Universidad de la República

Facultad de Psicología

Estudio de los Efectos de una Intervención basada en el Programa preventivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria “ZARIMA” en la Adolescencia temprana en Contexto Escolar en Uruguay.

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Pre-proyecto de Investigación

Amanda Ballesteros

C.I.: 5.692.157-1

Tutora: Prof. Agda. Dra. Gabriela Fernández Theoduloz

Revisora: Asist. Mag. Valentina Paz

Abril 2025, Montevideo.

Índice

Resumen	**2**
Fundamentación	**3**
Antecedentes	**5**
Marco conceptual	20
Problema y preguntas de investigación	**22**
Hipótesis	**23**
Objetivos específicos	**23**
Métodos	**24**
Consideraciones éticas	**29**
Cronograma de ejecución	**30**
Resultados esperados y plan de difusión	**31**
Referencias	**31**

Resumen

La adolescencia es un periodo del desarrollo donde se dan varias transformaciones. Si bien se trata de un grupo vulnerable, especialmente a ciertos trastornos mentales, también se trata de una segunda ventana de oportunidades en donde se pueden crear hábitos y conductas nuevas mediante intervenciones específicas. El presente pre-proyecto de investigación tiene como objetivo investigar el efecto de una intervención basada en el Programa preventivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) “ZARIMA” en la adolescencia temprana (12-13 años) en contexto escolar en Uruguay. El Programa ZARIMA fue diseñado para reducir el riesgo e incidencia de los TCA desde el modelo de la educación para la salud. Sigue un enfoque comprensivo que implica a los padres, profesores y adolescentes, con la intención de cambiar el medio escolar y el hogar. Tiene una duración total de diez horas, que se dividen en cinco sesiones de dos horas, una por semana. Se llevan a cabo durante el horario habitual de la institución. En este estudio se evaluará el efecto del programa sobre las variables de autoestima, conocimientos nutricionales, actitudes alimentarias, satisfacción corporal y habilidades sociales. Se compararán estas variables entre un grupo control y un grupo experimental, con mediciones antes, al finalizar y a los seis meses de finalizada la intervención. El grupo control recibirá la intervención luego de finalizado el estudio. Al finalizar la intervención, se espera que los participantes muestren una mejora en estas variables, reduciendo el riesgo e incidencia de los TCA y que esta mejora se mantenga por un período de seis meses.
Palabras claves: adolescencia, prevención, trastornos de conducta alimentaria, contexto escolar.

Fundamentación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías caracterizado por perturbaciones importantes en los hábitos alimentarios, que afectan el consumo o la absorción de los alimentos, provocando un deterioro importante en la salud del sujeto (American Psychiatric Association [APA], 2014). Son trastornos complejos y generalmente severos, que impactan sobre el bienestar y el funcionamiento de las personas que los padecen. Asimismo, son potencialmente mortales y afectan la calidad de vida de niños y adolescentes así como de las familias. Suelen asociarse a una insatisfacción corporal y preocupaciones excesivas sobre el cuerpo, peso y la alimentación que llevan a hábitos alimentarios peligrosos que obstaculizan el cumplimiento de los requerimientos nutricionales necesarios para un desarrollo y crecimiento sano (Pastore et al., 2023).

La prevalencia de los TCA ha aumentado estas últimas décadas, ya no se considera un problema exclusivo de mujeres jóvenes de nivel socioeconómico alto en países desarrollados. Los estudios epidemiológicos recientes han reflejado un incremento en la incidencia de estos trastornos, tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo, en diversos niveles socioeconómicos, destacando además un aumento de casos en los hombres. Esto sugiere una expansión de la problemática más allá de la población tradicionalmente afectada (Ortiz Cuquejo et al., 2017). Varios estudios han mostrado un aumento alarmante de los TCA en jóvenes de 6 a 18 años durante la pandemia de COVID-19, con un incremento del 40% (Ioannidis, et al., 2022 citado por Pastore et al., 2023). Entre 2000 y 2018, la prevalencia de estos trastornos se duplicó globalmente, pasando del 3,4% al 7,8%, y un análisis reciente indica que el 22,36% de niños y adolescentes presentaron TCA entre 1999 y 2022 (Whitbeck et al., 2008 citado por Pastore et al., 2023).

En América Latina, investigaciones en Brasil y Argentina han encontrado que el riesgo de padecer un TCA en adolescentes y preadolescentes varía entre el 13% y el 61% (Ortiz Cuquejo et al., 2017). Uruguay no cuenta con datos sobre la prevalencia de los TCA por la dificultad para recabar los datos debido a la variabilidad en las formas de presentación y evolución del trastorno (Ministerio de Salud Pública, 2022). Según otras investigaciones en la región, existe una menor prevalencia de anorexia nerviosa, pero una mayor prevalencia de bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Se sugiere que algunos aspectos culturales latinoamericanos pueden proteger contra la anorexia nerviosa, pero aumentar el riesgo de bulimia y el trastorno por atracón (Kolar et al., 2016). La valorización de un cuerpo más curvilíneo y el fuerte vínculo emocional con la comida, parecen ser factores protectores frente a la anorexia nerviosa ya que se valora una figura con más peso corporal. Esto podría explicar

por qué su prevalencia es relativamente más baja en Latinoamérica en comparación con países Europeos o de América del Norte. Sin embargo, este vínculo emocional con la comida y su importancia a nivel social, al ser un medio de socialización en la cultura latinoamericana, así como una forma habitual de regular las emociones, podrían aumentar el riesgo de padecer bulimia o trastorno por atracón. Expresiones típicas como 'barriga llena, corazón contento' reflejan esta relación. También, las altas tasas de sobrepeso en la región, podrían aumentar este riesgo ya que las personas recurren a comportamientos inadecuados para intentar controlar su peso debido a las presiones sociales y los estándares de belleza que se asocian con la figura corporal, incluso cuando este ideal es culturalmente menos estricto en cuanto a la delgadez (Kolar et al., 2016).También, se evidenció que los TCA tienen su inicio principalmente en adolescentes y púberes de sexo femenino (Losada y Eraña, 2019). Los adolescentes son particularmente vulnerables a los trastornos psicológicos, especialmente en sujetos con predisposición genética a trastornos mentales o expuestos a factores de riesgo ambientales (Blakemore, 2018). Son considerados como un grupo de riesgo para los TCA por varios de los desafíos que deben atravesar en este momento evolutivo (Losada y Eraña, 2019). Por eso, la prevención de los TCA debe enfocarse en esta etapa del desarrollo ya que se suele dar su comienzo y los hábitos alimentarios todavía no se han estabilizado (Rutsztein, 2011, citado por Losada y Eraña, 2019).

Para la prevención de este trastorno, se hace énfasis en la etiopatogenia y los factores de riesgo, buscando fomentar buenos hábitos de salud y modificar los malos, para así disminuir la probabilidad de que la enfermedad se desarrolle (Taylor, 2003, citado por Losada y Eraña, 2019). Los factores y las conductas de riesgo incrementan la probabilidad del desarrollo del trastorno teniendo consecuencias funcionales en la vida del sujeto. Estos factores no dependen solo del sujeto, sino que se asocian al contexto sociohistórico que los favorece (Losada y Eraña, 2019). La etiopatogenia de los TCA es múltiple, intervienen factores genéticos, socioculturales, psicológicos, nutricionales, hormonales y neuroquímicos que podrán actuar como predisponentes, desencadenantes o mantenedores del trastorno (Lambruschini y Leis, s.f.).

Desde una perspectiva psicológica, los rasgos de la personalidad influyen en la conducta alimentaria, siendo un factor de riesgo importante en el origen, evolución, pronóstico y tratamiento de los TCA. En la anorexia y la bulimia, la característica principal es el rechazo a mantener un peso corporal adecuado para la talla y estatura, el miedo de subir de peso y la insatisfacción con la imagen corporal. Un indicio temprano de estas patologías es la no aceptación de los cambios corporales durante la adolescencia. También, se incluyen dentro de los factores de riesgo psicológicos, los sentimientos de inadecuación, vacío, descontrol,

autocastigo, conflictos personales y con la sexualidad, dificultades en la socialización, baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal y el perfeccionismo clínico (Losada y Eraña, 2019).

Es fundamental contar con dispositivos enfocados en la prevención, detección y reducción de los factores de riesgo y de los trastornos (Alday y Diéguez, 2012; Losada y Eraña, 2019). Los TCA son un problema de salud pública con altas tasas de mortalidad (Losada, 2011 citado por Losada y Eraña, 2019) y suelen ser diagnosticados en estadios avanzados, lo que conlleva consecuencias graves para la salud (Losada y Eraña, 2019). Debido al aumento de la prevalencia de los TCA en los últimos años, las autoras explican que es necesario abordarlos desde una perspectiva de prevención primaria. Esta se refiere a todas las estrategias que se realicen antes de que se manifieste el trastorno, el objetivo es reducir la incidencia de la enfermedad a través del control de las causas y la exposición a factores de riesgo o aumentando la resistencia de los sujetos a estos.

Existen varios programas preventivos para los de TCA, algunos son exclusivamente para mujeres como Body Project, Body Positive, New Moves, otros son para ambos sexos como Weigh to Eat, Studente Bodies, Healthy Weigh. Estos programas han sido de los que tienen mayor respaldo científico (Canals, 2022). Inicialmente, el programa Body Project creado en Estados Unidos, fue considerado como una opción, pero no fue escogido ya que se aplica en mujeres y es más difícil acceder a los contenidos del programa (National Eating Disorders, s.f.). Por eso, la búsqueda se centró en un programa para ambos sexos y así se llegó al Programa ZARIMA (2022), creado en España, que es coeducativo y se aplica en el entorno escolar facilitando el acceso a la población en riesgo, que permite realizarlo en un medio más natural (Ruiz-Lázaro, 2022). También, se puede suponer que sería más fácil la implementación de un programa español que uno estadounidense en la población uruguaya por los factores socioculturales y las posibles barreras en el lenguaje.

Antecedentes

Para guiar esta investigación, se empezó averiguando sobre los estudios previos de programas preventivos, particularmente para el elegido. Uno de los estudios que evalúa el impacto del programa ZARIMA forma parte de un proyecto que se desarrolla en la ciudad de Zaragoza, España, por el grupo ZARIMA Prevención, un equipo interdisciplinario especializado en el tratamiento y prevención de los TCA. La meta principal de este estudio fue examinar la efectividad de un programa de prevención de TCA, Programa ZARIMA (el detalle del programa se encuentra en el Apartado Métodos), en adolescentes en el entorno

escolar con el fin de reducir la prevalencia y la incidencia de los TCA en esta población (Ruiz-Lázaro, 2022).

Se emplea un diseño experimental con grupo control aleatorizado y multicéntrico. Se realizó un seguimiento de los participantes durante tres años (de 1º a 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO)). Se utilizó una cohorte de 502 adolescentes de 12-16 años, distribuidos aleatoriamente en grupos de intervención y control en 10 colegios, tanto públicos como privados. La intervención consta de un programa de cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración, aplicado por personas previamente entrenadas en el horario escolar con actividades en grupos pequeños y coeducativos. Se combina la evaluación por profesores, entrenamiento de padres y entrenamiento en habilidades de los estudiantes. Un año después de la intervención, se da una sesión de refuerzo para los alumnos y otra sesión para padres (Ruiz-Lázaro, 2022).

Se emplean medidas psicológicas estandarizadas en los grupos intervención y control, pre- y post-intervención como el cuestionario Escala Eating Attitudes Test (EAT-26) que sirve para la detección de posibles casos de TCA y entrevistas semi-estructuradas con el "Sistema SCAN" ("Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"), son un conjunto de instrumentos diseñados para evaluar, medir y clasificar la psicopatología y el comportamiento asociados con los principales trastornos psiquiátricos en adultos (Vázquez-Barquero, 1994), para la detección de TCA según los criterios diagnósticos del manual Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4.ª edición (DSM-IV-TR) (Ruiz-Lázaro, 2022).

Dentro de los resultados principales, en la evaluación basal, el 7,8% de los participantes mostraron riesgo de TCA, sin diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control. Sin embargo, el grupo de intervención mostró una mejora significativa en el conocimiento sobre nutrición y una disminución en la influencia de los estereotipos estéticos sobre el cuerpo. A los 12 meses, el grupo de intervención presentó una disminución significativa en el riesgo de TCA (4,1%) en comparación con el grupo control (10,5%). A los 36 meses, aunque la tasa de riesgo de TCA seguía siendo más baja en el grupo de intervención (3,5%) en comparación con el grupo control (6,7%), las diferencias no fueron estadísticamente significativas debido a la pérdida de participantes en el seguimiento a largo plazo (Ruiz-Lázaro, 2022).

Este estudio demuestra la efectividad de un enfoque preventivo para los TCA realizado en el entorno escolar, involucrando tanto a los estudiantes como a sus padres y profesores. Además, resalta la importancia de enfoques interactivos y multidisciplinarios, lo que puede

ser clave para futuras intervenciones en el ámbito escolar. La investigación también sugiere la necesidad de realizar más estudios para evaluar la sostenibilidad de estos programas a largo plazo y su aplicabilidad en diferentes contextos culturales (Ruiz-Lázaro, 2022).

La siguiente investigación se trata del estudio multicéntrico que aborda la prevención y reducción de los TCA en jóvenes de 12 a 13 años en tres ciudades españolas: Zaragoza, Santiago de Compostela y Santander. El propósito del estudio fue evaluar la efectividad del programa ZARIMA en este grupo etario, dada la prevalencia creciente de estos trastornos en la adolescencia temprana (Ruiz-Lázaro, 2022).

La muestra inicial consistió en 1558 alumnos en 29 colegios públicos y privados de estas tres ciudades. Se seleccionaron 2 aulas de 1º ESO en cada centro, asignando aleatoriamente a cada una al grupo de intervención o al control. La metodología fue la misma que en el estudio mencionado anteriormente. La prevalencia inicial del riesgo de padecer un TCA en la muestra fue del 9,5% (7,8% en varones y 1,3% en mujeres), mientras que la tasa de riesgo final era del 0,8% (0,1% en varones y 1,6% en mujeres). Al evaluar la eficacia del programa, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos inmediatamente después de la realización del taller. Sin embargo, la puntuación media del cuestionario EAT-26 fue significativamente más baja en el grupo de intervención (6,78) que en el grupo control (8,13) al finalizar el taller (Ruiz-Lázaro, 2022).

En el seguimiento a un año, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de sujetos con riesgo de TCA entre los grupos. No obstante, se encontró una diferencia significativa en Santander, donde el grupo de intervención mostró un menor porcentaje de sujetos con riesgo (2,5%) comparado con el grupo control (7,9%). En cuanto a la puntuación del EAT-26, un año después de la intervención, el grupo intervención obtuvo una puntuación media significativamente menor (5,99) que el grupo control (6,94). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la incidencia de nuevos diagnósticos de TCA entre los grupos. Sobre la satisfacción corporal, tanto el grupo control como el de intervención mostraron un aumento significativo en sus puntuaciones (Ruiz-Lázaro, 2022).

En conclusión, el programa ZARIMA mostró ciertos efectos positivos en la puntuación del EAT-26 y la satisfacción corporal, aunque no fue eficaz en la prevención de nuevos diagnósticos de TCA, con algunas variaciones significativas entre las ciudades. Los investigadores concluyen que para probar la validez externa del programa es necesario la evaluación de resultados en contextos más naturales, mediante una administración a mayor escala (Ruiz-Lázaro, 2022).

Marco conceptual

La Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), la adolescencia es una etapa singular del desarrollo humano, desde los 10 hasta los 19 años, que engloba el periodo entre la niñez y la edad adulta. Este desarrollo abarca dimensiones físicas, cognitivas y psicosociales. Blakemore (2018) justifica mediante tres argumentos por qué la adolescencia es, por derecho propio en todas las culturas, un periodo biológico distinguible del desarrollo personal. Primeramente, porque en diferentes contextos socioculturales se manifiestan las conductas típicas relacionadas con este momento evolutivo, como la asunción de riesgos, la timidez, la influencia de los compañeros y la búsqueda de experiencias nuevas (por ejemplo, fumar o beber alcohol). El segundo argumento es que existen pruebas del comportamiento adolescente en otros animales mamíferos, que también cuentan con una fase de desarrollo entre la pubertad y la madurez sexual. Por último, utilizando fragmentos de escrituras de diferentes personajes históricos como Sócrates, Aristóteles y Shakespeare demuestra cómo estas conductas se han visto a lo largo de la historia (Blakemore, 2018). Los conflictos en la adolescencia no son una noción novedosa. Desde el Siglo V, Socrates describe a los adolescentes como impredecibles e inestables, estas características no son algo particular de nuestra época sino que la trasciende (Quintero, 2020). Entonces, estos comportamientos son comunes a las diferentes culturas, a las especies de mamíferos y durante milenios se utilizaban los mismos términos estereotipados que se usan actualmente (Blakemore, 2018).

Esta perspectiva estereotipada de la adolescencia sigue existiendo dentro del corpus del conocimiento científico. Esto no quiere decir que la conceptualización de la adolescencia no ha sufrido modificaciones a través del tiempo pero varios autores piden una normalización y mayor comprensión sobre las conductas inherentes a esta etapa evolutiva (Quintero, 2020). En la adolescencia, se conforman las pautas de comportamiento vitales para sentar las bases de la buena salud. Estos comportamientos se vinculan con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros y tienen el potencial de proteger la salud así como ponerla en riesgo, teniendo consecuencias en el presente o a largo plazo. Una proporción considerable de adolescentes pasará por traumatismos, muertes y enfermedades en el transcurso de este periodo, pero gran parte de los problemas que desencadenan estas son prevenibles y/o tratables (OMS, s.f.).

Por lo tanto, se plantea llegar a un punto medio, evitando considerar a la adolescencia como un periodo complejo ni tampoco normalizando todo lo que sucede en la etapa, particularmente las conductas de riesgo que pueden ser perjudiciales para el sujeto. Se debería pensar en la

adolescencia como una etapa de transición que se puede transitar sin grandes sobresaltos. Es un proceso de transformación biológica muy compleja, en donde se deja atrás al niño que se fue hasta llegar al adulto que será. Se trata de un gran periodo de posibilidades, oportunidades y nuevas experiencias que son claves para el camino hacia la madurez. Este camino es inevitable, así como único. Por eso, no hay una definición simple para la adolescencia (Quintero, 2020). Actualmente, se define como un intervalo entre los cambios biológicos de la pubertad y el momento en que el sujeto se independiza y asume un rol estable dentro de la sociedad. Es decir, que el comienzo depende de factores biológicos mientras que el final pasa a depender del contexto sociocultural, volviéndose más arbitrario (Blakemore, 2018).

La influencia de la cultura interviene en el crecimiento y desarrollo de los sujetos, dificultando la posibilidad de establecer con precisión el inicio o final de la adolescencia (Godoy, 2017). La vida suele estar pensada en etapas sucesivas, que se diferencian basándose en características físicas, psicológicas y sociales. Cada etapa será definida por experiencias específicas, designadas como ritos de iniciación con un valor simbólico, representando un momento de transición. Sin embargo, en la actualidad tales ritos han ido desapareciendo, dejando lugar a fenómenos más espontáneos. Además, en la sociedad actual, debido a los avances tecnológicos y digitales, hasta la manera en que se da la comunicación ha cambiado. La mayoría de los adolescentes tienen un celular, en donde tienen acceso ilimitado a una gran cantidad de información, lo cual afectará la manera en que transcurre el proceso. Esta falta de consenso sobre el inicio y el final de la adolescencia también se ve en la comunidad científica. Algunos especialistas enfatizan que el inicio biológico de la adolescencia es la pubertad pero no está del todo claro (Quintero, 2020).

La pubertad generalmente se define desde una perspectiva endocrina como el proceso en donde la liberación de hormonas propicia ciertos cambios físicos que llevan al crecimiento y la maduración sexual (Quintero, 2020). Tiene una edad de inicio variable, con un amplio rango para lo que se consideraría como esperable (en general, las niñas comienzan entre los 8,5 y 13 años y mientras que los niños comienzan entre los 9,5 y 14 años), las niñas suelen completar el ciclo puberal 2 años antes. El objetivo final es lograr la capacidad reproductiva para cada sexo. Los cambios físicos que surgen por la pubertad son ampliamente conocidos y aceptados como parte de este proceso. A diferencia de los cambios fisiológicos del sistema nervioso que solo recientemente están siendo tomados en cuenta debido a los avances tecnológicos (Casas-Rivero, 2006). Gracias a los escáneres cerebrales y los estudios experimentales, en la actualidad se puede comprender al comportamiento típico adolescente en función de las modificaciones cerebrales subyacentes. Por lo tanto, para explicar este

comportamiento, hay que tener en cuenta muchos factores, tanto ambientales como biológicos (Blakemore, 2018). La adolescencia es un proceso de maduración biopsicosocial que se prolonga en el tiempo (Quintero, 2020).

Etapas de la adolescencia

Ninguna definición logrará describir a cada adolescente ya que no se trata de un grupo homogéneo, es decir, existe mucha variabilidad en los procesos de maduración. Igualmente, la mayor parte de los adolescentes siguen un patrón similar en los aspectos de independencia, la imagen corporal, el grupo de amigos y la identidad según la fase madurativa en la que se encuentren (Quintero, 2020).

Aunque el desarrollo sea un continuum, según Casas-Rivero (2006), la adolescencia se puede dividir en tres etapas: la temprana, media y tardía. A lo largo de esta etapa vital, se alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y el establecimiento de la identidad. Además, se espera que los adolescentes logren independizarse de sus padres, así como la adaptación al grupo, la aceptación de sus múltiples cambios físicos que dan lugar a una nueva imagen corporal y la construcción de la propia identidad, moral, sexual y vocacional

En la adolescencia temprana, de los 11 a los 13 años, se da un rápido crecimiento somático, y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Debido a esto, se pierde la imagen corporal previa, lo que genera preocupación y curiosidad por estos cambios físicos. Los adolescentes se vuelven más propensos a compararse con sus pares, generalmente de la misma edad y sexo, contrarrestando así la incertidumbre causada por estos cambios y consiguiendo una aceptación de estos. A la vez comienzan los contactos con las personas de forma exploratoria. Empiezan los primeros intentos de ajustar los límites de la independencia y de la propia intimidad, sin generar grandes conflictos familiares. Aunque si se da una disminución del interés por las actividades con los padres. El tipo de pensamiento en esta etapa se caracteriza por ser concreto, no se perciben las consecuencias a futuro. Les afecta el fenómeno de la audiencia imaginaria, la sensación de ser observados por otros, a lo que sus comportamientos se verán afectados por ese sentimiento (Casas-Rivero, 2006). Aquí se producen la mayoría de los cambios físicos y biológicos que estarán presentes a lo largo del proceso (Quintero, 2020).

Luego continúa la adolescencia media, de los 14 a 17 años; allí puede observarse un crecimiento y la maduración sexual completados, los cambios que pueden suceder serán mucho más lentos, facilitando el restablecimiento de la imagen corporal. El pensamiento logra ser abstracto por momentos y luego vuelve a ser concreto. Se empiezan a interesar por temas

idealistas y disfrutan de la discusión de ideas. Logran percibir las consecuencias de sus decisiones y actos en el futuro, y pueden empatizar con los sentimientos ajenos. Los comportamientos de riesgo se ven facilitados por una sensación de omnipotencia y la idea de que no les pasará nada malo que puede tener consecuencias a largo plazo. Es la fase con mayor conflicto con los padres, ya que la lucha por emanciparse y tener mayor control sobre su vida gana mayor relevancia (Quintero, 2020). Así, el grupo gana importancia, será la guía que dictará la forma de vestir, de hablar y de actuar, servirá para definir la autoimagen y los códigos de conducta que propiciarán la emancipación. Las opiniones de los pares tendrán mayor peso que las de los adultos referentes. Igualmente, el papel de ellos sigue siendo relevante, en tanto sirven como referencia y dan estabilidad. La importancia de pertenecer a un grupo es vital, incluso aunque se trate de uno marginal. Buscan ser aceptados, lo cual influirá en sus comportamientos, por ejemplo en las relaciones amorosas. Se da un aumento de la actividad sexual (Casas-Rivero, 2006).

En la adolescencia tardía, de los 17 hasta los 21 años aproximadamente, ya se establece el pensamiento abstracto, igualmente no todos consiguen orientarlo al futuro. Así los comportamientos pueden ser influidos según sus implicaciones futuras (Casas-Rivero, 2006). Se da un aumento de la implicación en las conductas de riesgo, como en las conductas sexuales o el consumo de drogas (Quintero, 2020).

El problema de una definición temporal para la adolescencia, al no ser homogénea ni lineal, permite mucha variabilidad en los tiempos y para las diversas culturas, incluso dentro de la misma sociedad. Una delimitación funcional puede resultar más adecuada que una cronológica ya que se pueden encontrar los comportamientos característicos de la adolescencia en personas fuera del rango establecido, como menores de 12 o mayores de 20 (Quintero, 2020). Sin embargo, lo que sí está claro es que a lo largo de este periodo se dan modificaciones significativas estructurales y funcionales en el cerebro (Crews et al., 2007 citado por Godoy, 2007). Particularmente durante la preadolescencia (entre los 10 y 12 años) y la adolescencia temprana (Godoy, 2007).

Cambios cerebrales en la adolescencia

Los cambios cerebrales más relevantes en esta etapa se dan en la región de la corteza prefrontal. Esta se encuentra en la parte delantera del cerebro y tiene mayor volumen en los seres humanos (en relación al tamaño corporal) en comparación con cualquier otra especie. Es la región que nos hace humanos ya que está implicada en el sentido del yo, la autoconciencia, las interacciones sociales, las capacidades cognitivas de alto nivel como la empatía, la inteligencia, las funciones ejecutivas: el autocontrol, la inhibición de las conductas,

la toma de decisiones y la planificación, entre otros (Blakemore, 2018). A lo largo de la adolescencia, esta región pasará por dos procesos importantes simultáneamente. El primero se trata de una poda sináptica, es decir, un descenso del volumen de la sustancia gris (los cuerpos de las neuronas). Las sinapsis que se utilizan para procesar los estímulos se refuerzan mientras que las que resultan innecesarias se borran. El desarrollo y los cambios cerebrales serán influenciados por múltiples factores como la predisposición genética, la vida familiar y social, la cultura, y las experiencias ambientales como los medios de comunicación, la educación, nutrición, entre otros. El segundo es un aumento de la sustancia blanca en diversas regiones cerebrales, los axones de las neuronas están recubiertos por una vaina de mielina, una sustancia blanca que funciona como una especie de grasa aislante que envuelve parte de los axones permitiendo una comunicación con mayor velocidad entre estas (Blakemore, 2018). Esto sucede hasta la adolescencia tardía y el inicio de la adultez. Se logra una mejor comunicación entre las áreas de la corteza prefrontal y con otras zonas del cerebro, como las áreas subcorticales donde se procesan las emociones. Esto es vital para regular las emociones y para el desarrollo del autocontrol. También, suceden transformaciones en las vías neuronales del sistema de recompensa a la corteza prefrontal, en donde la dopamina es la protagonista, afectando su densidad y la distribución de los receptores de este neurotransmisor. Así se potencia la actividad del lóbulo frontal, contribuyendo a avances en las habilidades cognitivas, el razonamiento lógico y el pensamiento abstracto (Godoy, 2017). Estos cambios ayudan a perfeccionar y amoldar al cerebro durante esta fase de maduración, y suelen estabilizarse más adelante (Blakemore, 2018). Los cambios cerebrales permiten una mayor capacidad de razonamiento sobre ellos mismos y sobre el mundo que los rodea, lo que lleva a que se enfrenten a uno de los desafíos más demandantes: la construcción de la identidad propia. Aquí surgen interrogantes sobre quiénes son, sus ambiciones y su futuro, florece la preocupación sobre la imagen que quisieran proyectar a los demás y es un proceso que seguirá incluso en la adultez (Casas-Rivero, 2006).

Todos estos cambios cerebrales tendrán una importante influencia en las diversas conductas, como por ejemplo en un aumento de la búsqueda de placer llevando a que los adolescentes sean más propensos a experimentar conductas de riesgo así como a tomar decisiones impulsivas. Habitualmente, los adolescentes son caracterizados por esta impulsividad, su comportamiento riesgoso y la búsqueda de sensaciones que es parte de esta etapa del desarrollo (Blakemore, 2018).

El yo social y la construcción de la identidad

La adolescencia es un momento evolutivo, de formación mediante el cual el sentido del yo y el yo social, la forma en que uno es percibido por los demás, se vuelven muy importantes

(Blakemore, 2018). Cooley (2017) definió al yo social como cualquier idea o sistema de ideas pertenecientes a la vida comunitaria, que se vuelven propias, es decir que está influenciada por la sociedad y las interacciones sociales y contribuye al proceso de la construcción de la identidad. Durante este proceso se construye un sentido más complejo de moralidad, valores políticos y se dan cambios sobre los gustos e intereses (Blakemore, 2018). Se podría decir que este es el hito más relevante de este proceso, todo adolescente necesita saber quién es, para así poder sentirse respetado y amado (Ives, 2014). La identidad propia evoluciona a lo largo de la vida, a finales de la adolescencia la mayoría ya han desarrollado un sentido de quienes son y cómo quieren ser vistos por los demás (Blakemore, 2018).

El sentido del yo no solo depende del yo social sino también de las evaluaciones propias, según la capacidad de introspección, o sea, el grado de conocimiento sobre las propias conductas y respuestas. Un sentido profundo y complejo del yo tiene sus orígenes en la adolescencia y para este desarrollo el grupo de los amigos o pares es esencial (Blakemore, 2018). El sentido del yo que deriva de cómo nos ven los demás se denomina el yo espejo, este es una parte vital del yo social. Se refiere a la imagen de uno mismo según las percepciones de los demás. Una persona forma su autopercepción al imaginar cómo los demás la ven, interpretando sus reacciones y desarrollando una autoevaluación basándose en esta interacción social (Cooley, 2017). El yo espejo puede provocar sensaciones de satisfacción, orgullo, vergüenza o culpa (Blakemore, 2018).

Los adolescentes son muy vulnerables a la influencia social. La necesidad de aprobación social por los pares, por encima de la de sus familiares, influye mucho en el proceso de toma de decisiones y la asunción de riesgos. Además, puede afectar su autoestima y los vuelve más propensos a adaptarse a las expectativas de sus pares. Así aumentan las probabilidades de ser aceptados socialmente y no verse excluidos, lo cual afecta su estado de ánimo, y puede tener consecuencias a largo plazo. La cultura se vuelve extremadamente relevante también, ya que varían las presiones sociales y expectativas, la presión social puede llevar tanto a la aceptación como a la aversión al riesgo. La adolescencia es una época de una susceptibilidad cultural singular, en la que los jóvenes prestan más atención a ciertas normas culturales y a comportarse según estas (Blakemore, 2018). Actualmente, en la sociedad occidental predomina la tendencia sociocultural de pensar a la delgadez como el ideal de éxito y de aceptación social lo cual influye cada vez en mayor medida sobre los adolescentes (Lambruschini y Leis, s.f.).

La imagen corporal

La imagen corporal es la forma en la que uno se percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995). Es decir, la imagen corporal trata de una representación mental del cuerpo, no es la apariencia física propiamente dicha (Raich, 2000, citado por Salaberria et al., 2007). La imagen corporal se ha transformado en un pilar fundamental de las relaciones sociales así como de la autoestima de la mayoría de las personas. La relación de un sujeto con su físico influirá sobre su estado de ánimo y autoestima. Este es un concepto dinámico que se va construyendo según el momento evolutivo (León et al., 2020). Durante la adolescencia, el cuerpo se vive como fuente de identidad y autoestima. Al ser una etapa de introspección, auto-escrutinio y de la comparación social así como del desenvolvimiento social, podrá aumentar o disminuir la satisfacción con la imagen corporal (Salaberria et al., 2007).

Los medios de comunicación y su relación con la imagen corporal y los hábitos alimentarios

Los medios de comunicación, particularmente las redes sociales tienen una influencia importante sobre el desarrollo de un TCA. El riesgo de desarrollar un TCA incrementa cuanto mayor sea la frecuencia de uso de la redes sociales y si la experiencia es negativa (Ojeda-Martín et al., 2021). Por lo tanto, según este autor, el uso de redes sociales puede considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, ya que la persona queda expuesta ante el resto de los usuarios de las redes sociales, favoreciendo el riesgo de comparación, críticas destructivas, entre otros. Además, el uso de las redes sociales se relaciona con un aumento en la insatisfacción de la imagen corporal. Estas redes funcionan como un medio para lograr la aprobación de la autoimagen, lo que puede llevar a conductas alimentarias perjudiciales.

Dentro de los medios de comunicación actuales, la televisión también funciona como un medio de difusión del estereotipo social, estas terminan impactando sobre la configuración de los estilos de vida de los adolescentes, siendo más fuerte que la influencia de los padres o los médicos. Un 88% de personas anunciantes son flacas o complexión media, y sólo un 12% tienen sobrepeso, reforzando la asociación entre delgadez y popularidad, atractivo o éxito social (Lambruschini y Leis, s.f.). Así, se globaliza el ideal de la belleza que valoriza un cuerpo delgado mientras que se estigmatiza la obesidad. Los medios de comunicación fomentan este mensaje pero a la vez bombardean con imágenes de alimentos deseables pero insanos (Portela de Santana, et al., 2012). La gran parte de los alimentos o bebidas que aparecen publicitados buscan satisfacer las necesidades sociales o emocionales más que las nutricionales (Lambruschini y Leis, s.f.).

Por un lado, la sociedad se encuentra plagada de mensajes que promueven a la delgadez como el estándar de belleza mientras que, por el otro, los medios de comunicación suelen promocionar el consumo de alimentos de bajo valor nutricional y alto valor calórico. La adolescencia se convierte entonces, en un período de gran vulnerabilidad por todos los cambios que se viven, como el comienzo de la independencia, la toma de decisiones propias y la construcción de su identidad e imagen corporal. Cuestionan sus valores e ideales anteriores mientras que adoptan nuevos y una de las consecuencias de estos cambios es la adopción de nuevos patrones alimentarios. Lo cual se relaciona con otra prioridad de este momento evolutivo: tener una imagen corporal satisfactoria y sentirse considerados atractivos por los demás (Lambruschini y Leis, s.f.).

Los medios de comunicación, la publicidad, la moda, entre otros promueven mensajes sobre los estándares de belleza, el peso y las medidas corporales ideales, en una sociedad en donde se anhela la aceptación social (León et al., 2020). Entonces, el cuerpo y sus cuidados se han convertido en un negocio propio, la preocupación e insatisfacción con el cuerpo y el aspecto físico se han transformado en una fuente de consumo (Salaberria et al., 2007). La imagen corporal se va transformando a lo largo de la adolescencia, generando ansiedad y un estado de vulnerabilidad en el proceso de llegar a la aceptación de la nueva imagen corporal (Casas-Rivero, 2006). Esto los predispone a probar y seguir diversas dietas, la mayoría de las veces sin el seguimiento correspondiente por parte de un profesional (Lambruschini y Leis, s.f.). Los adolescentes están expuestos a situaciones novedosas como pasar más tiempo solos o con amigos, ir al liceo por su cuenta, decidir con quién juntarse, entre otros. Por lo tanto, quizá por primera vez, toman más decisiones al margen de los adultos referentes. Aparecen más oportunidades para experimentar, y esta libertad propicia la asunción de riesgos (Blakemore, 2018).

La alimentación del niño o adolescente está sometida a escasa o nula supervisión lo cual favorece lo mencionado anteriormente (Lambruschini y Leis, s.f.). La misma autora menciona un estudio realizado por EUFIC (1995), un 70% de los casos es el niño quién decide qué desayunar, un 25% deciden que almorzar y cenar; además, un 45-50% de los niños no compartían ninguna comida con su familia. Además, es importante remarcar que la mayoría de ellos no tienen suficientes conocimientos nutricionales, aumentando el riesgo de una dieta inadecuada. A esto se le puede sumar el miedo a engordar, lo cual puede llevar a que omitan comidas o sigan dietas populares para bajar de peso, restringiendo grupos de alimentos necesarios, afectando su cumplimiento con los requerimientos nutricionales necesarios para la edad, causando no solamente una pérdida de peso, sino también un retraso del desarrollo físico (Lambruschini y Leis, s.f.).

La adolescencia como un periodo de vulnerabilidad

Según una encuesta (2001- 2003) con más de nueve mil personas de Estados Unidos, tres cuartas partes de todos los casos de enfermedad mental (depresión, trastornos de ansiedad, consumo de drogas, psicosis y TCA) inician antes de los 24 años (Blakemore, 2018). Además, existe una correlación inversa importante entre la edad y el riesgo de padecer un TCA, es decir que los jóvenes con edades más cercanas a la adolescencia tienen un riesgo mayor. Lo cual está en concordancia con la literatura previa que establece que la adolescencia es uno de los factores individuales biológicos de mayor vulnerabilidad (Ojeda-Martín, et al., 2021).

Por este nivel de vulnerabilidad se puede pensar a los adolescentes como una población de riesgo particular, y la formulación de las políticas públicas o cualquier intervención deberían ser diseñadas multidisciplinariamente, considerando los aportes desde la psicología y las neurociencias sobre el desarrollo cerebral en esta etapa (Godoy, 2007). Particularmente por los efectos en el comportamiento, mencionados anteriormente (Blakemore, 2018).

Si bien las políticas educativas suelen centrarse en intervenciones tempranas en la infancia, actualmente se sabe que el cerebro adolescente sigue en una etapa de formación, con una plasticidad cerebral que persiste hasta la adultez temprana (Blakemore, 2018). Esta plasticidad representa una oportunidad para influir positivamente en su comportamiento (Galván, 2014). Por lo tanto, es una población con la que se puede y debe seguir interviniendo, ya que los cambios durante este período tienen mayores repercusiones de lo que se pensaba anteriormente. El cerebro adolescente es un ecosistema delicado, y un pequeño empujón puede afectar negativamente todo el sistema (Blakemore, 2018).

Los trastornos de conducta alimentaria

Según el APA (2014), los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son caracterizados en el manual DSM-5 por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento vinculado a esta, que causa un cambio en el consumo o en la absorción de los alimentos, provocando un deterioro importante de la salud física y afectando el funcionamiento psicosocial. Los TCA se clasifican en: el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones, el trastorno de rumiación, la pica y el trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de los alimentos especificados o no especificados. Los criterios diagnósticos de estos, excluyendo a la pica, siguen una clasificación que es mutuamente excluyente, es decir que un episodio solo podrá tener uno de estos diagnósticos. Si bien comparten características psicológicas y

comportamentales, los trastornos tienen cursos clínicos diferentes, así como el tratamiento requerido.

A continuación se desarrollarán los criterios diagnósticos de los TCA que según el modelo transdiagnóstico de Fairburn comparten el mismo núcleo psicopatológico: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Como se explicará más adelante ciertos mecanismos adicionales se convierten en factores de riesgo psicológicos para estos TCA ayudando a que se desarrollen y mantengan al trastorno (Fairburn, 2003).

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se carecteriza por una restricción persistente de la ingesta energética necesaria o el mantenimiento de un comportamiento que interfiere con un posible aumento de peso que termina en un peso corporal bajo a lo esperado según la edad, el sexo, etc., la persona experimenta un miedo intenso a subir de peso y la forma en la que la persona percibe su peso y constitución corporal está alterada, pueden pensar que tienen sobrepeso o que necesitan perder grasa en determinadas partes corporales. Este miedo no suele aliviarse con una pérdida de peso, incluso puede aumentar aunque se esté perdiendo peso y pueden no reconocerlo (APA, 2014).

Su comienzo suele darse durante la adolescencia o al inicio de la adultez. Se suele dar un periodo de cambio en la conducta alimentaria antes de que la persona cumpla con todos los criterios diagnósticos del trastorno. El curso y el desenlace presentan mucha variabilidad. Este trastorno conlleva un compromiso nutricional (por las restricciones o los comportamientos de purga) que puede causar afecciones médicas que amenazan la salud. La mayoría de estas alteraciones relacionadas con la malnutrición son reversibles mediante el tratamiento adecuado, otras sin embargo no lo son, como la reducción de la densidad ósea. Asimismo, este trastorno se asocia con la preocupación por comer en público, el deseo de controlar lo de su alrededor, un pensamiento inflexible, la sensación de ineficacia, una contención excesiva de la expresión emocional y una espontaneidad social limitada. Tiene una tasa bruta de mortalidad de aproximadamente 5% por década, la causa de muerte suele ser por complicaciones médicas vinculadas al trastorno o por suicidio y el riesgo de suicidio es alto, con una tasa de 12 por 100.000 cada año. Las personas con anorexia nerviosa pueden tener una gran cantidad de limitaciones en el nivel funcional relacionadas a la enfermedad. Por ejemplo, desplegando un aislamiento social importante o dificultades para mantener el rendimiento académico o profesional (APA, 2014).

Bulimia nerviosa

Dentro de los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, se encuentran los episodios recurrentes de atracones, que se caracteriza por dos factores, una ingestión dentro de periodo específico de tiempo, generalmente inferior a dos horas, que es notablemente superior a lo que la mayoría de las demás personas consumirían en ese mismo tiempo, no necesariamente el mismo espacio (el contexto del episodio influenciará en la valoración clínica, por ejemplo si es una festividad) y una sensación de falta de control sobre qué alimentos se consumen durante el episodio (no pueden dejar de comer, ni controlar cuánto ni lo que se come). Estos episodios suelen ser acompañados por una sensación de vergüenza y por eso, la mayoría de las personas intentan ocultar sus síntomas. Entre los desencadenantes más comunes están las dificultades interpersonales, una dieta restringida, sentimientos negativos sobre el peso o la constitución corporal y los alimentos y el aburrimiento (APA, 2014).

El siguiente criterio establece que se presentan comportamientos compensatorios inadecuados recurrentes para impedir el aumento de peso (comportamientos de purga). Los más habituales son el vómito autoinducido, el uso inapropiado de laxantes u otros medicamentos, el ayuno y el ejercicio excesivo. También, se establece la frecuencia de los atracos y los comportamientos compensatorios, estos suceden en promedio una vez a la semana por tres meses. La gravedad se determina según la frecuencia de los comportamientos compensatorios y se clasifica en leve (1-3 episodios por semana), moderado (4-7 episodios por semana), grave (8-13 episodios por semana) y extremo (14 episodios o más por semana). La autoevaluación de la persona se verá extremadamente influenciada por su constitución y peso corporal llegando a afectar su autoestima y la alteración no sucede durante los episodios de anorexia nerviosa. Sin embargo, la bulimia nerviosa es similar a la anorexia nerviosa por el miedo a subir de peso, el deseo de perder peso y por la insatisfacción corporal. Entre los episodios de atracones, las personas siguen una dieta restringida. Una diferencia es que las personas con bulimia generalmente están dentro del rango de un peso normal o presentan un sobrepeso. Los atracones suelen comenzar durante o luego de una dieta para bajar de peso. El cambio de un diagnóstico de bulimia nerviosa a uno de anorexia nerviosa sucede en un 10-15% de los casos (APA, 2014).

La prevalencia es mayor en la adolescencia tardía y en la adultez temprana. Comúnmente se presentan irregularidades o la amenorrea en las mujeres, esto puede deberse a los cambios de peso, la desnutrición o el malestar emocional. Los vómitos autoprovocados pueden causar alteraciones hidroelectrolíticas que pueden llevar a alteraciones médicas importantes y posiblemente mortales (desgarros esofágicos, arritmias cardiacas, otros). El riesgo de suicidio y de mortalidad es alto. Además, existe una gran cantidad de limitaciones

funcionales asociadas a este trastorno, el área de la vida que más se verá afectada es el social (APA, 2014).

Trastorno de atracones

El trastorno de atracones se define por las siguientes características diagnósticas, el primer criterio describe que existen episodios recurrentes de atracones. Los cuales se asocian a tres o más de los siguientes hechos: comer una mayor cantidad de lo habitual rápidamente, comer hasta sentirse extremadamente lleno, comer una cantidad excesiva cuando no se tiene hambre, comer solo por vergüenza debido a la cantidad que se ingiere y sentirse disgustado consigo mismo, deprimido o avergonzado y estas personas tienden a ocultar los síntomas. Además, se establece que siente un malestar intenso asociado a los atracones y se describe que la frecuencia de estos sería en promedio, al menos una vez a la semana por tres meses. El atracón no es seguido por un comportamiento compensatorio inapropiado y no sucede exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa (APA, 2014).

Un atraco puede minimizar los efectos negativos precedentes al episodio a corto plazo, sin embargo tendrá consecuencias a largo plazo, como la disforia o la autoevaluación negativa. La gravedad se determina según la frecuencia de los atracones, siguiendo el mismo criterio establecido en la bulimia nerviosa. Este trastorno suele producirse en personas de peso normal, sobrepeso y con obesidad. Además, es más prevalente en personas que buscan tratamiento para perder peso que en el resto de la población. Comienza típicamente en la adolescencia o adultez temprana. Las consecuencias funcionales de este trastorno se tratan de problemas de adaptación al rol social, deterioro de la calidad de vida, aumento de la mortalidad y morbilidad médica, entre otros (APA, 2014).

Etiopatogenia de los TCA

Resulta esencial comprender la etiología y los factores que influyen en el desarrollo de un TCA para poder crear intervenciones preventivas y tratamientos eficaces, particularmente al tratarse de trastornos severos, crónicos y complicados (Gismero González, 2020).

Los factores de riesgo se pueden clasificar en biológicos, socioculturales y psicológicos. Dentro de los biológicos, se encuentran los antecedentes familiares, la realización de dietas previas, una baja disponibilidad energética, entre otros. Dentro de los factores de riesgo sociales, se encuentra el estigma del peso (haber experimentado discriminación por el peso), la internalización de los estandares de belleza, el aislamiento social, vivencias traúmaticas, entre otros. Dentro de los factores socioculturales, está la influencia de los medios de comunicación sobre los estándares de belleza actuales, la industria alimentaria y de la moda,

el rol de la mujer y el predominio de estilos de vida sedentarios. El estereotipo social asocia el éxito con una figura corporal delgada, especialmente femenina, lo que ayuda a explicar la alta prevalencia de los TCA en niñas adolescentes (Lambruschini y Leis, s.f.). El modo de vivir y enfermar está condicionado por estos factores, lo que podría explicar el aumento progresivo de estos trastornos y su aparición más temprana (Maganto y Cruz, 2000, citado por Losada y Eraña, 2019). También se identifican factores adicionales, como los conflictos familiares, la preocupación por el peso, crianza inapropiada, abuso físico, sexual o psicológico, profesiones que valoran excesivamente la delgadez, entre otros (Losada y Eraña, 2019). Dentro de los factores de riesgo psicológicos, se incluye el perfeccionismo clínico, la inflexibilidad cognitiva (dificultad para cambiar la forma de pensar), la impulsividad, la desregulación emocional (dificultad para manejar las emociones), la insatisfacción con la imagen corporal y antecedentes de trastornos mentales (comúnmente depresión y ansiedad). Entre los factores psicológicos asociados con los TCA se encuentran ciertos trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, trastorno de control de impulsos, retraimiento social y dificultades alimentarias previas (Macías et al., 2003 citado por Losada y Eraña, 2019). Los TCA suelen desencadenarse por una combinación de todos estos factores (National Eating Disorders Association, s.f.).

Factores de riesgo psicológicos y la perspectiva transdiagnóstica para los TCA

Los TCA están relacionados con un sistema disfuncional de evaluación del valor propio, donde se prioriza el control del peso, los hábitos alimenticios y la composición corporal en lugar de factores como el desempeño laboral o las relaciones. Esta evaluación disfuncional es un núcleo psicopatológico que mantiene el trastorno. Los comportamientos compensatorios y las preocupaciones sobre los hábitos alimenticios, el peso o la composición corporal derivan directamente de este núcleo (Fairburn, 2003). Este autor amplía la teoría original de Cognitive Behavioural Theory-Bulimia Nerviosa (CBT-BN) al incorporar cuatro mecanismos adicionales que interactúan con este núcleo.

El primer mecanismo es el perfeccionismo clínico, trata de la sobrevaluación de los logros según los demandantes estándares personales, que tendrá relevancia clínicamente (Shafran et al., 2002). A partir de este sistema de autoevaluación, se determina el valor propio. Estos estándares demandantes se aplican a la alimentación, el peso y la composición corporal así como la habilidad de controlarlos, como a las demás áreas de la vida. Son muy difíciles de cumplir, y al fracasar se termina reforzando la autoevaluación negativa, motivando el deseo de cumplimiento de estas metas poco realistas, manteniendo el TCA (Fairburn, 2003).

El segundo proceso subyacente es la baja autoestima, cuando una persona tiene una visión global negativa de sí misma que no depende solamente del incumplimiento de sus metas en relación con la alimentación, el peso o la composición corporal, sino que es incondicional y constante, formando parte de su identidad. Una baja autoestima tiende a obstaculizar el cambio en general mediante un sentimiento de desesperanza sobre su habilidad para cambiar que afecta su obediencia al tratamiento. Estos pacientes muestran tener importantes sesgos negativos en su procesamiento cognitivo, que hace que cualquier situación en donde se perciban como un fracaso sea interpretado como una reafirmación de esta visión negativa de sí mismos. Si se corrige esta baja autoestima, los resultados tras un tratamiento mejorarían (Fairburn, 2003).

El siguiente proceso es la intolerancia a los cambios de estado de ánimo. Se refiere a una inhabilidad para tolerar ciertos estados de ánimo, generalmente los adversos como el enojo o la ansiedad. Los pacientes exhiben comportamientos disfuncionales para regular sus emociones como, por ejemplo comportamientos autolesivos o los comportamientos compensatorios, lo cual disminuye su nivel de conciencia ante su estado de ánimo y se termina neutralizando (Fairburn, 2003).

El último proceso subyacente son las dificultades interpersonales. Los pacientes más jóvenes suelen controlar la alimentación como una manera de sobrellevar las tensiones familiares (Fairburn, Shafran y Cooper, 1999 citados por Fairburn, 2003). Además, las dificultades interpersonales a largo plazo, pueden afectar la autoestima, dificultando el tratamiento (Agras et al., 2000; Steiger et al., 1993 citados por Fairburn, 2003).

La perspectiva transdiagnóstica de Fairburn sugiere que estos mecanismos son comunes tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, dado que ambos trastornos comparten el mismo núcleo psicopatológico. La gran diferencia está en el equilibrio de la alimentación, una restricción o una sobreingesta, y el efecto posterior sobre el peso corporal. Esto también explica por qué los pacientes pueden transitar entre un diagnóstico y otro a lo largo del tiempo. Esta ampliación de la teoría resalta la necesidad de abordar estos mecanismos adicionales para lograr un tratamiento más integral y duradero de los TCA (Fairburn, 2003). También, resulta relevante incluirlos en el nivel preventivo, como lo hace el Programa ZARIMA (Ruiz-Lázaro, 2022).

Problema y preguntas de investigación

Formulación del Problema

La adolescencia es un momento evolutivo marcado por múltiples desafíos, a nivel físico, social y psicológico, se puede considerar como un momento de vulnerabilidad pero también como una segunda ventana de oportunidades en donde se pueden crear hábitos y conductas nuevas (Blakemore, 2018). Los adolescentes son una población de riesgo para varios trastornos mentales, particularmente de los TCA (Losada y Eraña, 2019). La prevalencia de los TCA ha ido en aumento estas últimas décadas, afectando a personas de diversos niveles socioeconómicos y a ambos sexos. En América Latina, el riesgo de padecer un TCA en adolescentes y preadolescentes varía entre el 13% y el 61% (Ortiz Cuquejo et al., 2017). A partir de la búsqueda de antecedentes para este proyecto no se encontraron estudios de la eficacia de programas preventivos de otros países en la población uruguaya, particularmente en adolescentes en el entorno escolar. Aunque sí se sabe sobre ciertos efectos positivos en adolescentes españoles (Ruiz-Lázaro, 2022). Tampoco se encontraron programas preventivos uruguayos que tengan el objetivo de reducir la incidencia o reducir los factores de riesgo de los TCA. Considerando esto, y los antecedentes mencionados, el presente proyecto propone implementar y evaluar una intervención basada en el Programa ZARIMA (Ruiz-Lázaro, 2022) en adolescentes de 12-13 años (1ero de liceo) en instituciones tanto públicas como privadas de Uruguay.

Preguntas de Investigación

● ¿El Programa ZARIMA tiene un efecto en la autoestima al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿El Programa ZARIMA tiene un efecto en los conocimientos nutricionales al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿El Programa ZARIMA mejora las actitudes alimentarias al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿El Programa ZARIMA aumenta la satisfacción corporal al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿El Programa ZARIMA mejora las habilidades sociales al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿El Programa ZARIMA tiene un efecto en los resultados del índice de la prevalencia de TCA o la reducción de los factores de riesgo al finalizar la intervención y 6 meses de realizada la misma?

● ¿Es factible la implementación del Programa ZARIMA para adolescentes de primero de liceo en instituciones tanto públicas como privadas de Uruguay?

Hipótesis

Los participantes que reciban la intervención presentarán una mejora en los resultados de autoestima, conocimientos nutricionales, actitudes alimentarias, satisfacción corporal, habilidades sociales al finalizar la intervención, la cual se mantendrá por un periodo de seis meses luego de finalizada.

Los participantes que reciban la intervención presentarán una reducción significativa del riesgo del TCA y habrá una menor incidencia de nuevos casos entre los adolescentes del grupo de intervención, en comparación con el grupo control una vez finalizada la intervención y a los 6 meses de seguimiento.

Objetivo general

● Evaluar el impacto del Programa ZARIMA en el entorno escolar sobre las siguientes variables: autoestima, conocimientos nutricionales, actitudes alimentarias, satisfacción corporal, habilidades sociales en adolescentes de 12-13 años (1ero de liceo) en instituciones tanto públicas como privadas.

Objetivos específicos

● Implementar un programa preventivo de TCA (Programa ZARIMA) para adolescentes de 12-13 años en contexto escolar en instituciones tanto públicas como privadas.

● Evaluar el efecto del Programa ZARIMA en los siguientes índices: autoestima, conocimientos nutricionales, actitudes alimentarias, satisfacción corporal y habilidades sociales al finalizar la intervención y 6 meses de finalizada la intervención.

● Evaluar la factibilidad del Programa ZARIMA en adolescentes de 12-13 años en instituciones tanto públicas como privadas de Uruguay.

Métodos

En el presente proyecto, se realizará la intervención basada en el Programa ZARIMA mediante un estudio de diseño cuasi-experimental de series cronológicas múltiples con preprueba-posprueba y grupo de control (Hernández Sampieri et al., 2014). Los grupos (de

intervención y control) serán conformados según los grupos ya establecidos en los centros educativos. Se tomarán las medidas en dos momentos, al finalizar la intervención y en un seguimiento de 6 meses. De cada clase se seleccionará la mitad como grupo experimental y la otra mitad como grupo control. Los participantes asignados al grupo experimental recibirán la intervención en un primer momento, mientras que los asignados al grupo control la recibirán una vez finalizado el estudio. Se utilizará una metodología mixta.

Participantes

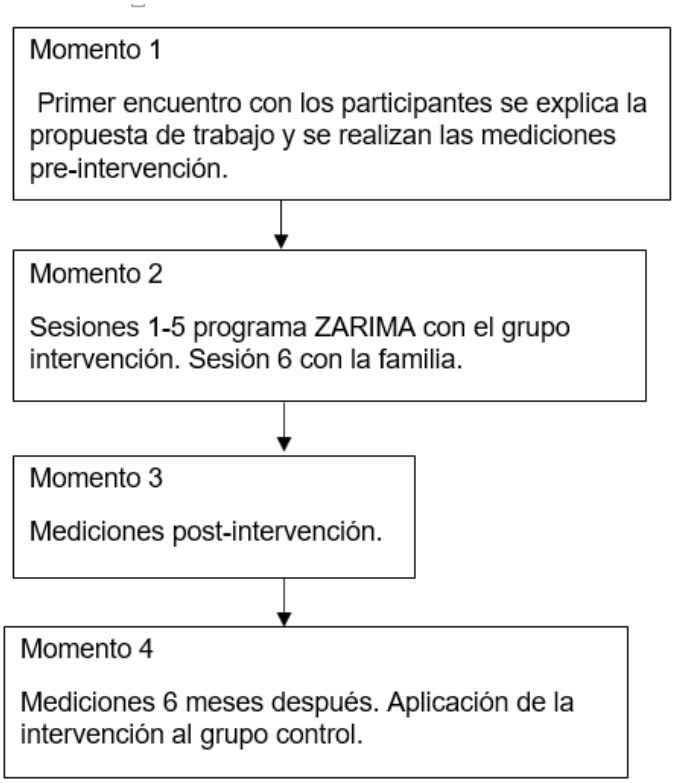
En las sesiones participarán tanto los adolescentes de los niveles seleccionados para el estudio, como los profesores y los padres. Los participantes del Programa ZARIMA serán adolescentes de 12-13 años (1ero de liceo) pertenecientes a instituciones educativas uruguayas, que desean participar en el estudio, firmen el asentimiento informado y cuenten con el consentimiento por parte de su adulto referente.

Los requisitos para participar en el estudio son: estar cursando primer año de liceo, no contar con un diagnóstico previo de un TCA, trastorno psiquiátrico grave o enfermedad física grave (con el fin de evaluar la prevención), y manifestar voluntariamente su deseo de participar. Entre los criterios de exclusión, se encuentra el estar bajo tratamiento farmacológico relacionado con TCA o comorbilidades asociadas, ya que esto podría interferir con la evaluación de la efectividad del programa preventivo. Los adolescentes que sean excluidos del estudio, así como aquellos que integren el grupo control, recibirán la intervención una vez finalizado el estudio.

Procedimiento

El proyecto consta de cuatro momentos distintos y sucesivos. En el primer momento, se realizará una instancia de primer acercamiento con los participantes, para abrir un espacio de diálogo que permita un conocimiento previo entre los participantes y los investigadores y plantear la propuesta de trabajo, así como escuchar preguntas y comentarios que puedan surgir, y aplicar los instrumentos de medición a todos los participantes. Luego, en el momento dos, se empieza con las sesiones descritas en el Programa ZARIMA para el grupo de intervención, uno por semana por cinco semanas. También, se realiza la sesión 6 con las familias de los adolescentes. En un tercer momento, se aplicarán los instrumentos de medición correspondientes a la finalización de la intervención. A diferencia del Programa ZARIMA se realizará un seguimiento a los 6 meses, en el momento cuatro, y se realizará la intervención del Programa ZARIMA con el grupo control. La sesión (7) de refuerzo que se aplica un año después no será incluida en este estudio.

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento.



Instrumentos de Medición

Se utilizarán métodos cuantitativos y cualitativos para medir las variables mencionadas anteriormente pre y post intervención. Dentro del Programa ZARIMA se establecen ya las siguientes evaluaciones:

• Evaluación del impacto y de resultados: medición pretest y postest de conocimientos y actitudes mediante cuestionarios autoaplicados.

• Cuestionario de nutrición: test de conocimientos nutricionales, 10 ítems con una única respuesta válida de cinco posibles para medir estos conocimientos. Se pregunta sobre el número de comidas al día, tipo de alimentos que se deberían evitar, la composición de un desayuno balanceado, entre otros (Ruiz y cols, 1998 citado por Ruiz-Lázaro, 2022).

• Escala Eating Attitudes Test (EAT-26): Procedente del EAT-40 (Castro et al., 1991 citado por Ruiz-Lázaro, 2022), validado en España. Importante para la detección de posibles casos de TCA en poblaciones clínicas y no clínicas, mediante preguntas sobre actitudes y conductas vinculadas con la alimentación. Un cuestionario autoadministrado con 26 ítems con tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, para medir las actitudes alimentarias. Una puntuación igual o mayor al punto de corte (20 puntos) supone la necesidad

de una mayor investigación (exploración por agentes de la salud) y el adolescente se considerará como población con riesgo (Garner y Olmsted, 1988).

• Escala de Satisfacción Corporal (SCP): 8 ítems con cuatro posibles respuestas de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (Gismero, 1996 citado por Ruiz-Lázaro, 2022).

• Evaluación del proceso: con métodos cualitativos mediante un observador externo participante con observación estructurada (Cuestionario de evaluación para el observador externo) y un debate con los participantes (Ruiz-Lázaro, 2022).

Además en este proyecto, se busca medir las variables de autoestima y las habilidades sociales. Mediante las siguientes evaluaciones:

• La Escala de Autoestima de Rosenberg es un cuestionario que se utiliza para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Está compuesta por 10 ítems, 5 de los cuales se redactan de forma negativa. La interpretación es la siguiente: de 30 a 40 puntos, se considera autoestima elevada, de 26 a 29 puntos: autoestima media y menos de 25 puntos: autoestima baja. La escala ha sido traducida y validada al castellano (Rosenberg, 1965).

• La Escala de Habilidades Sociales (EHS) es un cuestionario de 33 ítems que mide la capacidad de aserción y las habilidades sociales en adolescentes y adultos (Gismero, 2022).

Programa

El programa ZARIMA (2022) fue diseñado para reducir el riesgo e incidencia de los TCA desde el modelo de la educación para la salud. Es un programa preventivo escolar con un enfoque comprensivo que implica a los padres, profesores y adolescentes, con la intención de cambiar el medio escolar y el hogar. Es un programa interactivo y el contenido del programa incluye las siguientes temáticas: la nutrición, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales. Con las actividades incluidas no solo se pretende prevenir los TCA, sino que ayudar al proceso de maduración de los adolescentes (Ruiz-Lázaro, 2022).

Tiene una duración total de diez horas, que se dividen en cinco sesiones de dos horas, una por semana. Se llevan a cabo durante el horario habitual de la institución, por mediadores juveniles para mejorar el proceso de asimilación. Al realizarse en el ámbito escolar permite que los mensajes lleguen a prácticamente toda la población de riesgo y también facilita el proceso de evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos. La intervencion ademas se realiza en un medio coeducativo sin un curriculum que separe según el sexo de

los estudiantes. Esto tiene la ventaja de propiciar la comunicación entre ellos sobre los temas que se trabajan a lo largo del programa, mejorando las habilidades de relación. Además es importante trabajar con los varones ya que ellos también son parte del grupo de riesgo para desarrollar un TCA y la adolescencia temprana es un excelente momento para intervenir por el desarrollo cognitivo (Ruiz-Lázaro, 2022).

La metodología es la siguiente: se divide al grupo de intervención en subgrupos (4 o 5 personas) a lo largo de las sesiones. Cada sesión se enfoca en una temática diferente. La sesión 1 se trata sobre la alimentación y nutrición: cuestionarios (Conocimientos de nutrición, EAT-26, SCP, cuestionario sobre la alimentación), mediciones (en privado), (charla informativa y discusión sobre la alimentación saludable, hábitos alimentarios correctos y nutrición, se trabaja sobre mitos falsos sobre la alimentación). La sesión 2 es sobre la imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético, proporcionando un modelo estético más adecuado, trabajando y desarrollando una capacidad de crítica frente a las influencias socioculturales y aumentando la aceptación de la imagen corporal propia mediante las siguientes tareas: dibujo figura humana “ideal” (cada uno dibuja la figura “ideal”, luego se reparten y tienen que comentar y reflexionar con ayuda del monitor); juego de roles “el gordito” (se van tomando turnos para interpretar diferentes personajes/situaciones para que vivan la experiencia de los prejuicios frente al sobrepeso); imágenes de publicidad con crítica (se muestran diversas publicidades y se analizan); y dramatización de anuncio (crean la representación de un anuncio, los muestran y se hace una puesta en común sobre la manipulación, el uso de cuerpos con estándares inalcanzables y cómo se sintieron). La sesión 3 es sobre el autoconcepto y la autoestima; se busca mejorar estos tomando conciencia de las cualidades y logros de los que puedan sentirse orgullosos, mediante las siguientes tareas: árbol de autoestima (se les pide que escriban sus logros/éxitos en una columna y sus “cualidades” físicas/mentales en otra, se les pide que dibujen un árbol, poniendo su nombre en la cima, sus logros como frutos y las cualidades en las raíces, y que escriban un mensaje debajo); dibujo de las tortugas (se explica la teoría de la autoestima con la ayuda de imágenes de dos tortugas); espejo mágico (se les pide que actúen como si estuvieran mirándose en el espejo y digan un atributo positivo de ellos mismos); y “caricias interpersonales” (expresan cualidades positivas físicas y psíquicas entre ellos). En la sesión 4 se trabaja sobre la asertividad y las habilidades sociales, con el objetivo de mejorar estas variables mediante las siguientes tareas: rueda de escucha activa (posicionados en círculos, realizan ejercicios utilizando formas de comportamiento/expresión que permiten defender sus derechos asertivamente); compartir piropos (en el mismo círculo se hacen cumplidos sinceros entre ellos); imagen de mi yo (se trabaja sobre la teoría de la asertividad y los estilos de diálogo); juego de roles (representan diferentes situaciones utilizando las técnicas asertivas

aprendidas); expresión de emociones y dinámicas de grupo (puesta en común de cómo se sintieron); mientras que la sesión 5 es sobre la evaluación del impacto del programa: cuestionarios (nutrición, EAT-26 y SCP), se toman las medidas post-programa en privado (peso y talla con cálculo IMC) y se debate sobre las sesiones realizadas. La sesión 6 es el trabajo con la familia charla informativa sobre los TCA (prevención en familia, indicadores de riesgo, detección precoz); en subgrupos se abre la discusión y se responden preguntas; folleto informativo, sugerencias y evaluación final (Ruiz-Lázaro, 2022).

Figura 2. Tabla sobre las temáticas de las sesiones del programa ZARIMA.

Sesión 1:	Sesión 2:	Sesión 3:	Sesión 4:	Sesión 5:	Sesión 6:
Alimentación y nutrición.	Imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético.	Autoconcepto y autoestima.	Asertividad y habilidades sociales.	Toma de medidas pos-programa y debate.	Trabajo con la familia de los adolescentes.

Es fundamental que los participantes comprendan el propósito de cada actividad. El último día se realizarán las evaluaciones individuales, que incluirán la medición de peso y talla, así como la aplicación de cuestionarios autoadministrados pos-tratamiento. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, el peso y la talla son medidas antropométricas básicas y accesibles que permiten calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Este indicador facilita una valoración rápida y adecuada del estado nutricional de la persona y puede ser útil para evaluar la efectividad del programa e identificar de forma complementaria señales tempranas de posibles trastornos (Ruiz-Lázaro, 2022).

El proceso de evaluación utiliza tanto métodos cuantitativos como cualitativos (descritos anteriormente) (Ruiz-Lázaro, 2022).

Análisis de datos

El análisis de datos se realizará utilizando el programa RStudio con el lenguaje R en la versión 4.3.2 (o superior). Primeramente, se realizarán los análisis descriptivos de la muestra. Luego, se llevarán a cabo pruebas t de Student para evaluar si los resultados obtenidos en cada uno de los índices para el grupo experimental difieren de los obtenidos para el grupo control (Hernández Sampieri et al., 2014). Para el análisis de los datos de las variables pre y post (antes de iniciar la intervención, al finalizar, y a los 6 meses de finalizada), se realizará un modelo lineal mixto para comparar así las mismas mediciones en el tiempo.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la presente intervención, se solicitará la revisión y aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Una vez obtenido este permiso, se solicitará la firma del asentimiento informado a los participantes, así como del consentimiento informado a los adultos referentes. Antes de empezar con la intervención, y siguiendo lo estipulado en el Decreto 158/019 en referencia a la investigación en seres humanos, se explicará a los participantes sobre la intervención, y que su participación es voluntaria, anónima y libre, se puede desistir en cualquier momento sin necesidad de ningún tipo de explicación a las personas involucradas. Los datos obtenidos serán tratados de acuerdo con la Ley 18.331 de protección de datos personales garantizando la protección de estos. Este proyecto se rige según lo establecido en el Capítulo X del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a sobre Investigaciones. Los participantes asignados al grupo control recibirán la intervención una vez finalizado el estudio. La participación en este estudio es voluntaria y los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria o de otro tipo. En base a estudios similares no se anticipa ningún tipo de riesgo para los participantes. Ante algún efecto adverso imprevisto, la intervención será suspendida y se realizarán las derivaciones al servicio de salud correspondiente.

Cronograma de ejecución

Meses / Actividades	1	2	3	4	5	11	12	13
Actualización y revisión bibliográfica								
Acercamiento a las instituciones educativas y solicitud de autorizaciones								
Asentimiento y consentimiento informado de los participantes								
Mediciones pre-intervención								

Intervención al grupo experimental								
Mediciones pos-intervención								
Mediciones de seguimiento a los 6 meses								
Intervención grupo control								
Análisis de datos								
Informe final								
Presentación de resultados a las instituciones								
Difusión de resultados								

Resultados esperados y plan de difusión

Al finalizar la intervención, se espera que los participantes muestren una mejora en los siguientes índices: autoestima, conocimientos nutricionales, actitudes alimentarias, satisfacción corporal y habilidades sociales, reduciendo el riesgo e incidencia de los TCA. Asimismo, se espera que esta mejoría se mantenga por un período de seis meses luego de finalizada la intervención. Se pretende aportar herramientas para ayudar al desarrollo de hábitos y conductas saludables, ayudando al proceso de maduración de los adolescentes, buscando tener efectos en el contexto escolar y familiar (Ruiz-Lázaro, 2022).

En cuanto al plan de difusión, los resultados serán presentados a las autoridades de las instituciones participantes. Asimismo, se publicarán artículos en revistas científicas y se presentarán los resultados en congresos. Además, se llevará a cabo una instancia para compartir los resultados con los participantes del estudio.

Referencias

Alday, J. y Diéguez Porres, M. (2012). *La atención a personas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria.* http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.4098.8008

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Médica Panamericana.

Blakemore, S-J., (2018). *La invención de uno mismo: La vida secreta del cerebro adolescente.* Public Affairs.

Canals, J. y Arija-Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(2), 16-26. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174

Casas Rivero, J., Ceal González-Fierro, M. J., del Rosal Rabes, T., Jurado Palomo, J. y de la Serna Blázquez, O. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia: Criterios cronológicos, físicofuncionales,psicológicos y sociales. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *9*(61), 3931–3937. https://doi.org/10.1016/S0211-3449

Cooley, C. H. (2017). *Human nature and the social order*. Routledge.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Galván, A. (2014). Insights about adolescent behavior, plasticity, and policy from neuroscience research. *Neuron*, *83*(2), 262-265. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.06.027

Garner, D. M. y Olmsted, M. P. (1988). Eating attitudes test. En Hersen, M. E., y Bellack, A. S. (Eds.) *Dictionary of behavioral assessment techniques*. (188-190). Pergamon Press.https://www.researchgate.net/profile/David-Garner/publication/260834549_Eating_Attitudes_Test/links/0deec532783b7e5a6e000000/Eating-Attitudes-Test.pdf

Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, *31*(115), 33-47. https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354

Gismero González, M. E. (2022). *EHS: Escala de Habilidades Sociales (4ª* edición*).* Hogrefe TEA Ediciones

Godoy, J. C. (2017). Cerebro Adolescente. En E. Arrieta (Ed), *Un libro sobre drogas (*Cap. 1.4). El gato y la caja. https://elgatoylacaja.com/cerebro-adolescente

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación.* McGraw-Hill. https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/trastornos-conducta-alimentaria

Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, *2*(2), 14-18. https://cdn.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf

Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M. y Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry*, *29*(6), 363-371. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000279

Lambruschini, N. y Leis, R. (s.f) Trastornos de la conducta alimentaria. En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría (pp. 361-374) https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf

León, M. D. C., Montosa, M. J. L. y García, P. M. (2020). Dietas no saludables y trastornos de la imagen corporal:Tendencia actual. *Enfermería Docente* (112), 19-21. https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11219ed

Losada, A. V. y Eraña, S. R. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Revista Ajayu*, *17*(1), 77-102. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000100010yscript=sci_abstract

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Trastornos de la conducta alimentaria.* Ministerio de Salud Pública.

National Eating Disorders Association. (s.f.). *Risk factors*. National Eating Disorders Association. https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors/

National Eating Disorders Association. (s.f.). *The body project.* National Eating Disorders Association. https://www.nationaleatingdisorders.org/the-body-project/

Ojeda-Martín A., López-Morales M. P., Jáuregui-Lobera I. y Herrero-Martín G. (2021) Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *JONNPR 6* (10). https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4322

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Ortiz Cuquejo, L. M., Aguiar, C., Samudio Domínguez, G. C. y Troche Hermosilla, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Una patología en auge?. *Pediatría (Asunción)*, *44*(1), 37-42. https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/151

Pastore, M., Indrio, F., Bali, D., Vural, M., Giardino, I. y Pettoello-Mantovani, M. (2023). Alarming increase of eating disorders in children and adolescents. *The Journal of pediatrics*, Vol. 263. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113733

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, *27*(2), 391-401. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0212-16112012000200008

Quintero, J. (2020). *¿Qué es la adolescencia? El cerebro adolescente: Una mente en construcción.* Shackleton. https://shackletonbooks.com/img/cms/1%20Cap%C3%ADtulo%20-%20El%20cerebro%20adolescente.pdf

Rosen, J. C., Orosan, P. y Reiter, J. (1995). *Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. Behavior Therapy, 26(1), 25–42.* https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80081-4

Rosenberg, M. (1965). *Escala de autoestima de Rosenberg.* https://www.cop.es/colegiados/pv00520/escala%20rosenberg.pdf

Ruiz-Lázaro P. M., (2022). *Guía De Prevención De Trastornos De Conducta Alimentaria.* Programa ZARIMA. Gobierno de Aragón. https://www.aragon.es/documents/20127/2555757/DIGITAL_Gu%C3%ADa+TCA_22042022.pdf/0e0f8b27-7f0d-b1d1-a5f7-8f4e930cd4c5?t=1653384728955

Shafran, R., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*(7), 773–791. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6

Vázquez-Barquero JL, Gaite J, Artal J, Arenal A, Herrera 5, Diez JF, Cuesta MJ, Higuera A. Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica "Sistema SCAN" (“Cuestionarios para Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría"), Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1994; 22 (3): 109-120 https://www.researchgate.net/publication/15715394