
	Idioma	Inglés
	Base de datos	PubMed
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	75 participantes
	Ciclo vital	Adolescencia
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	Estados Unidos
	País del artículo	Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. Insatisfacción corporal 2. Ideales de delgadez 3. Influencia mediática
	Características del programa	1. Los contenidos del programa están dirigidos a la protección de los factores de riesgo tales como imagen corporal, los medios y el ideal de delgadez, la autoestima, la competencia y la resiliencia. 2. Se realizaron 10 sesiones semanales de 90 minutos después de la jornada escolar con cinco grupos separados de participantes que iniciaron en diferentes fechas. 3. El programa tiene dos componentes, uno dirigido a lo mental y el otro a lo corporal, en el componente mental se trabaja con debates en torno a los factores de riesgo y los factores protectivos, tales como competencia, autoestima física y nutrición, insatisfacción corporal y la presión sociocultural que ejercen los medios.

		En el componente corporal se trabaja con yoga, técnicas de respiración, ejercicios de relajación y de visualización. 4. Como producto de las sesiones cada grupo creó una revista o un DVD relacionado con la temática del programa sobre la prevención de trastornos alimentarios.
	Técnicas	1. Marco de trabajo de psicología positivista 2. Enfoque constructivista
	Herramientas de evaluación	1. Eating Disorder Inventory-2 2. Treatment Efficacy Scale 3. Índice de masa corporal 4. Perceived Stress Scale (PSS) 5. Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS25).
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
19. Prevención de trastornos de alimentación. Un	Autor	María Isabel Casado Morales y Mayte Helguera Fuentes
	Año	2008
	Idioma	Español
	Base de datos	Scielo
	Tipo de documento	Artículo científico original

primer programa de prevención en dos fases.	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino Masculino
	No. de Participantes	9 adolescentes y 10 padres y madres de familia.
	Ciclo vital	Adolescencia Adultos
	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	España
	País del artículo	España
	Factores de riesgo	1. Perfeccionismo 2. Auto exigencia elevada 3. déficit de autoestima 4. Déficit de autorefuero 5. Exceso de autocrítica 6. Impulsividad 7. Intolerancia a la frustración 8. Necesidad de aprobación 9. Insatisfacción corporal 10. Relaciones sociales insatisfactorias 11. Modelos familiares 12. Presión social 13. Actitudes hacia la comida 14. Autoestima 15. Adolescencia como etapa de cambio 16. Habilidades sociales 17. Estereotipos 18. El estilo atributivo
	Características del programa	1. El programa se encuentra compuesto por dos fases, una primera dirigida a la población adolescente y en la segunda fase dirigida a los padres de familia. 1.1. Primera fase "Educación emocional en la adolescencia": El objetivo fundamental de esta primera fase de la intervención es realizar una prevención psicoeducativa, dotando a los participantes de la información necesaria acerca de los trastornos de alimentación y de las variables relacionadas con los mismos. Además se trata especialmente de minimizar la vulnerabilidad emocional para

		desarrollar un trastorno de alimentación proporcionando estrategias de afrontamiento adecuadas en cada una de las áreas relevantes en la aparición y desarrollo de estos trastornos. El programa se desarrolla en once sesiones de una hora y treinta minutos de duración, con periodicidad semanal. A cada factor de riesgo se le dedica entre una y dos sesiones; también se incluye en el contenido del programa el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, que se completa a lo largo de cinco sesiones. 1.2. Segunda fase “Escuela de Padres para la Detección y Prevención de Trastornos de Alimenticios”: El trabajo con padres cubre un doble objetivo: en primer lugar, dotar a los padres de la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encontraran dentro de los factores riesgo y saber actuar de la forma más adecuada ante su detección. En segundo lugar, conocer el perfil de conocimientos y actitudes sobre trastornos de alimentación de los padres de adolescentes en riesgo, de cara a diseñar en el futuro acciones preventivas que se ajusten totalmente a las necesidades que presenta esta población. Se hace asimismo hincapié en el desarrollo de habilidades sociales para manejar situaciones cotidianas padres-hijos, con el objetivo de favorecer la comunicación y la empatía que facilite la detección precoz por parte de los padres de conductas de riesgo o trastornos incipientes, así como un contexto familiar que actúe en sí mismo como agente protector en el posible desarrollo del trastorno. El programa se desarrolla en ocho sesiones de hora y media de duración, con periodicidad semanal.
	Técnicas	1. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobso 2. Técnicas de manejo de conflictos y de comunicación constructiva 3. Juego de roles
	Herramientas de evaluación	1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA- y su versión para adolescentes ISRA J. 2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria –EDI 2 3. Se elaboró un cuestionario adhoc “Cuestionario de Actitudes y Conocimientos” 4. Índice de masa corporal.
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales

		3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 6. Juego: 6.1. Exploración del juego 6.2. Participación en el juego.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
20. Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro.	Autor	Gemma López-Guimerà, David Sánchez-Carracedo y Jordi Fauquet.
	Año	2011
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scielo
	Tipo de documento	Artículo de revisión
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino Masculino
	No. de Participantes	47 artículos revisados, no se menciona la cantidad de población con la que se trabajó en cada uno
	Ciclo vital	Infancia Preadolescencia Adolescencia
	Contexto	Escuela primaria Escuela secundaria

	País de los programas	1. Escocia: 1 2. Estados Unidos: 17 3. España: 3 4. Israel: 1 5. Italia: 2 6. México: 1 7. Australia: 8 8. Canadá: 4 9. Croacia: 1 10. Alemania: 1 11. No especificado: 8
	País del artículo	España
	Factores de riesgo	Los autores no establecen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios.
	Características del programa	1. Se debe abrir un debate serio sobre el establecimiento de las características y metodología, así como de contenido que deben tener los programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria. 2. En su mayoría los programas de prevención universal han arrojado resultados poco favorables para reducir los factores de riesgo, en algunos casos en su evaluación post programa ha evidenciado cambios, sin embargo cuando se re evalúan después de un tiempo se ha encontrado que ya no hay cambios significativos, por lo cual estos programas no resultan efectivos en el tiempo. 3. Se encontró que los mayores efectos para reducir los factores de riesgo son programas selectivos, interactivos, con sesión múltiple, dirigida a población femenina, con edad superior a 15 años, haciendo uso de instrumentos validados y realizado por personal experto. A pesar que este tipo de programas universales tiene efectos limitados en cuanto a la reducción de factores de riesgo, si demuestra resultados en cuanto al conocimiento del tema. Se encontró también debilidades en cuanto a la metodología y la homogeneidad de esta. 4. Los autores consideran que para estudios futuros se tenga en cuenta lo siguiente: • Incrementar el número de evaluaciones controladas

		• Aumentar el tamaño de las muestras, Informar y controlar posibles diferencias en función de los participantes que completan el programa y los que lo abandonan, • Diseñar estudios que comparen diferentes intervenciones entre sí o una intervención frente a una intervención alternativa • Realizar sesiones de refuerzo • Usar diseños de desmantelamiento que permitan identificar qué componentes son más eficaces, • Utilizar instrumentos de evaluación estandarizados • Realizar un seguimiento más extenso • Examinar los factores que pueden mediar los efectos de la intervención y efectuar replicaciones independientes de los programas más prometedores.
	Técnicas	No especificado
	Herramientas de evaluación	• Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmstead y Polivy, 1983) y sus versiones más recientes, el EDI-2 (Garner, 1991) y el EDI-3 (Garner, 2004), el Eating Attitudes Test (EAT; Garner y Garfinkel, 1979), y su versión para niños y adolescentes, el Children's Eating Attitudes Test ChEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988). • I Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994) y Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire (SCOFF; Morgan, Reid y Lacey, 1999) Rosenberg Self Esteem (Rosenberg, 1965) • Body Esteem Scale (BES; Mendelson, Mendelson y White, 2001). Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson y Stormer, 1995) • I Perception of Teasing Scale (POTS; Thompson, Cattarin, Fowler, Fisher, 1995).
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales

		3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
21. Program in practice: Full of Ourselves: A wellness Program to Advance Girl Power, Health & Leadership: An Eating Disorders Prevention Program That Works.	Autor	Lisa A. Sjostrom, Edm; Catherine Steiner-Adair, Edd.
	Año	2005
	Idioma	Inglés
	Base de datos	PubMed
	Tipo de documento	Artículo científico original
	Disciplina	Psiquiatría
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	Más de 500 mujeres en 5 Estados.
	Ciclo vital	Infancia Preadolescencia (8 a 14 años de edad)
	Contexto	Escuelas secundarias Campamentos Bibliotecas Iglesias Otros espacios en la comunidad
	País de los programas	Boston, Massachusetts, Estados Unidos

	País del artículo	Boston, Massachusetts, Estados Unidos
	Factores de riesgo	1. La imagen corporal 2. La insatisfacción corporal 3. Baja autoestima
	Características del programa	1. El objetivo de este programa de prevención es dar a las niñas una lente totalmente diferente a través del cual ver, saber, y valorarse a sí mismos y otros. Bajo el enfoque del poder, la salud, y liderazgo. 2. Todo lo que se necesita es una comunidad de apoyo y 1 o 2 mujeres adultas comprometidas para facilitar sesiones de grupos de más de 2 a 4 meses. 3. El programa ofrece una amplia gama de material de apoyo, incluyendo temas como "" co-facilitación: retos y recompensas"", divulgación e intervención y la participación de los padres". 4. Se debe programar una sesión de información al final en el que las niñas puede resumir lo que han aprendido y compartir sus puntos de vista. 5. Enseña habilidades para la vida más allá de la salud y la nutrición (por ejemplo, la resolución de conflictos, contrarresta las burlas y la intimidación). 6. Interviene en factores de riesgo psicológicos no relacionados con los síntomas, tales como baja autoestima, perfeccionismo y la reactividad al estrés a través de habilidades de afrontamiento (por ejemplo, la meditación, la escritura de un diario, la sintonización de señales de estrés corporal). 7. Incluye el aprendizaje experimental (por ejemplo, juegos de rol, ""llamadas a la acción"", el yoga, y ejercicio). 8. El marco de trabajo no debe estar basado en la patología, sino en los factores de riesgo. Solo se aborda la patología (anorexia, bulimia) si las niñas son las que piden o expresan ideas sobre el tema. "
	Técnicas	1. Enfoque Poder 2. Enfoque de Salud 3. Enfoque de liderazgo 4. Activismo

	Herramientas de evaluación	Planeación de actividades de intervención donde se genere un análisis critico frente a la temática.
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación de la Familia 5. Juego: 5.1. Exploración del juego 5.2. Participación en el juego. 6. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 6.1. Gestión y mantenimiento de la salud.
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
22. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la Conducta alimentaria para entrenadores.	Autor	Isabel Díaz Ceballos
	Año	2005
	Idioma	Español
	Base de datos	Redalyc
	Tipo de documento	Artículo Científico Original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	No especificado
	Ciclo vital	Adolescencia Adultez

	Contexto	Escuelas profesionales (deportes)
	País de los programas	España
	País del artículo	España
	Factores de riesgo	1. Presión social 2. Presión de los compañeros de equipo 3. Presión del deporte 4. La práctica deportiva 5. Características psicológicas del deportista 6. Presión del entrenador
	Características del programa	1. Se diseñará una primera fase en la que se dará a conocer el programa a los clubes, a las asociaciones deportivas y a los equipos. Se expondrá la necesidad de programas de prevención en determinadas edades y especialmente en aquellos deportes de mayor riesgo. Una vez conseguida la confirmación y constituido el grupo de trabajo, se realizará una evaluación previa del conocimiento de los entrenadores sobre: Trastornos de la alimentación y nutrición, así como la percepción de su capacidad de comunicación con los deportistas y padres. 2. Una vez efectuada la evaluación, se comenzará la intervención con los entrenadores. El método utilizado serán los talleres grupales, en los que se desarrollarán dinámicas grupales. Los talleres serán semanales con una duración aproximada de 120 minutos, impartidos por una psicóloga del deporte especializada en TCA con la ayuda de un nutricionista. 3. El principal objetivo será concienciar a los entrenadores de la necesidad de practicar prevención en el ámbito de la salud en general y de los TCA en particular. Las técnicas empleadas serán de tipo cognitivo- conductual. Fomentando el trabajo en grupos y la práctica activa de las mismas tanto durante los talleres como en los entrenamientos diarios. Tras la puesta en marcha de los módulos se evaluará de nuevo el conocimiento de los entrenadores sobre TCA y nutrición así como la percepción de su capacidad para la comunicación con deportistas y padres.
	Técnicas	1. Teoría cognitivo-conductual
	Herramientas de evaluación	No especifican

	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
23. Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria.	Autor	Gilda Gómez Péresmitré, Rodrigo León Hernández, Silvia Platas Acevedo, Mariana Lechuga Hernández, Diana Cruz, Alfredo Hernández Alcántara
	Año	2015
	Idioma	Español
	Base de datos	Redalyc
	Tipo de documento	Artículo Científico Original
	Disciplina	Psicología
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	58 estudiantes
	Ciclo vital	Adolescentes
	Contexto	Escuela secundaria

	País de los programas	México
	País del artículo	México
	Factores de riesgo	1. Insatisfacción corporal 2. Ideales de delgadez 3. Preocupación por el peso y la comida 4. Dietas restrictivas 5. Conducta alimentaria restrictiva
	Características del programa	1. Programa con formato Psicoeducativo. Tiene por objetivo proporcionar información de los factores de riesgo asociados con los TCA y cómo contrarrestarlos, consta de 5 sesiones de 90 min. Las temáticas que integran el programa por sesión son: 1) Presentación facilitadoras, autoestima y autoconcepto, y triángulo de la salud, 2) Cultura de la delgadez y percepción de la imagen corporal, 3) Diversidad corporal y el contexto sociocultural, 4) Alimentación saludable, diferencia entre dieta restringida y dieta balanceada y 5) Asertividad y cierre del taller. 2. Programa de Realidad Virtual (RVR): Tiene por objetivo promoverla aceptación de la diversidad corporal mejorando la aceptación de la propia imagen y disminuyendo el problema de alteración de la misma. La aplicación consiste en la presentación de un software en el que la participante tiene la posibilidad demanipular avatares que representan su figura ideal, actual y real e interactuar en un medio virtual, al mismo tiempo que se trabaja con los pensamientos negativos y automáticos sobre la propia imagen corporal. Se aplica en una sola sesión con un tiempo estimado de 45 a 60 minutos. El programa está dividido en tres partes: 1) elección de figura; 2) manipulación de avatares y 3) recorrido por escenario virtual. Así como en otros estudios la RV se ha complementado con habilidades sociales, etc., en este se utilizó la técnica "The Subjective Body Dimensions Apparatus" (SBDA), que evalúa las dimensiones corporales subjetivas y permite determinar si se sobre-estiman o sub-estiman las partes del cuerpo
	Técnicas	1. técnica "The Subjective Body Dimensions Apparatus" (SBDA) 2. Prevención selectiva
	Herramientas de evaluación	1. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) 2. Escalas de siluetas corporales"

	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Preparación de la comida y la limpieza 5.4. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
24. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls.	Autor	Katharina Wick, Christina Brix, Bianca Bormann, Melanie Sowa, Bernhard Strauss, y Uwe Berger
	Año	2010
	Idioma	Inglés
	Base de datos	Scopus
	Tipo de documento	Artículo Científico Original
	Disciplina	Trabajo social Educación
	Sexo	Femenino
	No. de Participantes	887 estudiantes
	Ciclo vital	Preadolescencia

	Contexto	Escuela secundaria
	País de los programas	Alemania
	País del artículo	Alemania
	Factores de riesgo	1. Preocupación por el peso 2. Imagen corporal negativa 3. Dietas 4. Poco apoyo social
	Características del programa	1. Para el desarrollo del programa se estableció una sesión de información para los padres de familia y un día de entrenamiento para los profesores que impartirían el programa a las niñas, adicionalmente se les da un cuadernillo de 100 páginas con información sobre la temática del programa. La intervención con la población escolar consta de 9 sesiones de 45 minutos cada una y un proyecto final opcional. 2. Los autores implementaron tres cuestionarios diferentes: conocimiento sobre los síntomas, autoestima, y conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias. El objetivo del primer cuestionario es indagar en el conocimiento de los síntomas de la enfermedad y si se han padecido o no en el pasado, el segundo cuestionario mide los niveles de autoestima dependiendo de la conformidad o inconformidad hacia el propio cuerpo, y el último busca medir la cantidad de conocimiento hacia los peligros de la Anorexia a nivel emocional, físico y social a corto y largo plazo. 3. El grupo control no recibió tratamiento (educación sobre los efectos negativos de la enfermedad), mientras que el resto recibieron la intervención necesaria junto a padres de familia para poder medir la importancia de adquirir conocimiento sobre las consecuencias de la enfermedad como método de prevención.
	Técnicas	1. Juego de roles 2. Teoría cognitivo conductual
	Herramientas de evaluación	"1. DSM-IV 2. Eating Attitudes Test 3. Eating Disorder Examination"
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal

		2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia 4.3. Participación en la comunidad
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ARTÍCULO	INFORMACIÓN	
25. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales.	Autor	J.C. March, A. Suess, M.A. Prieto, M.J. Escudero, M. Nebot, E. Cabeza y A. Pallicer
	Año	2006
	Idioma	Español
	Base de datos	Redalyc
	Tipo de documento	Artículo Científico Original
	Disciplina	Salud pública
	Sexo	Femenino Masculino
	No. de Participantes	No especificado
	Ciclo vital	Adolescencia Adulthood
	Contexto	Escuela secundaria y Salud publica
	País de los programas	España
	País del artículo	España
	Factores de riesgo	1. Imperativo de delgadez 2. Normatividad de los roles de género 3. Experiencias de Abuso sexual

		4. Conflictos en el entorno familiar 5. Baja autoestima 6. Alto nivel de auto exigencia
	Características del programa	1. Se realizaron cinco grupos focales (con jóvenes, representantes de grupos de padres, profesionales del ámbito de la educación y Atención Primaria, representantes de instituciones públicas y asociaciones) y 14 entrevistas semiestructuradas. 2. Se preguntó a los participantes por su opinión sobre los factores causales de los TCA, fortalezas y debilidades actuales de prevención y tratamiento en los ámbitos de la asistencia sanitaria pública, la educación y las asociaciones de ayuda, lo mejor y lo peor de la atención recibida en centros de salud y hospitales, así como sobre expectativas y propuestas de mejora que se pueden poner en marcha. 3. La metodología cualitativa (grupos focales y entrevistas semiestructuradas) como instrumento que posibilita un conocimiento directo de los discursos, opiniones y sentimientos de los sujetos implicados se consideró especialmente adecuada para alcanzar el objetivo del estudio de lograr un entendimiento de las opiniones y expectativas de diferentes actores sociales respecto a la prevención y el tratamiento de los TCA.
	Técnicas	1. Metodología cualitativa 2. Debates
	Herramientas de evaluación	1. Entrevistas semi-estructurada
	Áreas Ocupacionales	1. Actividades de la vida diaria (AVD): 1.1. Comer 1.2. Alimentación 2. Educación: 2.1. Participación en la educación formal 2.2. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales 3. Ocio o Tiempo libre: 3.1. Exploración del ocio 3.2. Participación en el ocio 4. Participación Social: 4.1. Participación con compañeros, amigos 4.2. Participación en la familia

		4.3. Participación en la comunidad 5. Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): 5.1. Preparación de la comida y la limpieza. 5.2. Gestión y mantenimiento de la salud 5.3. Preparación de la comida y la limpieza 5.4. Gestión de la comunicación
	Patrones de ejecución	1. Hábitos 2. Rutinas 3. Rituales 4. Roles

ANEXO C

PAUTAS PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL	
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	
Tipo de prevención	Atención Primaria en Salud 1. Prevención primaria 1.1. Prevención Selectiva: Individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio.
Enfoque	1. Nutrición 2. Alimentación saludable 3. Ejercicio
Modelos de Terapia Ocupacional	1. Modelo de la Ocupación Humana: (entorno físico, social y cultural) – Motivación (Valores e intereses) – Habituaón (Hábitos y rutinas) – Capacidad de desempeño 2. Modelo Canadiense – Intervención centrada en la persona – Expresión de sentimientos y opiniones – Valores, creencias, medio ambiente y salud 3. Modelo ecológico de Bronfenbrenner – Mesosistema (la familia-la escuela) – Exosistema (Sistema de Salud) – Macrosistema (los medios de comunicación)

Marcos de referencia de Terapia Ocupacional	1. Psicosocial (integración sensitiva, funciones cognitivas, funciones psicosociales e interacciones sociales). 2. Adaptación Ocupacional (las personas generen, evalúen e integren unas respuestas adaptativas). 3. Psicodinámico o analítico (a través del psicoanálisis expresan sentimientos, emociones, sucesos, sueños o fantasías que reprimen o tienen olvidadas). 4. Humanista (imagen o auto concepto). 5. Ecología del desempeño humano (adaptación al contexto o tareas reales). 6. Conductual- Conductual y cognitivo (reaprendizaje de conductas deseadas y adaptativas)
Técnicas	1. Disonancia Cognitiva 2. Alfabetización Mediática 3. Actividad con propósito
PROCESO DE CONVOCATORIA	
Herramientas	Diseñar y entregar en colegios y universidades folletos, volantes, enviar correos electrónicos con mensaje de invitación a participar, donde se informe sobre el programa y sus beneficios.
EVALUACIÓN INICIAL	
Incidencia en los factores de riesgo	Realizar una caracterización inicial de la población participante para definir qué factores de riesgo están presentes.
Herramientas de evaluación	Permite identificar si la población se encuentra o no en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

	– Eating Attitudes Test (EAT) – Eating Disorder Inventory (EDI) – Cuestionario de las actitudes socioculturales sobre la apariencia (SATAQ-3)
CARÁCTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	
Tipo de población	– Sujetos en riesgo de desarrollar un TCA. – Padres de familia – Comunidad educativa
Sexo	– Femenino – Masculino
N° de participantes	Rango de 1 - 500 participantes. Formando subgrupos de 10 estudiantes
Ciclo vital	– Preadolescencia – Adolescencia
Contexto	Escuela secundaria o de nivel medio
PROCESO DE INTERVENCIÓN	
Componentes de ejecución	– Físicos – Psicológicos – Mentales – Sociales
Áreas Ocupacionales	– Actividades de la vida diaria – Educación – Participación social – Ocio y tiempo libre – Actividades instrumentales
Patrones de ejecución	– Hábitos – Rutinas – Roles
Profesionales a cargo	Profesionales de la salud o docentes de la institución que conformen equipos interdisciplinarios.

Sesiones de intervención	– Duración: entre 45 y 60 minutos por sesión. – Cantidad: entre 3 y 32 sesiones.
Actividades de intervención	– Debates – Juegos de roles – Dramatizados – Técnicas de comunicación asertiva – Expresiones dramáticas como obras de teatro – Ejercicios para la casa sobre un tema específico – Yoga – Técnicas de respiración – Ejercicios de relajación – Visualización
Proceso de seguimiento	El seguimiento a las personas que participen en el programa será inicialmente a corto plazo de seis meses donde se comprobará que los factores de riesgo hayan desaparecido o disminuidos desde la última intervención, y si es necesario se plantearían una o dos sesiones de refuerzo. Por otro lado se haría un seguimiento a largo plazo de dos años para identificar si el trastorno alimentario se desarrolló o si se cumplieron los objetivos del programa de prevención.