

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**La anorexia como trastorno alimenticio.  
Un acercamiento desde la Promoción de la Salud**

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER POR EL TÍTULO DE  
LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A N:

**PAOLA ARCE VALENCIA  
JESSICA OLIVARES RODRÍGUEZ**

D I R E C T O R

**MTRO. MIGUEL ÁNGEL PALOMINO GARIBAY**

Ciudad de México, agosto de 2018.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi madre, hermano y padre los cuales han estado presentes en este largo camino para conseguir mi objetivo, en especial agradezco a mi madre por estar a mi lado, por su apoyo, consejo, paciencia y porque en gran medida gracias a ella he podido alcanzar éste logro en mi vida.

A la bella persona que ha entrado en mi vida para llenarme de ánimo, confianza, alegría, amor, paciencia y para darme el empuje que me faltaba para llegar a éste resultado.

A mi universidad por darme la oportunidad de seguir formándome, a mi director de tesis y a mis lectores por el tiempo que me concedieron para terminar éste proyecto y por estar al pendiente en todo momento, muchas gracias. A Jessica Olivares porque hicimos un esfuerzo en conjunto para lograr materializar éste trabajo.

Y finalmente y no por ello menos importante a Dios porque sin él me hubiera rendido hace mucho.

A todos y a cada uno ¡Muchas gracias!

***Paola Arce Valencia***

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por dejarme rodeada de tan lindas personas y darme bendiciones todos los días.

Agradezco a mis padres por creer en mí y darme todos aquellos valores que me enseñaron, ya que estos contribuyeron para mi formación académica, de igual manera reitero el amor y paciencia que siempre me han mostrado para llegar a una de las primeras metas a cumplir. A mi familia por ser uno de los principales motivos para seguir superándome como estudiante, persona y profesionista.

A mi hija, que desde su llegada me cambió la forma de ver la vida, la que me ha brindado destellos de inspiración, paciencia y amor en todo momento, a ella, la cual me hace valorar aquellas actividades como profesionista a través del amor y la inquietud del preguntarme sobre mi desempeño en el trabajo.

A mi director el cual me guio con sus conocimientos y me dejó ver que todo esfuerzo vale la pena; que el aprendizaje no sólo está enfocado en investigar textos, sino que también el ponerlo en práctica resulta mejor, aunque se lleve más tiempo del que estaba destinado. A mi compañera de este proyecto que con su esfuerzo, amor y paciencia logramos hacer una de las mejores experiencias de toda la vida académica, por supuesto que a mis lectores ya que con sus puntos de vista, amor y paciencia lograron sacarme sonrisas e hicieron ampliar el panorama de esta investigación dejándome con más inquietudes.

A todos aquellos maestros y niños que aportaron a este proyecto, gracias por dejarme ver su percepción de la vida y de sus profesiones, el amor, valentía y sobre todo enseñarme que, como seres humanos formamos parte de un sólo proyecto y este es el ser ejemplo e inspiración para otros, de igual manera el regar sabiduría, amor, felicidad, empatía con los otros y sobre todo disfrutar la vida.

A esta mi amada y excelente casa de estudios que me brindó la oportunidad de gozar al máximo cada uno de mis profesores para mi formación y que ahora son inspiración para seguir un camino lleno de aprendizajes.

¡Gracias infinitas!

**Jessica Olivares Rodríguez**

## **ÍNDICE**

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>IV. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>10</b>
<b>V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>10</b>
<b>VI. MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
<b>6.1 Generalidades de alimentación y nutrición.</b>	<b>11</b>
<b>6. 1. 1 Procesamiento de los alimentos e incorporación de los Nutrientes</b>	<b>13</b>
<b>6. 1. 2 Mecanismos de regulación de la alimentación, la ingesta y la saciedad</b>	<b>15</b>
<b>6. 2 ANOREXIA NERVIOSA</b>	<b>21</b>
<b>6. 2. 1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México.</b>	<b>27</b>
<b>6. 3 Promoción de la Salud</b>	<b>34</b>
<b>VII. Metodología</b>	<b>42</b>
<b>VIII. Discusión y conclusiones</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>65</b>

## I. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de síndromes cuyos rasgos psicopatológicos principales son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones en la percepción de la imagen corporal y del peso, alteraciones graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima. Inicialmente estas patologías fueron consideradas propias de mujeres occidentales, blancas y de buena posición social. En la actualidad se conoce que la prevalencia de ellas no es sólo en poblaciones específicas, sino que abarca otros grupos poblacionales con diferentes características socioculturales.

A partir de los años setentas del siglo pasado en México se comenzaron a visualizar casos de TCA, sin embargo, no fue hasta dos décadas después que comenzó el aumento en las incidencias de estos trastornos en todas las clases sociales; debido a ello se produjo un mayor interés en el estudio e investigación de los TCA.

Los TCA tienen alta incidencia en la población preadolescente, adolescente y de adultos jóvenes, y son trastornos que tienden a presentarse más frecuentemente en países desarrollados y la incidencia es mayor en mujeres que en varones.

Entre los principales tipos de TCA se encuentran la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de ingesta compulsiva (TIC).

La anorexia nerviosa se caracteriza porque en ella la persona realiza dietas estrictas y a medida que avanza la enfermedad por lo general disminuye la variedad de los alimentos que ingiere y también puede realizar ejercicio excesivo, consumir laxantes o realizar prácticas purgativas provocando un cambio físico extremo.

En la bulimia nerviosa generalmente se presentan atracones de ingesta de alimentos, seguidos de acciones en donde el individuo cree o piensa que evitará el aumento de peso. Estas acciones van desde la provocación del vómito, la

realización de ejercicio excesivo, las purgas inmediatas que se presentan como conductas individuales o combinadas.

El trastorno de ingesta compulsiva, a diferencia de la anorexia y bulimia, es un trastorno en el que los sujetos consumen alimentos incontroladamente, sólo que aquí no ocurre ningún tipo de práctica compensatoria como el vómito, las purgas, el ejercicio excesivo, enemas, etc.

La anorexia es un trastorno que, aunque no vemos cifras o casos con frecuencia en las noticias, es una enfermedad presente y muy latente. Nos acostumbramos a ver a diario en la televisión a mujeres y hombres cada vez más delgados que nos venden la idea de que si eres delgado serás aceptado y exitoso; en los centros comerciales la talla de la ropa es cada vez más pequeña y se acompaña de un bombardeo de imágenes y de mensajes subliminales a los que estamos expuestos y que de alguna manera influye en buscar generar una imagen física que busca cada vez ser más similar a la expuesta por los medios.

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante en el desarrollo de este TCA, debido a que son los encargados de propagar esta idea de belleza. Por lo general las mujeres y hombres que aparecen en los diferentes programas de televisión, comerciales, revistas, películas, etc. en general muestran un cuerpo perfecto que es irreal y no es sano, esto hace que las personas intenten imitarlos poniendo en riesgo su salud y sometiéndose a tratamientos en donde pueden perder la vida.

En la distorsión de la imagen corporal perfecta también influyen las herramientas tecnológicas con las que contamos hoy en la actualidad. Personas del medio artístico (televisión, revistas, cine) se toman y difunden fotos en las que aparecen a la perfección gracias a las diferentes herramientas que existen para que sus cuerpos se vean cada vez más delgados y estéticos, además pareciera ser que las redes sociales influyen y alientan a los jóvenes a realizar competencias entre sus pares para ganar popularidad, siempre dentro de los estándares de belleza impuestos por el gremio.

También los diseñadores de ropa en su mayoría se inspiran en cuerpos sumamente delgados, y la ropa no está pensada para la población en general, sin embargo, existe la idea que para alcanzar el éxito debes proyectar cierta imagen, esto hace que las mujeres y los hombres hagan todo lo posible por vestirse con éstas marcas, lo que hace que caigan con mayor facilidad en la distorsión de su imagen corporal.

La Anorexia nerviosa es un problema de salud en aumento. Se estima que al año aparecen 20 mil casos nuevos, de los cuales el 80% son mujeres y el 20% son hombres. De estos casos el 20% terminan en muerte, mientras que el resto viven con secuelas de la enfermedad y sólo un pequeño porcentaje logra su recuperación total. Lo anterior nos hace poner atención sobre éste trastorno; si bien hemos escuchado casos al respecto creemos que no se ha puesto la suficiente atención ni presentado la información necesaria para que la comunidad sepa cómo actuar en caso de sospechar si alguien perteneciente a su entorno presenta o está desarrollando este TCA.

Por otro lado, como se ha mencionado que la sociedad también influye en el desarrollo de ésta enfermedad, los cánones de belleza cada vez son más estrictos con respecto a la imagen de hombres y mujeres por igual. La delgadez es sobrevalorada, y los jóvenes la están asociando con sentimientos de felicidad, aceptación social, éxito laboral y económico.

A pesar de que la anorexia es un problema latente y en crecimiento, no existe suficiente información ni programas que ayuden e informen a la población para prevenir la aparición de la enfermedad.

La Secretaría de Salud en conjunción con el Gobierno y otras instancias se han focalizado en la problemática de la Obesidad, dejando de lado o en letargo los otros trastornos. También podemos decir que no hay una buena planeación en los programas de nutrición, ya que están estandarizados y no cumplen con las exigencias o posibilidades de las comunidades, lo que genera que las personas no tengan la oportunidad de aplicarlo en la vida cotidiana, frenando la viabilidad del programa.

La anorexia se presenta en un rango de edad de los 14 a los 25 años, dicha población no goza de una atención oportuna por parte de las instituciones, lo que las hace más vulnerables a las influencias con que son bombardeados todos los días.

Por otro lado, no hay una atención de lo que nos están presentando en los medios de comunicación, no hay una regulación ya que lo único que interesa es vender y nos presentan estereotipos de mujer y hombre que son anormales e insanos además de vender productos “milagro” que lo único que hacen es dañar la salud; también engañan a las personas vendiendo aparatos para realizar ejercicio prometiendo un cuerpo que al final no es viable alcanzar usando sólo ése producto ni en el tiempo prometido. Esto hace que las personas se desanimen y recurran a otro tipo de métodos para bajar de peso.

## **II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el papel del promotor de la salud en el conocimiento y la prevención de la anorexia?

## **III. JUSTIFICACIÓN**

La anorexia es un trastorno alimenticio que no sólo afecta a la comunidad femenina, es un trastorno que no reconoce género. Su incidencia se ha incrementado en la actualidad, existiendo diferentes causas que favorecen esta incidencia,

En el desarrollo de este TCA se considera que factores como los medios de comunicación son responsables en gran parte de su incidencia, debido a que entre otros mensajes transmiten ideas erróneas como el que para tener éxito es indispensable tener un cuerpo estilizado y delgado.

Para conseguir ese objetivo, con respecto a la alimentación tenemos socialmente un mal concepto de lo que es la “buena alimentación”, lo confundimos con consumir productos catalogados como light y orgánicos y cero alimentos grasos, lo que hace que la alimentación sea desbalanceada y cause otras alteraciones que a la larga perjudican el funcionamiento normal del organismo.

Por otro lado, podemos decir que la moda influye tanto en mujeres como en hombres, generando actitudes de deseo de ser más delgados para poder adquirir prendas que se considera dan mejor estatus social y son diseñadas para personas con una complexión delgada llegando incluso a la delgadez extrema.

A pesar de que cada vez más hombres y mujeres caen víctimas de éste TCA no hemos visto que se haga gran promoción para que la población conozca esta enfermedad y mucho menos para dar a conocer los síntomas y consecuencias que se presentan o lugares en los que se puede tratar dicha enfermedad. Por eso consideramos que desde la promoción de la salud es necesario crear propuestas para incrementar el conocimiento de este trastorno en aquellos grupos etarios más susceptibles de asimilar aquellas influencias y factores que favorecen el desarrollo

de los TCA, con el propósito de prevenir y educar para generar actitudes positivas principalmente de integración y autoestima.

#### **IV. OBJETIVOS GENERALES**

- Establecer la importancia de la anorexia como problema de salud pública.
- Establecer una propuesta de acciones de la promoción de la salud para prevenir la anorexia.

#### **V. OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Generar una propuesta de material informativo para difundir entre la población a partir de los 10 años cuyo propósito es la prevención de la anorexia

## **VI. MARCO TEÓRICO.**

### **6. 1 Generalidades de alimentación y nutrición**

La alimentación es muy importante para los seres vivos, ya que por medio de ella el organismo obtiene la energía que requiere para realizar sus funciones adecuadamente, para ello los seres humanos necesitamos de nutrientes, los cuales obtenemos de los alimentos. La alimentación está definida como “conjunto de actos que proporcionan al organismo las materias primas necesarias para el mantenimiento de la vida. Es en definitiva, el aporte de alimentos al organismo” (Principios de alimentación y nutrición, s.f. p.8)

La alimentación y la nutrición son conceptos íntimamente ligados, sin embargo, son procesos diferentes. La alimentación es un proceso voluntario y consciente, en el cual nosotros elegimos y preparamos los alimentos a nuestro gusto y según nuestro hábito o costumbre y lugar de residencia. Mientras tanto la nutrición es un proceso involuntario e inconsciente que involucra diferentes procesos fisiológicos del organismo como son la digestión, la absorción y la excreción.

Cada persona es diferente y dependiendo de su edad, complexión y talla, es la cantidad de energía que requiere para poder realizar, de manera satisfactoria, todas sus actividades diarias, es por esta razón que la alimentación también debe ser la adecuada para cada uno de nosotros. Los nutrientes son sustancias químicas que contienen los alimentos y permiten que el organismo obtenga energía, forme y mantenga las estructuras corporales y regule los procesos metabólicos.

Los nutrientes se obtienen del procesamiento de las macromoléculas, aportadas por la dieta. Las proteínas son polímeros orgánicos, compuestas de aminoácidos que se encuentran enlazados entre sí de una forma específica; las podemos encontrar en la leche y sus derivados, pescado, queso, carnes rojas, nueces, cereales, huevo, pollo, entre otros. Ayudan al transporte de oxígeno, hemoglobina, albumina a la sangre, regula el nivel de glucosa en sangre mantiene el equilibrio de líquidos y electrolitos.

Los carbohidratos son importantes para mantener la homeostasis glicémica, para la integridad y función gastrointestinal, además de que en el organismo sirve como fuente de energía inmediata y almacenada. El cuerpo los almacena en los músculos y en el hígado en forma de glucógeno.

Algunos alimentos ricos en carbohidratos son las pastas, leche, frutas, pan, papas, azúcar, etc.

Los lípidos son sustancias grasosas y aceitosas que se encuentran en los organismos. Entre sus funciones está el de conformar la mayor parte de las estructuras de las membranas celulares. Son la principal reserva energética en el organismo, son combustible metabólico, y el suministro de ácidos grasos esenciales sirve de vehículo para las vitaminas liposolubles A, D, E, K.

Los lípidos los podemos encontrar en los aceites, mantequilla, tocino, mayonesa, carne de aves, pescado, lácteos, huevo, productos horneados, etc.

Los minerales son otros elementos importantes que aportan los alimentos; según la FAO los minerales son esenciales para una amplia gama de funciones metabólicas en el cuerpo humano, la mayor parte es para la regulación; la deficiencia de minerales puede producir severos daños en la salud. Los minerales forman parte de la estructura de muchos tejidos, se encuentran en los ácidos corporales, además de ser constituyentes esenciales de ciertas hormonas.

Los podemos encontrar en pescados, mariscos, frutas, verduras, nueces, tejidos de animales y vegetales, leguminosas, huevos y cereales.

### **6. 1. 1 Procesamiento de los alimentos e incorporación de los Nutrientes.**

El sistema digestivo se encarga de transformar los alimentos en sustancias simples para que puedan ser aprovechados por los órganos del cuerpo. Los órganos que componen al sistema digestivo se encargan de la ingestión, digestión, absorción y eliminación de los desechos del organismo.

La digestión inicia en la cavidad oral, allí los dientes se encargan de reducir los alimentos a partículas más pequeñas y es en donde la saliva, además de lubricar, interviene en la unión de las partículas de comida para formar el bolo alimenticio facilitando la deglución del alimento. Posteriormente la faringe y el esófago sirven de conducto para que el resultado de la ingesta (bolo alimenticio) llegue al estómago; es ahí se forma el quimo (mezcla de comida y jugo gástrico). El quimo pasa al intestino delgado en donde se realiza la absorción de nutrientes; después el quilo (resultado de la digestión en el intestino delgado) pasa al intestino grueso en donde se absorben líquido y sales para formar las heces fecales que finalmente son evacuadas. (Fig. 1)

# APARATO DIGESTIVO

## ESTÓMAGO



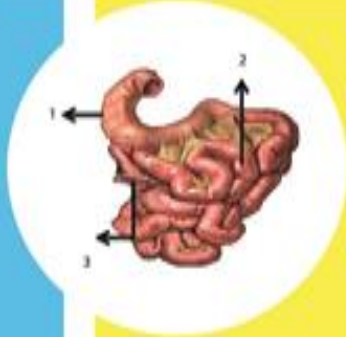
1. Fundus o fórnix: es la parte alta del estómago. Se encuentra a la izquierda del orificio de comunicación entre el esófago y el estómago, éste evita el reflujo gastroesofágico.

2. Cuerpo: es la zona que se encuentra entre el fundus y el antro pilórico además de estar delimitado a los lados por la curvatura mayor y menor.

3. Antro Pilórico: pequeño saco que se encuentra al fondo del estómago cerca del piloro.

4. Piloro: se encuentra al final del estómago conectándolo con el duodeno, su función es el de abrirse y cerrarse para permitir el tránsito del quimo.

## INTESTINO DELGADO

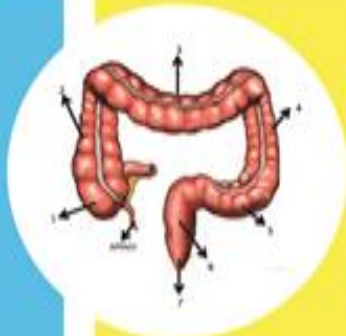


1. Yeyuno: comienza en la curvatura duodeno yeyunal, es en esta parte donde se realiza la mayor absorción de nutrientes.

2. Íleon: se encuentra inmediatamente después del yeyuno; al final se encuentra la válvula ileocecal (parte final del íleon y principios del ciego).

3. Duodeno: es una estructura en forma de C, es el fragmento inicial del intestino delgado y termina en el ángulo duodeno yeyunal.

## INTESTINO GRUESO



Apéndice: es un tubo angosto y hueco que tiene tejido linfático, se encuentra unido al ciego.

1. Ciego: es la primera parte del intestino grueso; se encuentra en la fosa ilíaca, en la parte inferior derecha del abdomen, por debajo de la válvula ileocecal.

2. Colon Ascendente: se extiende hacia arriba por el lado derecho del abdomen, desde el ciego hasta el lóbulo derecho del hígado.

3. Colon Transverso: es la parte más larga del colon y con más movimiento. Cuando el colon ascendente llega al lóbulo del hígado, el intestino gira formando la flexura cólica derecha y cruza el abdomen hasta formar en la parte izquierda otra flexura que desciende.

4. Colon Descendente: tiene una ubicación retroperitoneal, entre la flexura cólica izquierda y la fosa ilíaca izquierda.

5. Colon Sigmoideo: se caracteriza por su forma de S. Se localiza desde la fosa ilíaca hasta el tercer segmento sacro, donde se une con el recto.

6. Recto: es la parte final del colon sigmoideo, se localiza en la parte posterior de la pelvis.

7. Conducto Anal: es la parte final del intestino grueso y se encuentra afuera del segmento del abdomen.

FIG. 1 Componentes del aparato digestivo

## **6. 1. 2 Mecanismos de regulación de la alimentación, la ingesta y la saciedad.**

Las hormonas reguladoras del metabolismo son:

Gastrointestinales: gastrina, tiene efectos estimulantes sobre la secreción ácida, también mantiene y promueve el crecimiento de la parte secretora de ácido de la mucosa gástrica.

Secretina: estimula la secreción pancreática líquida rica en bicarbonato que neutraliza la acidez.

CCK (colecistoquinina o colecistocinina): estimula la secreción enzimática del páncreas y al mismo tiempo la secreción de la bilis que emulsionan los lípidos.

Péptido Intestinal Vasoactivo (VIP): entre sus funciones está el de coordinar la relajación intestinal para facilitar el tránsito del alimento por el intestino.

Péptido Insulinotrópico Glucosa-Dependiente (GIP): estimulante de la secreción de insulina.

Glucagón: Regular y contrarresta los efectos de la secreción excesiva de insulina, moviliza el glucógeno en el hígado, favorece su salida en sangre e inhibe su oxidación en hígado.

Pancreáticas: disminuye la glucosa en sangre y estimula la entrada de éstas en los tejidos en especial en músculo y tejido adiposo.

Somatostatina: inhibe a las demás hormonas pancreáticas.

Glucocorticoides: “ejercen una acción antagonista de la insulina que aumenta la concentración de glucosa en plasma, pero también incrementan el catabolismo proteico y la concentración de ácidos grasos en plasma para que sean utilizados como fuente de energía y, además, disminuyen la respuesta inflamatoria e inmunológica del organismo”. (Fuentes, 1998)

Catecolaminas: dopamina, noradrenalina, adrenalina (epinefrina), son secretadas a la sangre cuando la persona se encuentra bajo estrés físico o emocional.

Hormona del crecimiento: favorece el crecimiento de casi todos los tejidos del organismo y estimula la reproducción celular.

Tiroideas: estimulan los principales procesos metabólicos en el núcleo, la mitocondria y la membrana plasmática, lo que provoca un incremento en el consumo energético de los tejidos periféricos. También estimulan la síntesis proteica y el metabolismo glúcido.

Como ya se ha mencionado los alimentos nos aportan los nutrimentos necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo y son indispensables para realizar las todas funciones vitales. Los malos hábitos alimenticios no sólo tienen que ver con el consumo de alimentos saludables o perjudiciales, sino que también están relacionados con prácticas y conducta anormales que son el resultado, o pueden contribuir al desequilibrio de los sistemas biológicos que mantienen el equilibrio funcional de los hábitos alimenticios; este desequilibrio es parte determinante del desarrollo y evolución de los TCA y otras patologías relacionadas.

La regulación de la ingesta de alimentos y el balance energético son reguladas por diferentes señales químicas liberadas por órganos, glándulas o incluso células que conforman el circuito de hambre-saciedad, en este circuito las moléculas a las que se ha hecho referencia son principalmente hormonas, proteínas, neurotransmisores y otros compuestos que son los encargados de regular los ritmos de alimentación considerando siempre las necesidades del organismo.

El regulador del circuito hambre-saciedad es el hipotálamo; está situado por debajo del tálamo y por encima del tronco encefálico. El hipotálamo está compuesto por núcleos que tienen diferentes funciones que regulan tanto actividad visceral como endocrina, es una región integradora que regula funciones tanto visceral como endocrina, él integra y regula las vías nerviosas que controlan el hambre y la saciedad.

Durante la regulación de ingesta de alimentos a corto plazo, la primera señal es la distensión del tubo digestivo, lo que provoca que el nervio vago envíe una señal inhibitoria del hambre.

La primera gran señal para regular la ingesta la provoca la distensión del tubo digestivo (estómago y duodeno), que a través del nervio vago envía una señal inhibitoria del hambre. Distintos órganos del tubo digestivo van a producir moléculas en respuesta a la presencia de alimento. Así, por ejemplo, la entrada de grasas en el duodeno provoca la producción de colecistoquinina (CCK) que estimula la contracción de la vesícula biliar, produce inhibición de la motilidad y el vaciamiento gástrico, e induce saciedad a través de la vía melanocortínica. También son de importancia el péptido similar al glucagón (GLP-1), que retrasa el vaciamiento gástrico, induce la secreción de insulina y reduce la de glucagón; o el péptido YY (PYY), que se secreta ante la presencia de grasa en el íleon y el colon de manera proporcional a las calorías ingeridas.

Pero si hay una molécula de gran importancia que se sintetiza a nivel digestivo ésta es la grelina producida por las células oxínticas del estómago, es considerada la hormona orexigénica por excelencia. Sus concentraciones aumentan con el ayuno y en los momentos previos a la comida, y descienden tras la ingesta. Pero sus funciones no se limitan únicamente a la regulación a corto plazo, pues se ha visto que cuando una persona adelgaza los niveles de grelina aumentan, incrementándose el deseo de comer; niveles excesivamente elevados podrían estar relacionados con estado de ansiedad y son un factor a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo dietas hipocalóricas por tiempo prolongado.

Con el propósito de mantener un balance energético adecuado existen mecanismos que regulan la ingesta a largo plazo de los mecanismos de hambre y saciedad; estos mecanismos se relacionan con las concentraciones sanguíneas de determinadas moléculas como: glucosa, aminoácidos, cuerpos cetónicos y ácidos grasos.

El descenso de los niveles de glucosa induce el hambre y se ha comprobado que los aumentos producen la estimulación de ciertas neuronas en los núcleos ventromedial y paraventricular del hipotálamo y también reducen la actividad de las neuronas de los núcleos laterales. A su vez la insulina inhibe a los péptidos

orexigénicos hipotalámicos; estos mismos efectos presentan con respecto a las concentraciones de aminoácidos y algunos lípidos.

En el control de la ingesta de alimentos, los principales núcleos hipotalámicos implicados son el entremediar y el posterolateral que son considerados como el centro de la saciedad, sin embargo, también son importantes el núcleo lateral que es el centro del hambre o la alimentación. Como reguladores de la ingesta se presentan el núcleo arqueado, el núcleo el paraventricular y el núcleo dorso medial. En específico el núcleo arqueado controla la ingesta mediante dos efectos: el orexigénico (inducción del hambre) y el anorexigénico (supresión del hambre), para realizar estas funciones en este núcleo existen dos tipos de células

En el núcleo arqueado convergen señales del tubo digestivo y el tejido adiposo, que informan del estado nutricional y permiten controlar adecuadamente la ingesta mediante la inducción (efecto orexigénico) o supresión (efecto anorexigénico) del hambre. El núcleo arqueado tiene varios tipos de neuronas:

Con efecto orexigénico son las neuronas productoras del neuropéptido Y (NPY) y las neuronas productoras de péptido relacionado con Agouti (AgRP). El NPY se secreta cuando hay un descenso de las reservas energéticas, evento que estimula el apetito y por lo tanto disminuye la termogénesis.

El AgRP es un antagonista de los receptores MCR3 y MCR4 (receptores de melanocortinas), promueve la ingesta y es la molécula con mayor potencia orexigénica, al igual que NPY disminuye la termogénesis en el tejido graso y promueve la captación de glucosas en el tejido adiposo, condicionando la ganancia en el peso.

Con efecto anorexigénico están las neuronas productoras de proopiomelanocortina (POMC) y el transcrito regulado por caína y anfetamina (CART).

La POMC es un precursor de diferentes péptidos, entre ellos origina a la hormona estimulante de melanocitos alfa ( $\alpha$ -MSH), hormona que activa a los receptores melanocortínicos (MCR-3 y MCR-4) del núcleo paraventricular disminuyendo la ingesta y aumentando el gasto energético. Su inhibición aumenta la ingesta.

El CART fue descrito originalmente al estudiar los efectos de la cocaína y las anfetaminas que estimulan su producción. Se conoce que tiene acciones catabólicas y disminuye la ingesta porque inhibe NPY.

En la regulación de la ingesta y la saciedad también intervienen otras estructuras nerviosas como el tronco del encéfalo que controla la motilidad intestinal, o la amígdala y la corteza prefrontal, que actúan sobre el apetito y la conducta alimentaria.

Otros mecanismos fisiológicos de la regulación del hambre y la saciedad, inician antes de haber ingeridos los alimentos, y son regulados por los estímulos recibidos por los órganos de los sentidos que envían señales a los núcleos hipotalámicos.

En el hipotálamo también se encuentra el centro de regulación de la temperatura que tiene relación con la alimentación, por ejemplo, el hambre aumenta ante descensos prolongados de temperatura. Las hormonas tiroideas y los glucocorticoides también tienen efectos estimuladores del apetito.

El hipotálamo es capaz de conocer en tiempo real las reservas energéticas del organismo a través de la leptina, hormona liberada por los adipocitos. La leptina atraviesa la barrera hematoencefálica, llega al hipotálamo y se une a sus receptores activando a las células productoras de POMC y al núcleo paraventricular generando un gran número de respuestas:

- Menor producción de sustancias oxigénicas como NPY y AgRP
- Activación de POMC con producción de  $\alpha$ -MSH
- Mayor producción hormona liberadora de corticotropina

- Hiperactividad simpática
- Reducción de la secreción de insulina

La leptina es el principal regulador de la conducta alimentaria a largo plazo, con influencia en multitud de sistemas hormonales y se ha especulado mucho sobre su papel en la obesidad. El estudio de la leptina por sí sola es un tema de gran amplitud y complejidad.

Los aumentos de glucemia provocan un aumento en la secreción de insulina, cuyo objetivo es introducir en las células los carbohidratos presentes para su utilización y/o reserva. Así, la insulina contribuye a la formación de tejido graso, lo que a su vez aumenta la producción de leptina. Se produce un doble estímulo anorexígeno, mediado tanto por la insulina como por la leptina, por lo que bien podríamos decir que leptina e insulina son medidores o señalizadores de las reservas adiposas del organismo, constituyendo una conexión entre el hambre y el balance energético.

La leptina también tiene efectos sobre el metabolismo lipídico, estimulando la síntesis de acetil – coenzima A carboxilasa, enzima necesaria para la síntesis y oxidación de ácidos grasos. De este modo, indica la disponibilidad de ácidos grasos y favorece un estado de utilización de las reservas energéticas.

Estos y otros muchos mecanismos tienen un objetivo claro: que aparezca hambre como señal de reducción de las reservas energéticas y saciedad como señal de suficiencia de las mismas. Una relación tan aparentemente sencilla está regulada por un gran número de procesos, por lo que pequeños desequilibrios pueden acarrear alteraciones de estos mecanismos, provocando una desconexión entre los ritmos de hambre y saciedad, y el balance energético.

## 6. 2 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa está clasificada como una enfermedad mental con manifestaciones físicas. Éste trastorno hace que la persona llegue a un estado de inanición adquirido por las dietas a que se somete; éstas dietas son muy severas ya que la ingesta de alimentos que requiere la persona, no es satisfecha, esto no es por una falta de apetito sino por una negación a comer.

La negación a comer se presenta por que la persona pierde la percepción de su imagen corporal lo que hace que tenga un miedo excesivo a subir de peso. Primero las personas se niegan a comer alimentos con alto valor calórico, posteriormente la dieta se vuelve más estricta dejando afuera la mayoría de los alimentos. (Lazarevich, 2002)

En la anorexia nerviosa se distinguen dos tipos:

1. Tipo Restrictivo: la pérdida de peso se obtiene por medio de dietas severas, realizar ayunos o realizar ejercicio excesivo.
2. Tipo Compulsivo-Purgativo: la pérdida de peso se obtiene cuando la persona recurre a los atracones y/o actividades purgativas como son inducirse el vómito, usar laxantes, diuréticos y enemas de forma excesiva o recurrente.

Algunos criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa son:

- Negación o rechazo a mantener un peso corporal por encima del 85% que es normal comparado con otras personas de la misma edad y sexo. Con respecto a este punto al momento de hacer un diagnóstico es importante saber el momento en que se produce la pérdida de peso, esto porque hay personas que son muy delgadas pero que tienen hábitos alimentarios normales.
- La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo ya que evita el consumo de alimentos con alto contenido calórico, se provoca el vómito,

realiza purgas intestinales, realiza ejercicio físico excesivo, consume fármacos utilizados para bajar de peso o consume diuréticos.

- Intenso miedo a ganar peso. Este síntoma aparece en fases avanzadas de la enfermedad, en la primera etapa la persona al darse cuenta que bajó el peso que considera deseado quiere conservarlo por lo que sigue con las dietas estrictas y de esta manera va apareciendo el miedo a subir de peso por muy poco que sea.
- Alteración de la imagen corporal, que puede hacer que los pacientes se sientan gordos ya sea en la totalidad de su cuerpo o en algunas partes.
- Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

### Población vulnerable

Los TCA se presentan principalmente en adolescentes y púberes, las edades van desde los 12 a los 25 años ya que esta edad es considerada como la etapa en que se está más vulnerable a las presiones sociales, sin embargo, actualmente el trastorno puede comenzar en edades más tempranas.

Las mujeres son quienes lo presentan de manera más frecuente estos desórdenes alimenticios, los hombres también presentan éstos trastornos siendo el más frecuente la bulimia nerviosa.

Los TCA se presentan con mayor frecuencia en la etapa púber de las mujeres ya que les resulta difícil aceptar los cambios físicos; se les dificulta el proceso de independencia y su autoestima está muy fuertemente influida por lo que piensan, esperan y dicen los otros.

Se piensa que las mujeres que presentan éstos trastornos regularmente son ambiciosas, aplicadas, buenas, obedientes, hacen lo que los padres les dicen, perfeccionistas e idealistas, nunca se rebelan, sino que se esfuerzan por cumplir con las expectativas y exigencias de sus padres y amigos.

Sin embargo, estas adolescentes ocultan la sensación de no ser lo suficientemente buenas, de no poder corresponder a las expectativas de los demás en relación con ellas. Regularmente reprimen su agresividad, sienten que no merecen ser tratadas con afecto y ternura.

Por otro lado, los padres generalmente son sobreprotectores, tratan de no enfrentar los problemas por miedo a los cambios; sobre todo en estos casos las madres suelen ser muy dominantes.

Causas que pueden determinarse de la aparición de los TCA

- Factores psicológicos

Algunas teorías mencionan que las personas que sufren de estas enfermedades tuvieron un mal proceso de fijación y simbolización de la etapa oral. En esta etapa hay un proceso de separación y de encontrar la autonomía a través de la comida, que representa un medio de comunicación y de expresión, esto se logra al negarse a comer, aunque haya una presión de por medio. Las sensaciones experimentadas durante la etapa oral regresan durante la adolescencia que es cuando se acentúan los conflictos con la familia y los personales.

Lazarevich 2002, nos refiere lo siguiente:

A través del alimento, los enfermos esconden sus temores a la independencia, al afecto o expresan coraje y tristeza. La comida-afecto a menudo es intolerable y aparece la salida-liberación-de emociones negativas por medio del vómito. El modelo explicativo psicológico se basa en que una persona tiende a desarrollar el trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de los factores socioculturales, familiares e individuales; en otras palabras, se unen tres factores que se sobreponen y potencian uno al otro. (p.282)

- Factores Socioculturales

En el caso de las mujeres el canon de belleza ha cambiado a lo largo de la historia. Las mujeres debían aproximarse al ideal estético de su época, definido por y para los hombres, aunque tengan que ir en contra de su naturaleza.

A finales del siglo XIX surge el culto a la delgadez relacionados con los trastornos alimenticios, donde se presentan frecuentemente en sociedades industrializadas, sobre todo en clases media y alta. En la sociedad actual la delgadez representa status social ya que cuando se habla del cuerpo ideal se presentan a personas delgadas que no representan el ideal de salud, y todo esto es reforzado por los medios de comunicación ya que al exhibir a personas que son exitosas regularmente nos muestran a mujeres y hombres con cuerpos delgados.

Es así como lo refiere la Secretaría de Salud en México:

En las sociedades urbanas actuales se establece tanto para hombres como para mujeres un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es el cuerpo natural, sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos. En la mujer esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales pero sin perder el autocontrol" (2004).

Para los hombres comienzan a extenderse los ideales de belleza a través de revistas especializadas, moda masculina y productos de cuidado personal que son promovidos o hechos, según el mensaje dado por los medios, para las personas delgadas.

Otro factor social son ciertas actividades que hombres y mujeres practican; las mujeres que practican deportes de apariencia suelen presentar desordenes de alimentación, entre los deportes de apariencia se encuentran: gimnasia, patinaje artístico, carreras atléticas, bailarinas, etc.

Pero también algunas profesiones se ven envueltas en esto como modelos, meseras, secretarias, etc. en donde la apariencia es muy valorada para poder tener éxito en el trabajo.

También algunos trabajos y actividades en los que se desenvuelven los varones se ven involucrados con estos trastornos como son: los bailarines, modelos masculinos, fisiculturistas, boxeadores, corredores de caballos, etc., en donde tienen la presión por tener un cuerpo estético y/o delgado.

- Factores Familiares

Los padres de los jóvenes que presentan desórdenes de alimentación regularmente son protectores y las madres suelen ser dominantes.

Se ha determinado que la mayor influencia sobre el cambio en las conductas de modificación del peso en las adolescentes, proviene principalmente de las madres y de las amigas (...). La enfermedad asociada a la comida es compartida entre madres e hijas, pero no entre madres e hijos. El comer como respuesta a emociones negativas se asocia también más entre madres e hijas. Las madres más jóvenes comparten más actitudes hacia el cuerpo con sus hijas, mientras que las madres de más edad, comparten más conductas restrictivas con sus hijas (...). Por esta razón, se ha dado énfasis a la relación madre-hija. (Mendez, García, 2008, p.583)

Por otro lado, también se encontramos que Lazarevich, Mora y Torner coinciden en que:

las madres de las enfermas generalmente son rígidas, sobreprotectoras, con límites muy confusos, a veces "frías", con poca posibilidad de reconocer los logros, hablar o expresar las emociones, y poca o nula resolución de los conflictos familiares.

Por lo tanto, la incapacidad de resolver los problemas (personales, de sexualidad o familiares), la carencia afectiva y un enorme deseo de ser perfectas, las lleva a un camino equivocado: a la preocupación excesiva alrededor de la comida y a la autoevaluación personal a través del control de la imagen corporal. (2002, p.283)

### Cómo detectar los trastornos alimenticios

Algunos indicadores tempranos son:

- Aumento de la actividad física.
- Disminución de las horas de sueño.
- Modificación de los horarios de comida.
- Realizar dietas muy estrictas y rechazar la comida, primero cierto tipo como grasas y carbohidratos y posteriormente a la comida en general.
- Presencia de atracones regulares de comida, los cuales se

vuelven incontrolados y la persona los realiza en secreto.

- Consumo de fármacos, diuréticos y laxantes.
- Las personas se apartan de la convivencia social.
- Preocupación excesiva por la imagen corporal, falta de autoestima y por lo que los demás puedan pensar.

#### Manifestaciones físicas

- Cuando una persona tiene anorexia, una señal física es la pérdida de peso en un tiempo muy corto.
- La piel de éstas personas se vuelve reseca y toma un color amarillento o grisáceo; las uñas se vuelven quebradizas, el cabello se les debilita y se les cae en abundancia.
- Su temperatura corporal regularmente es muy baja a pesar de estar en un lugar en donde haga sol o de una pequeña resolana, sobretodo la temperatura de pies y manos llega a ser tan baja que se pueden tornar de un color morado.
- La bulimia es más difícil de detectar ya que puede no haber una pérdida de peso, por otro lado, hay que buscar otro tipo de señales físicas para poder percatarse de ello. Algunas señales son lesiones o pérdida del esmalte en los dientes esto en el caso de quienes vomitan, heridas en las articulaciones interfalángicas en los dedos que se utilizan para provocarse el vómito.

#### Manifestaciones Psico-sociales

- Las personas se vuelven irritables y malhumoradas a causa del sentimiento de culpa que tienen. Los pacientes con bulimia presentan ansiedad e inestabilidad emocional.
- Suelen criticar a las otras personas y hacen comparaciones entre ellos o ellas con las personas que los rodean, también suelen buscar la aceptación y la opinión sobre su persona con las otras personas.

- Distorsión de su imagen corporal, las personas al verse a espejo observan un cuerpo diferente a lo que es en realidad generalmente se ven a sí mismos con una masa corporal mucho mayor a la que realmente es y esto hace que no se sientan conformes con su aspecto físico.

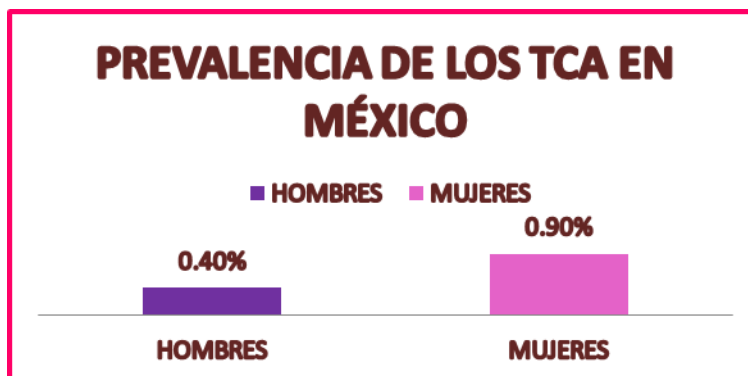
### 6. 2. 1 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están presentes en todo el mundo, no distingue entre raza, sexo o edad. A continuación, presentamos algunos datos sobre la prevalencia e incidencia de los TCA en nuestro país, además de otros factores que pueden llevar a presentar éstos trastornos. Cabe mencionar que actualmente no existen datos estadísticos sobre los TCA en México y los que hay son de por lo menos ocho años atrás.

En México entre el cinco y veinte por ciento de los jóvenes y adolescentes que presentan anorexia terminan falleciendo y en ésta situación pueden encontrarse hasta novecientas mil personas según consideraciones del Dr. Verduzco Fragoso Wáscar médico adscrito al Hospital de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”

En la encuesta nacional de nutrición realizada en el 2006 se obtuvieron los siguientes datos con respecto a los TCA y algunos indicadores de riesgo:

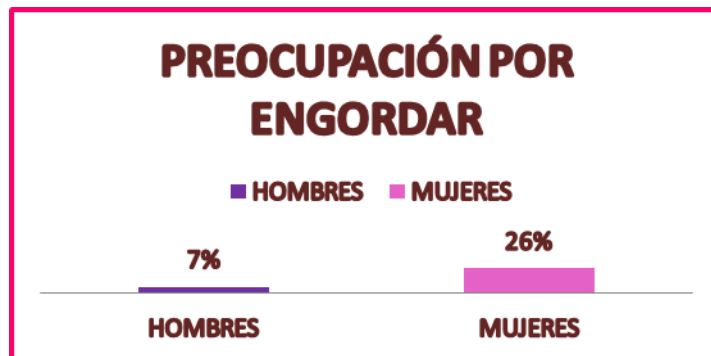
GRÁFICA 1



Fuente: Elaborado a partir de datos generados por la encuesta Nacional de Nutrición 2006

Gráfica 1.- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México presentaron una prevalencia en hombres del 0.4% y en mujeres del 0.9% del total de las personas encuestadas. Las mujeres son más propensas a presentar este tipo de trastornos.

GRÁFICA 2



Fuente: Elaborado a partir de datos generados por la Encuesta Nacional de Nutrición 2006

Gráfica 2.- En México la preocupación por engordar se presenta en el 26% de las mujeres, mientras que en los hombres un 7% siente ésta preocupación. Un 9% de los hombres mexicanos presentan práctica de atracones y un 12% de las mujeres mexicanas realizan esta misma práctica, estos síntomas se presentan con más frecuencia en las zonas urbanas que en zonas rurales.

Estudios realizados con muestras representativas en estudiantes del DF, utilizando el CBCAR (cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo) y comparando las mediciones obtenidas entre los años 1997 al 2003, se notó un incremento en la prevalencia de mujeres adolescentes que presentan 3 o 4 indicadores clínicos de los TCA como sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo con una frecuencia de dos o más veces a la semana; tuvo un aumento de 3.4% a 9.6% en mujeres y de un 1.3% a 3.8% en hombres. Sin embargo, en la medición realizada en el 2006 hubo una disminución de 8.1% en mujeres y un aumento de 4.1% en hombres. (Unikel, Bojórquez, 2010, pp.14-15)

Otro tipo de estudios realizados a población estudiantil en la Ciudad de México han mostrado que los niños y niñas que se encuentran entre los 10 y 11 años de

edad han reducido el consumo de alimentos con altos valores calóricos para poder bajar de peso. También se ha encontrado que niñas que se encuentran entre el rango de 9 a 13 años de edad presentan factores de riesgo, como insatisfacción con su imagen corporal, para desarrollar TCA. (Unikel, 2010, pp.14-15)

En el año 2006 se presentó un artículo llamado “Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003” (Unikel, Bojórquez, 2006, p.15). En éste artículo se muestra la frecuencia en la que los TCA se presentaron entre la población en que existe más riesgo (adolescentes), en el transcurso de éstos años. En éste artículo se presentaron los siguientes resultados:

“PROPENSION A FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DEPENDIENDO DE LA EDAD”.

El número de mujeres, entre 12 y 13 años de edad, que sentían preocupación por subir de peso aumentó entre el año 1997 y el 2000; sin embargo, el número disminuyó 1.5% para el 2003. Las que sobrestimaban su peso corporal aumentó del 1997 al 2000, pero disminuyó un 5.2% para el 2003. Quienes utilizaban métodos restrictivos tuvieron un descenso del 4.6%, sin embargo, para el 2003 aumentaron un 0.7%.

Las mujeres con un rango de edad de entre 14 y 15 años de edad tuvieron los siguientes resultados: el porcentaje de mujeres que se sentían preocupadas por engordar aumento del año 1997 al 2000 un 14.2%, para el año 2003 el número volvió a ascender un 1.5%. La sobrestimación del peso corporal aumento para el año 2000 un 2%, pero descendió un 2.2% para el 2003. Los métodos restrictivos disminuyeron para el 2000 un 5.2% y para el 2003 aumentaron un 0.4%.

El porcentaje de mujeres entre 16 y 17 años que demostraron preocupación por engordar aumento entre los años 1997 a 2000 un 21.4%, pero tuvo un descenso del 4.8% para el 2003. Las que sobrestimaban su peso corporal aumentaron en el primer periodo de tiempo un 5.9% y para el segundo periodo disminuyó un 8.6%.

El uso de métodos restrictivos disminuyó en los dos periodos de tiempo un 4.7% según la misma encuesta.

Las mujeres que se preocupaban por engordar, con un rango de edad entre los 18 y 19 años, tuvo un ascenso entre 1997 y 2000 de un 16%, para el 2003 decayó un 1.6%. La sobrestimación del peso corporal aumentó un 8.4% en el primer periodo; para el 2003 disminuyó un 3.5%. El uso de métodos restrictivo tuvo un ascenso de un 6.1%.

Los resultados arrojados por el estudio realizado muestran que las mujeres, entre más edad tengan, aumentan el porcentaje de que presenten conductas alimentarias de riesgo; siendo más frecuente en las mujeres con un rango de edad entre los 18 y 19 años que presentaron como mínimo tres indicadores de riesgo.

Aproximadamente el 50% de las mujeres sienten preocupación por engordar, además de que las que recurrieron a métodos purgativos fue en aumento a partir de la primera medición (1997) y las que utilizaron métodos restrictivos aumento del 2000 al 2003, sobre todo en el rango de edad de 18 a 19 años.

Por último, el porcentaje de mujeres que sobrestimaban su peso corporal fue en ascenso en todas las edades en el primer periodo de tiempo 1997-2000, pero para el 2003 el número de mujeres disminuyó en todas las edades.

#### PROPENSION A FACTORES DE RIESGO EN HOMBRES DEPENDIENDO DE LA EDAD.

El número de hombres entre los 12 y 13 años que sentían preocupación por engordar aumentó del año 1997 al año 2003 un 7.4%. Los que sobrestimaban su peso, en el mismo periodo de tiempo, disminuyó un 9.4%. Los que utilizaron métodos restrictivos disminuyó del 97 al 2000 un 4.7%, pero para el 2003 volvió a aumentar un 2.1%. Los hombres de entre 12 y 13 años de edad que presentaron por lo menos tres indicadores de riesgo aumentó entre 1997 y el 2000 un 3.7%, pero para el 2003 tuvo un descenso del 0.2%.

El número de hombres entre los 14 y 15 años que sentían preocupación por engordar entre los años 1997 al 2003 aumentaron 3.4%. Los que sobrestimaban

su peso, en el mismo periodo de tiempo, disminuyó un 8.5%. Los hombres que utilizaron métodos restrictivos disminuyó un 9.1% del 97 al 2000 y para el 2003 aumentó un 1.3%. Los hombres con un rango de edad de entre 14 y 15 años y que utilizaron por lo menos tres indicadores de riesgo fueron en aumento entre los años 1997 al 2003, este aumento fue del 2.7% Hombres entre los 16 y 17 años que sentían preocupación por engordar entre los años 1997 al 2003 aumentaron 7.2%%. Los que sobrestimaban su peso, en el mismo periodo de tiempo, disminuyó un 4.9%. Quienes utilizaron métodos restrictivos hubo un declive del 11.1% de 1997 al 2003. El porcentaje de hombres entre 16 y 17 años que presentaron por lo menos tres indicadores de riesgo entre 1997 y el 2000 fue de 3.5% y para el 2003 esta cantidad disminuyó un 2.6%.

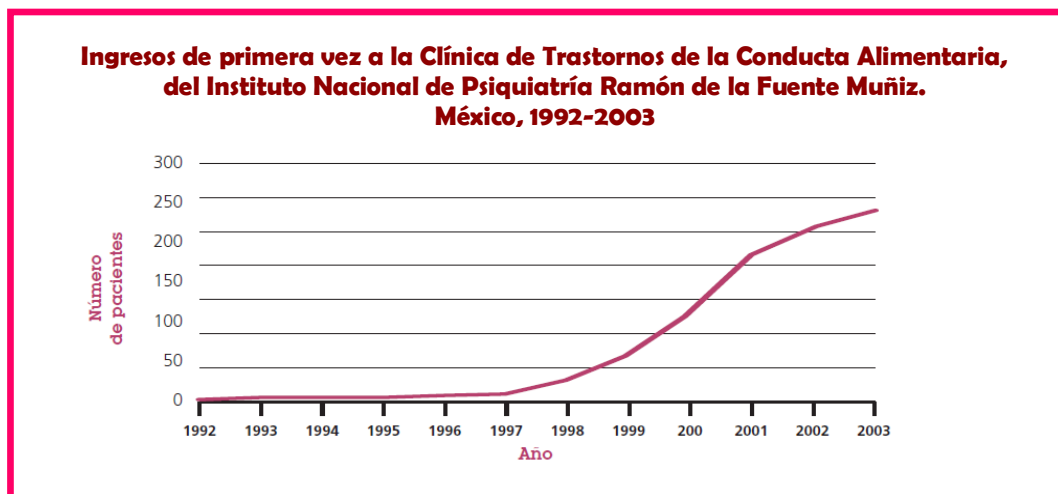
Los hombres entre 18 y 19 años de edad que presentaron alguna preocupación por engordar aumentó del 5.10% reportado en 1997 al 13.40% reportado en el año 2000, sin embargo, esta cantidad disminuyó para el 2003 un 0.3%. Los que presentaron alguna sobrestimación de su peso aumentó entre 1997 y el 2000 un 4.7%, pero para el año 2003 éste porcentaje disminuyó un 8.2%. El uso de métodos restrictivos disminuyó del 97 al 2000 un 16.1%, pero para el 2003 este porcentaje remontó un 5.6%. Los hombres entre 18 y 19 años de edad que presentaron mínimo tres indicadores de riesgo aumentó entre los años 1997 y 2000 un 3.4%, pero para el año 2003 esta cantidad se redujo un 0.6%.

El porcentaje de hombres que presentan conductas alimentarias de riesgo disminuyó, sobre todo en los hombres que se encuentran entre los 16 y 17 años de edad y en el periodo de tiempo que va del 2000 al 2003. Sin embargo, los hombres comparten la misma preocupación por engordar con las mujeres ya que el 50% de ellos presentó esa preocupación sobre todo en la medición posterior a 1997.

Los hombres que recurren a métodos restrictivos incrementaron en el periodo de tiempo del 2000 al 2003 y en la edad de 18 a 19 años, pero el porcentaje de hombres que sobrestimaron su peso disminuyó a partir de la primera medición (1997).

De acuerdo con la Guía de Trastornos Alimenticios (2004) realizada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva los TCA se han documentado desde el siglo XVII. En éste documento se presentan datos sobre el incremento en las consultas realizadas a causa de estos trastornos y su distribución por sexo. (p.8)

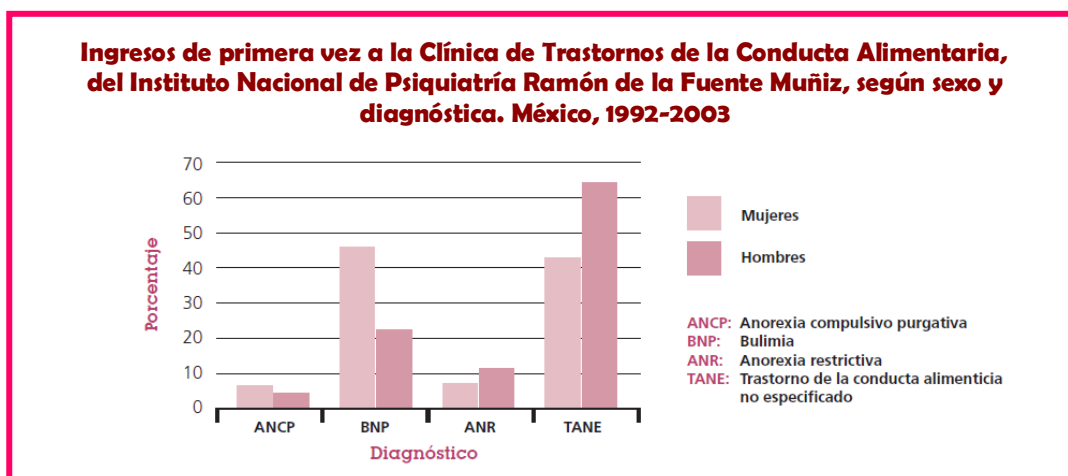
GRAFICA 3



Fuente: Elaborado a partir de datos generados por la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. División de Servicios Clínicos Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003. Guía de Trastornos Alimenticios

Gráfica 3.- Se muestra el aumento de ingresos por primera vez a la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz a partir del año 1992 hasta el 2003 en donde se registraron casi 250 casos en el año.

GRÁFICA 4



Fuente: Elaborado a partir de datos generados por la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. División de Servicios Clínicos Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003. Guía de Trastornos Alimenticios

Gráfica 4.- Se muestra los porcentajes de ingresos por primera vez a la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz distribuidos por sexo y diagnóstico del año 1992 hasta el año 2003.

De acuerdo a la información obtenida en el artículo Prevalencia de trastornos de alimentación en adolescentes (2013), nos refieren que los casos de anorexia se han quintuplicado en la década pasada y cada año aparecen 20 mil casos nuevos.

Se realizó un estudio a una población de 273 adolescentes de entre 13 a 16 años de edad. El resultado fue que el 20% de los hombres presentaba peso bajo mientras que en las mujeres esto se presentaba en un 6%. Un 5% de la población presentó una conducta alimentaria patológica. Se concluyó que en el grupo la prevalencia de TCA es baja, en cuanto a la distorsión de la imagen corporal se presentó en un 8% del total de la población siendo las mujeres quienes la presentan con más frecuencia. Se concluyó que del total de la población el 8% mostró riesgo a presentar algún Trastorno de la conducta Alimentaria, mientras que el 10% ya la presentaba.

### 6. 3 Promoción de la Salud

La salud es el estado ideal en la que todos los individuos deberían encontrarse, ya que no define sólo el estado fisiológico de los individuos también abarca el estado en equilibrio en el que se encuentra el entorno en el que las personas se desenvuelven. La Organización Mundial de la Salud define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.

Del 6 al 12 de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma Ata, URSS. Aquí se expuso la necesidad de que el gobierno, profesionales sanitarios, personal implicado en el desarrollo y la comunidad mundial tomaran acciones urgentes para proteger y promover la salud para todas las personas. En ésta conferencia se reafirma que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad además de ser un derecho fundamental. Además, la OMS (1978) establece, entre otras cosas:

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción para todos los habitantes del mundo en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo.

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptable, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación.

Se hace un llamado a diversas organizaciones, entre ellas la OMS y la UNICEF, para colaborar e implementar la atención sanitaria.

Después de la conferencia realizada en Alma-Ata se realizaron conferencias sobre promoción de la salud, a continuación, se mencionan algunas de ellas.

El 21 de noviembre de 1986 fue celebrada en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en donde se estableció lo siguiente:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo de acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

La segunda conferencia internacional de promoción de la salud se realizó en Adelaida, Australia en 1988, en donde se expusieron:

Políticas a favor de la salud”, éstas “se caracterizan por una preocupación explícita por alcanzar la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una aceptación de su responsabilidad en los efectos que pudiera tener sobre la salud. El principal objetivo es crear unos entornos adecuados que permitan a las personas llevar una vida sana.

Algunas de las políticas que se deben de realizar, según ésta conferencia son:

Políticas que favorezcan la salud y en la promoción de la salud, a fin de elevar el estatus sanitario del conjunto de ciudadanos, en lo cual los gobiernos deben de invertir.  
Políticas que faciliten el acceso a la salud mejorando los productos y servicios para crear entornos adecuados, ésta debe darle prioridad a los grupos más desfavorecidos y vulnerables.

En la conferencia se identificaron algunos puntos prioritarios para una política favorable en la salud:

- Proteger la salud de la mujer, se señala que la mujer es la principal promotora de la salud y la forma en que funcionan las asociaciones y organizaciones femeninas constituye un modelo para el proceso de organización, planificación y ejecución de la promoción de la salud, por lo tanto, deben contar con un mayor grado de reconocimiento y de apoyo.
- Los alimentos y la nutrición, se debe garantizar el acceso universal a una cantidad adecuada de alimentos saludables de forma que resulte aceptable para las diferentes culturas, se deben determinar objetivos nutricionales y dietéticos. Los impuestos y las subvenciones deben establecerse de forma que favorezcan el fácil acceso de todas las personas a unos alimentos sanos y la mejora de la dieta.
- El tabaco y el alcohol, éstos constituyen importantes peligros para la salud por lo cual se hace un llamado a todos los gobiernos para hacer un compromiso, ya que para desarrollar una política favorable a la salud se deben de tener objetivos que conduzcan a reducir de manera significativa el cultivo del tabaco y la producción, la promoción y el consumo de bebidas alcohólicas para el año 2000.
- Crear los entornos adecuados, en la conferencia se señala como punto prioritario que la salud pública y el movimiento ecológico deben trabajar juntos en la elaboración de estrategias dirigidas a lograr un desarrollo socioeconómico y salvaguardar los recursos naturales del planeta.

- Desarrollar nuevas alianzas en defensa de la salud, se recomienda a los organismos locales, nacionales e internacionales la creación de centros de documentación que promuevan prácticas adecuadas en el desarrollo de políticas a favor de la salud y el desarrollo de redes de investigadores, personal docente y directores de programas que contribuyan al análisis y a la ejecución de dichas políticas.
- El compromiso con una salud pública global.

Se menciona que las recomendaciones emitidas en ésta conferencian sólo podrán llevarse a cabo si los gobiernos, a nivel nacional, regional y local colaboran.

La tercera conferencia internacional sobre la promoción de la salud: Entornos propicios para la salud (1991), se realizada en Sundsvall, nos menciona que:

Desde el punto de vista de la salud, el término entornos propicios designa los aspectos físicos y sociales del medio que nos rodea. Abarca el lugar donde la gente vive, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo y sus lugares de recreación. Incluye además las estructuras que determinan el acceso a los recursos para vivir y las posibilidades de obtener medios para actuar. Así, toda acción tendiente a crear un entorno favorable tiene múltiples dimensiones, a saber: física, social, espiritual, económica y política. Todos estos aspectos están estrechamente vinculados en una interacción dinámica. Las medidas que se tomen deben coordinarse a los niveles local, regional, nacional y mundial a objeto de que se pongan en práctica soluciones realmente durables.

Se señalaron cuatro aspectos de un entorno propicio:

- Dimensión social (normas, costumbres y esquemas sociales)
- Dimensión política (obliga a los gobiernos a garantizar una participación democrática en las decisiones y descentralizar la responsabilidad y los recursos)
- Dimensión económica (redistribución de los recursos en favor de la salud para todos)
- La necesidad de reconocer y de utilizar las competencias y los conocimientos de las mujeres en todos los ámbitos, económicas y políticas.

Algunas de las propuestas que se realizaron son: la equidad debe ser un objetivo prioritario de todas las medidas que se tomen para crear entornos propicios a la salud y para movilizar las energías y las mentes. También que toda acción pública en favor a generar entornos propicios para la salud debe tener en cuenta la interdependencia de todos los seres vivos y administrar de manera correcta los recursos naturales preocupándose por las generaciones futuras.

En Julio de 1997 se realizó la cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud, es considerada como la segunda gran conferencia después de Ottawa. En esta declaración de Yakarta (1997), nos describe una de sus prioridades:

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo venidero. Refleja el firme compromiso de los participantes en la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI.

Se hizo énfasis en la movilidad de sectores privados y la necesidad de formar alianzas estratégicas.

La quinta conferencia mundial de promoción de la salud tuvo lugar en México en el año 2000, en donde la meta fue “examen del aporte realizado por las estrategias de promoción de la salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas” (quinta conferencia, 2000)

Se reafirma la contribución de la promoción de la salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud, además se expresó el compromiso de elaborar planes de acción nacionales para darle seguimiento a los progresos realizados en las estrategias en materia política y de planificación nacional y local.

El 11 de agosto del 2005 en Bangkok se celebró la 6ª conferencia internacional sobre PS en donde el propósito era afirmar que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. (Bangkok,2005)

Promoción de la Salud dominante sustentada en la educación bancaria.

En éste enfoque los promotores de salud, a partir de sus saberes, deciden por las personas, ve a las personas como objetos seguidores de la conciencia implantada en ellos, por lo tanto, el promotor de la salud determina cuáles son sus problemas y cuáles son sus necesidades. Bajo ésta corriente se espera que las “personas-objeto” acepten y almacenen la información como verdades que no se pueden cambiar. Por lo tanto, las personas no pueden construir conocimiento, no pueden transformar los contenidos ni vincularlos de manera crítica con su realidad.

Los autores Guzmán y Cárdenas (2016) nos refieren que:

El promotor de la salud rara vez produce conocimiento ya que en el fondo es una persona-objeto de la promoción de la salud que asume el rol de promotor-opresor de otros. Es un transmisor más que un creador y sus decisiones también están condicionadas por los contenidos que les fueron inculcados.

Los efectos de esto son que las personas al depender del promotor no pueden tomar decisiones por sí mismos, provoca que haya una dependencia hacia el promotor de la salud, no construyen conocimiento y no permite la creatividad transformadora lo que al final provoca que las personas tengan miedo de tomar decisiones para mejorar su propia salud.

Promoción de la salud con enfoque emancipador

De acuerdo con el documento Introducción al enfoque emancipatorio de la promoción de la salud, ésta corriente surge como respuesta a la lectura crítica de las prácticas más convencionales de la PS, algunas de las principales características de ésta corriente son:

- Es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad de inventar futuros y alcanzarlos.
- Generación de capitales para el logro de los proyectos (prácticas empoderantes) para la invención del proyecto (prácticas emancipatorias).
- El trabajo del promotor de la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción, genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro; genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.
- La PS se organiza en ciclos de reflexión y acción transformadora sobre el mundo con la finalidad de alcanzar los proyectos individuales y colectivos.
- El diálogo se ejerce entre el promotor de la salud y las personas y es el principal catalizador de la toma de conciencia.

- En la acción transformadora se desarrollan las capacidades humanas y se incrementan los capitales, también aporta elementos de experiencia para ser analizados en los momentos de reflexión en los cuales se dialoga, entre otras cosas en el actuar de los sujetos.

Las capacidades humanas están formadas por:

- Sapiens (razonamiento)
- Ludens (imaginar)
- Erótica (motivarse o apasionarse)
- Faber (trabajar)
- Política (toma de decisiones)
- Económica (uso de recursos)

Por lo descrito anteriormente nuestro trabajo estará dirigido bajo ésta corriente de la promoción de la salud ya que nuestro propósito es que las personas tengan la información necesaria para que incrementen sus capacidades y transformen su entorno de acuerdo a sus intereses, visiones y objetivos, para que se cumpla una de las características de la corriente que es el construir futuros y alcanzarlos.

Nosotras buscamos que las personas obtengan las herramientas para que a base de la observación y de su experiencia puedan tomar decisiones asertivas y no darle toda la responsabilidad de su bienestar al personal de salud, si no que pueda interactuar, opinar y elegir de manera consiente lo que crea más conveniente para mejorar su calidad de vida.

La Promoción de la Salud y los TCA

La promoción de la salud juega un papel importante dentro de aquellas enfermedades o patologías porque interviene para que los sujetos ya sea individual o en colectivo aprendan a identificar sus padecimientos, analizar qué pueden hacer para solucionarlo y a si buscar ayuda, es decir que esta disciplina ayuda a que las personas logren identificar aquel poder que tienen sobre ellas mismas para cambiar y tomar una decisión asertiva en cuanto a su salud.

Cabe mencionar que la promoción de la salud es aplicada en algunos países para realizar talleres dirigidos a pre-adolescentes, adolescentes, familiares y profesionales que están en contacto con esta población con el objetivo de potenciar las conductas saludables e informar para prevenir conductas de riesgo.

Hemos visto que sólo hay una propuesta de programa para la prevención de los TCA dirigido a los entrenadores y la población objetivo son los deportistas ya que son una población vulnerable para presentar TCA, por el tipo de exigencia en cuanto alimentación y rutinas físicas.

En nuestra búsqueda por información sobre trabajos dirigidos a la prevención de los TCA en México y en países latinos bajo la mirada de la promoción de la salud ha sido limitada, hemos visto que la carga de nuestra salud en general se la dejamos al modelo médico-hegemónico provocando que nuestras capacidades de sentir y pensar para transformar el interés por nuestra propia salud sea mínima y acatemos lo que nos dicen sin preguntar del porqué de la enfermedad y del tratamiento.

Al analizar la información para realizar nuestro material nos dimos cuenta de que la mayoría de las decisiones que tomamos a lo largo de nuestra vida están influenciadas por algunos medios de comunicación, por la interacción con la comunidad, por el exagerado valor que le damos a la opinión del otro, por la necesidad que experimentamos de ser aceptados por el entorno social o bien por el bombardeo de información sobre cómo debe ser la belleza.

Hemos visto a través de esta investigación que el Sector Salud y el Gobierno Federal tienen dentro de sus prioridades combatir ciertas conductas de alimentación así como erradicar la desnutrición, sin embargo hacen énfasis en el sobrepeso u obesidad, reconocen que hay cifras alarmantes en cuanto a la anorexia, pero desafortunadamente no hay un programa específico para cubrir aquella necesidad que se está formando en los adolescentes y estas son la prácticas del juego con la alimentación por no tener una orientación sobre esta.

Como lo hemos mencionado, en la actualidad el tema de la alimentación en México, es delicado, ya que existen muchas enfermedades causadas por diversos factores, ya sean biológicos, económicos o sociales. Para nuestro trabajo describiremos un poco sobre aquellas políticas públicas que se estén llevando a cabo para mejorar la alimentación.

Los programas como PROSPERA y LICONSA, que están dirigidos a la población en situación de pobreza, describen que una de sus metas es terminar con la desnutrición y obesidad ya que son problemas que en la actualidad han identificado en los niños de este país, desafortunadamente el recibir un apoyo monetario o el dar consejos de cómo alimentarse no es suficiente para erradicar aquellas enfermedades que ya identificaron, consideramos que el apoyo monetario en primer instancia no se sabe el rumbo de este y los consejos que dan son mínimos a lo que debería actuar el programa.

LICONSA sólo describe que buscan ser la mejor empresa que cuente con la calidad en los productos lácteos para la población mexicana, dejando de lado el que también están para apoyar a las comunidades en cuanto a la orientación alimentaria y no sólo dar a precio accesible el litro de leche.

Para la anorexia no hay un programa que apoye a los niños y adolescentes de nuestro país en cualquier situación económica, lo única referencia con la que se cuenta es en la propuesta para la creación de una ley que implique el apoyo del gobierno en la atención a la anorexia y bulimia.

## **VII. METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio cualitativo de Investigación-acción. El dispositivo utilizado fue:

Construcción del conocimiento sobre anorexia, utilizando como sujetos de participación un grupo de estudiantes de la Escuela Primaria Japón, constituido de 2 niños y 10 niñas con edades de entre 9 y 12 años.

Elementos de acción:

Intervención visual y auditiva con un póster informativo diseñado por las promotoras de salud.

Análisis y discusión de tríptico informativo y descriptivo sobre anorexia.

Taller de discusión acción sobre anorexia, con participación voluntaria. (12 niños participaron).

Acciones:

Elaboración de diálogo-guion, discursivo, informativo y reflexivo sobre anorexia. (12 niños lo hicieron)

Presentación de una obra teatral corta basado en el diálogo-guion elaborado. (2 niños 5 niñas participaron)

Para la construcción y aplicación de los elementos de acción y las acciones se consideró que: En la actualidad la tecnología como medio de comunicación ha ido ganando terreno en los jóvenes, principalmente en los menores de edad, consideramos que es por todas las actividades a las que las familias se han ido sujetando, ya sea por condiciones económicas, sociales o bien culturales.

Los medios de comunicación cada vez responden más a los intereses económicos de oferta y demanda social, consideramos que en nuestro país hay un control sobre el tipo de comerciales y/o productos que se venden sin embargo muchas veces éstos no representan la realidad, lo que puede llegar a modificar la

perspectiva de algunas personas y confundirlas pudiendo ocasionar la aparición de hábitos no saludables.

La televisión como medio de comunicación tuvo gran influencia en los menores de edad ya que pasaban más tiempo haciendo uso de esta, sin embargo, en la actualidad lo que más ha ganado terreno son las tabletas electrónicas, teléfonos móviles y la internet, dejando de lado todas aquellas actividades que inducen a la experimentación, conocimiento y un lenguaje socializado. Por ejemplo, los datos de la UNICEF en cuanto al acercamiento a la tecnología nos muestran que en el 2003 se contaba con un 13% de la población infantil, a diferencia del 2013 que el porcentaje es del 43%, la población a la que hacen referencia es justo entre los 6 y 12 años de edad, los medios que tienen mayor influencia son internet y computadora.

Consideramos que los medios de comunicación tienen una gran influencia en los niños, pudiendo provocar alguna enfermedad de trastorno alimenticio como la Anorexia, ya que estos medios siempre están llenando de información estereotipada de cómo debe ser un cuerpo sano, es decir que mientras más delgado estés serás mejor aceptado entre tus pares, esto se puede ver en los programas o series que están de moda y que los niños sin restricción tienen contacto con ellos, es decir el bombardeo de esta información es que debes estar con cierta belleza o delgadez extrema como los actores de dichas series para ser popular y así evitar el acoso.

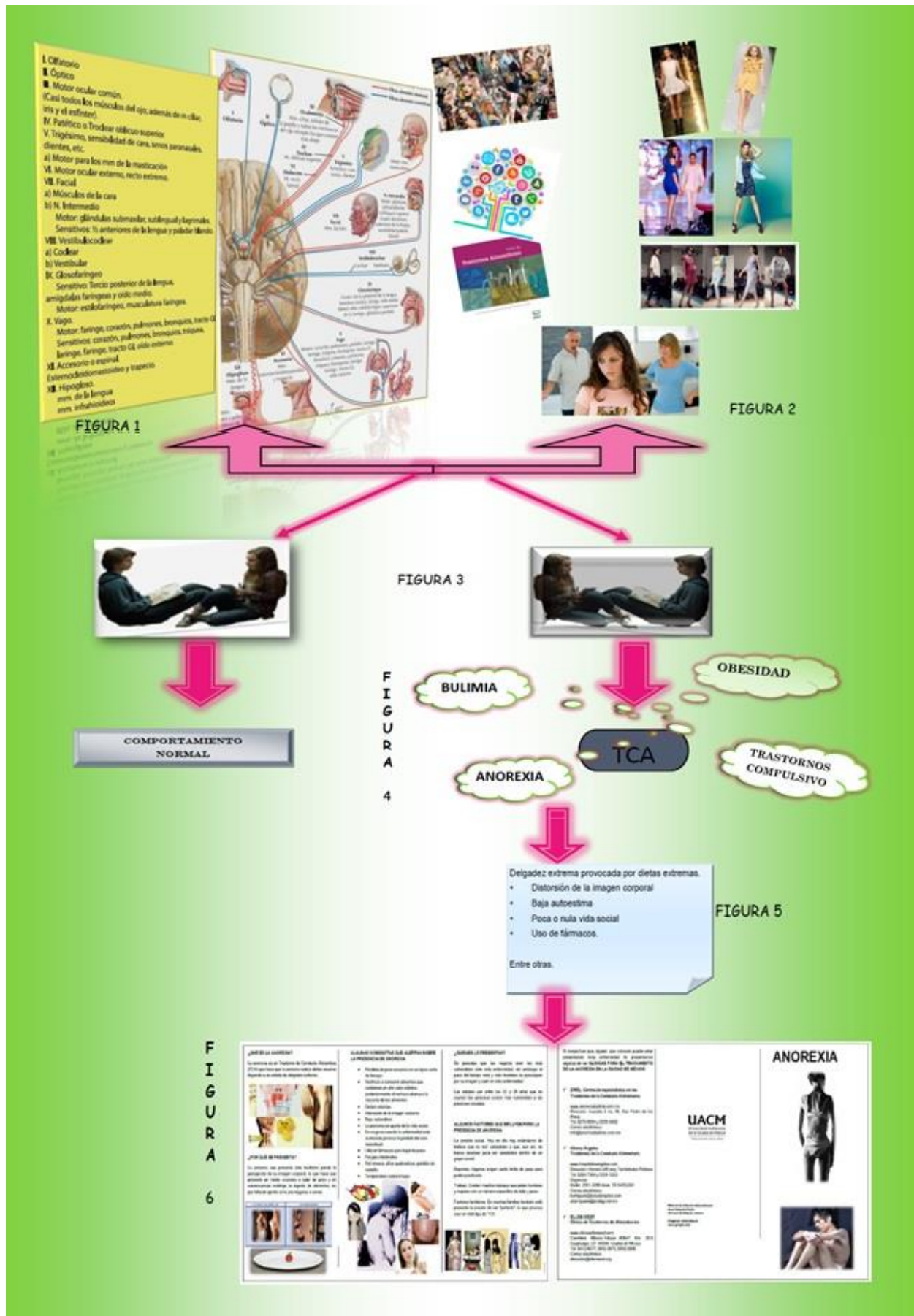
En internet existen plataformas que hacen referencia directa con la enfermedad y que sin problema alguno hay acceso a información correcta e incorrecta de la misma. Algunas plataformas son administradas por los llamados youtubers o blogueros que son hombres y mujeres jóvenes que exponen sus ideas y opiniones de temas en general, algunos de estos temas están enfocados con prácticas pueden interferir con la salud de los niños y jóvenes que los siguen. Como ejemplo de los temas presentados en dichas plataformas es el llevar a los niños y/o adolescentes paso a paso para conseguir bajar de peso, donde se comparten dietas, ejercicios o tips que les han funcionado para conseguir el cuerpo que

definen como perfecto generando también un problema de salud sin que los menores se den cuenta.

Acciones:

A partir de todo lo revisado y analizado nosotras realizamos la propuesta del Esquema-poster y el tríptico además de otras que surgieron durante la elaboración de éste. Todas las acciones propuestas para abordar el tema de la anorexia las presentamos a continuación.

# ESQUEMA-PÓSTER.



## **DESCRIPCIÓN ESQUEMA.**

El esquema se integró con las imágenes cuyo contenido representaba las influencias que se consideró en la información y conocimiento sobre anorexia.

### **FIGURA 1**

Sistema nervioso, sentidos.

Los sentidos juegan un papel importante, ya que toda la información que percibimos nos ayuda en la toma de decisiones, sin embargo, mucha de la información recibida está mal interpretada por la sociedad. Con esto nos referimos a que percibimos que en la actualidad lo aceptado socialmente es estar delgado por lo tanto muchas industrias promueven esta idea para ganar dinero. Este concepto de salud a pasear de ser erróneo ha ganado terreno y cada vez más población la acepta y hace lo posible por llegar a ese estándar y así lograr un sentido de pertenencia y no sentirse excluido.

### **FIGURA 2**

Lo que influye para la aparición de los TCA, enfocándonos en la Anorexia.

Medios de comunicación: televisión, revistas, redes sociales.

Mujeres que nos muestran son exitosas, la gran mayoría son muy delgadas.

Moda: prendas con tallas muy pequeñas; pasarelas de moda muestran a modelos cada vez más delgadas.

Familia: con muy poca tolerancia al “fracaso”, educación muy rígida, críticas

Sector Salud: material hecho para informar a la población sobre lo que son los TCA, para que el individuo se acepte tal y como es y haga conciencia sobre un buen hábito alimenticio.

### **FIGURA 3**

Los TCA aparecen en población cada vez más joven, sin embargo, es en la etapa adolescente en donde se presenta más incidencia. El espejo es un objeto

importante ya que el reflejo y el cómo se percibe la persona es básico en la anorexia.

Consideramos que en esta etapa el entorno influye de manera considerable en las emociones del adolescente, ya que dependiendo del ritmo de vida y de lo que experimente se puede hacer más susceptibles a la enfermedad.

#### **FIGURA 4**

Dependiendo de cómo se perciba el individuo se basa su comportamiento. Pueden presentar un comportamiento “normal” (por normal nos referimos a un comportamiento común sin presentar un problema o una fijación por su imagen) o se pueden presentar los TCA, como la bulimia, ANOREXIA, trastorno corporal, obesidad u otros.

#### **FIGURA 5**

Aquí se presenta una breve explicación de lo que es la anorexia y algunos de los síntomas que se presentan.

#### **FIGURA 6**

La propuesta que presentamos, un tríptico en el cual describimos lo que es la anorexia más específicamente, los síntomas de alerta, población en la que se presenta, razones que influyen en la aparición de la anorexia y algunas instituciones que se enfocan en ayudar a personas que presentan anorexia y otros TCA.

El material está diseñado para una fácil comprensión y para que esté al alcance de todas las personas.

## TRIPTICO.

Si sospechas que alguien que conoces puede estar presentando ésta enfermedad te presentamos algunas de las **CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

- ✓ **ZIREL, Centro de especialistas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

[www.anorexiabulimia.com.mx](http://www.anorexiabulimia.com.mx)  
Dirección: Avenida 2 no. 94, San Pedro de los Pinos.  
Tel. 5276-9591 y 5273-6092  
Correo electrónico:  
[info@anorexiabulimia.com.mx](mailto:info@anorexiabulimia.com.mx)

- ✓ **Clínica Ángeles Trastornos de la Conducta Alimentaria**

[www.hospitalesangeles.com](http://www.hospitalesangeles.com)  
Dirección: Homero 655 esq. Temístocles Polanco  
Tel. 5281-7301 y 5281-7303  
Urgencias  
Radio: 2581-3399 clave: 55 54352261  
Correo electrónico:  
[barriguete@saludangeles.com](mailto:barriguete@saludangeles.com)  
[abarriguete@prodigy.net.mx](mailto:abarriguete@prodigy.net.mx)

- ✓ **ELLEN WEST Clínica de Trastornos de Alimentación**

[www.clinicaellenwest.com](http://www.clinicaellenwest.com)  
Carretera México-Toluca #3847 Km. 20.5 Cuajimalpa, CP. 05000, Ciudad de México  
Tel. 5812-0877, 5812-0870, 5812-0885  
Correo electrónico:  
[direccion@ellenwest.org](mailto:direccion@ellenwest.org)

**UACM**  
Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México  
*Nada humano me es ajeno*

Material de difusión elaborado por:  
Arce Valencia Paola  
Olivares Rodriguez Jessica

Imágenes obtenidas en:  
[www.google.com](http://www.google.com)

# ANOREXIA



## ¿QUÉ ES LA ANOREXIA?

La anorexia es un Trastorno de Conducta Alimenticia (TCA) que hace que la persona realice dietas severas llegando a un estado de delgadez extrema.



## ¿POR QUÉ SE PRESENTA?

La persona que presenta éste trastorno pierde la percepción de su imagen corporal, lo que hace que presente un miedo excesivo a subir de peso y en consecuencia restringe la ingesta de alimentos, no por falta de apetito si no por negarse a comer.



## ALGUNAS CONDUCTAS QUE ALERTAN SOBRE LA PRESENCIA DE ANOREXIA

- Pérdida de peso excesiva en un lapso corto de tiempo.
- Rechazo a consumir alimentos que contienen un alto valor calórico, posteriormente el rechazo abarca a la mayoría de los alimentos.
- Dietas estrictas.
- Alteración de la imagen corporal.
- Baja autoestima
- La persona se aparta de la vida social.
- En mujeres cuando la enfermedad está avanzada provoca la pérdida del ciclo menstrual.
- Utilizar fármacos para bajar de peso.
- Purgas intestinales.
- Piel reseca, uñas quebradizas, pérdida de cabello.
- Temperatura corporal baja.



## ¿QUIENES LO PRESENTAN?

Se pensaba que las mujeres eran las más vulnerables ante ésta enfermedad, sin embargo al paso del tiempo más y más hombres se preocupan por su imagen y caen en ésta enfermedad.

Las edades van entre los 12 y 25 años que es cuando las personas somos más vulnerables a las presiones sociales.

## ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA PRESENCIA DE ANOREXIA

La presión social. Hoy en día hay estándares de belleza que no son saludables y que, aun así, se busca alcanzar para ser aceptados dentro de un grupo social.

Deportes. Algunos exigen cierto límite de peso para poder practicarlo.

Trabajo: Existen muchos trabajos que piden hombres y mujeres con un número específico de talla y peso.

Factores familiares. En muchas familias también está presente la presión de ser "perfecto", lo que provoca caer en éste tipo de TCA.



## **TRÍPTICO**

El propósito del tríptico fue resumir, Informar y concluir sobre lo que es la anorexia, causas por las cuales se presenta, conductas que alertan sobre si una persona presenta el trastorno, población vulnerable y factores de riesgo.

Se consideró como una herramienta para que los niños de entre 9 y 12 años que participaron en este estudio comprendieran de que se trata éste trastorno, sus causas, y los síntomas que se presentan en este padecimiento; además de que conocieran a donde pueden acudir en caso de conocer a una persona que presente éstos síntomas o si ellos mismos necesitan la ayuda sepan a donde dirigirse.

## **TALLER**

A partir de la investigación comprendimos y asumimos que el medio ambiente donde se desarrollan los niños es saturado con imágenes en revistas, televisión, internet y anuncios publicitarios, y que en gran medida es responsable de las conductas erróneas que modifiquen las conductas alimentarias provocando la pérdida de una alimentación sana desde una edad temprana, considerando que los menores aprenden a partir de lo que ven con el día a día.

Por ello nos dimos a la tarea de complementar nuestro material informativo con el desarrollo de una herramienta enfocada en los niños, surgiendo así el taller que tiene la finalidad de saber qué es lo que piensan y opinan al tener contacto con estos medios y con nuestro tríptico.

## TALLER

Propósitos específicos	Contenidos	Actividades		Materiales	Tiempo	Responsable
		Facilitador	Participantes.			
<p>Actividad 1.</p> <p>Qué los participantes y el Promotor de Salud rompan el hielo, para lograr un ambiente de confianza para que puedan expresarse mejor en su percepción y sentir respecto al tema.</p>		<p>El Promotor de la Salud hará una breve presentación de él para que los participantes lo conozcan un poco más (gustos, preferencias musicales, hobbies, deportes, etc.)</p> <p>El facilitador, también mencionara todas las actividades y las participaciones en las que estarán involucrados los sujetos, esto es con la finalidad de que comiencen a sentir confianza. Al terminar su presentación abrirá el diálogo de forma voluntaria dando la palabra a los otros sujetos.</p>	<p>Los participantes de manera voluntaria podrán mencionar todas aquellas características que desean que los demás sujetos conozcan de él por ejemplo: su nombre, edad, su pasatiempo favorito y a que se dedican.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuaderno</li> <li>• pluma</li> </ul>	10 min.	El Promotor de la Salud y participantes.

<p>Actividad 2.</p> <p>Que los participantes en base a la información con un contenido del tema de anorexia, recuerden si han logrado identificar casos en algún medio de comunicación o bien con algún sujeto cerca de ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos que se identifiquen con la anorexia.</li> </ul>	<p>El Promotor de la Salud, dará una serie de material en forma de tríptico y revistas al grupo para que observen todos aquellos detalles físicos de los hombres y mujeres de dichos materiales.</p> <p>Una vez que se termina la observación, el Promotor les propondrá una actividad, donde se tomarán en cuenta sus experiencias con algunos sujetos cercanos a ellos o bien comentarios u observaciones.</p>	<p>De acuerdo a la breve información, los participantes darán su punto de vista por medio de un debate, respondiendo las siguientes preguntas.</p> <p>CUESTIONARIO:</p> <p>1.- Qué características físicas consideras que tienen los sujetos que padecen la enfermedad?</p> <p>2.- ¿Algunas de esas características que encontraste en los sujetos los has observado en algún otro medio de comunicación?</p> <p>3.-¿Te sentiste identificado con alguno de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plumas.</li> <li>✓ Cuaderno de bitácora.</li> </ul>	<p>30 min.</p>	<p>Facilitador y participantes.</p>
--	--	--	---	--	----------------	-------------------------------------

			<p>sujetos? ¿Con cuál? ¿Por qué?</p> <p>4.- De todo lo que se ha mencionado te hizo recordar alguna experiencia propia o de alguien cercano a ti?</p> <p>5.- ¿Cómo reaccionaste?</p> <p>7.- ¿Cómo lo resolviste?</p> <p>8.- Si lograras identificar algún amigo, compañero o familiar con las características de la Anorexia ¿Qué le recomendarías a esa persona?</p>			
--	--	--	---	--	--	--

<p>Actividad 3.</p> <p>Qué los participantes comiencen a discutir sobre sus experiencias en base a las preguntas anteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> <li>• Factores sociales</li> </ul>	<p>El facilitador, comenzará a darle la palabra a cada uno de los sujetos para que expongan sus respuestas de manera voluntaria y sin señalar a nadie cuando no deseen participar, cuando ocurra esto el promotor de la Salud mencionará alguna experiencia que haya vivido para que genere confianza y logren participar los sujetos.</p>	<p>Que los participantes de manera voluntaria compartan sus respuestas de acuerdo a cada una de las preguntas hechas, en la actividad anterior, puede ser que los sujetos deseen platicar de manera general las preguntas o bien aquellas experiencias familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pluma</li> <li>○ Bitácora</li> </ul>	<p>20 min.</p>	<p>El Promotor de la Salud y participantes.</p>
<p>Actividad 4.</p> <p>Los participantes una vez construido su conocimiento individual a cerca de la Anorexia, podrán generar el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> </ul>	<p>El encargado de la actividad colocará el tríptico, revistas, periódicos, que contengan imágenes para que los participantes recuerden y describan aquellas</p>	<p>Los participantes a través de la interacción entre sujetos, expresarán de manera colectiva en forma de dialogo todo lo relacionado a la enfermedad, considerando</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tríptico</li> <li>○ Periódicos, revistas, libros, anuncios</li> </ul>	<p>40 min.</p>	<p>Promotor de la Salud y participantes.</p>

resultado.		características de la enfermedad, tales como síntomas, actitudes y posibles soluciones, con esto desarrollaran su capacidad faber.	aquella construcción de conocimiento dentro del taller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bitácora</li> <li>○ Pluma</li> </ul>		
Despedida	Agradecimiento	El Promotor de la Salud, agradecerá la asistencia a los participantes y les preguntará si tienen algún tema de interés para que se proponga otro taller en base a sus necesidades y si desean que sea llevado a alguna institución, considerando la problemática y el grupo al que sería dirigido.	Los participantes escucharán al Promotor de la Salud y si tienen interés en algún tema podrán proponerlo para la realización de próximos talleres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuaderno</li> <li>○ pluma</li> </ul>	5 min.	Promotor de la Salud.

## OBRA DE TEATRO

A partir de la experiencia y el aprendizaje obtenido con la práctica, los niños decidieron reproducir y compartir dicho conocimiento con sus pares organizándose y proponiendo una acción de divulgación realizando diálogos con la finalidad de llevarlos a su representación, de esta manera surge la obra de teatro. A continuación, presentamos dicho diálogo realizado por los niños.

## DIALOGOS

AMIGAS: Hola compañeros y compañeras, ¿y tú gorda?

NAOMI: ¡yo no soy gorda!

AMIGAS: ¡Estás gorda! ¡Estás gorda!

NAOMI: (llorando) soy una gorda, parezco puerco! Me voy a vengar de ellas

AMIGAS: jajajaja gorda, no nos daña en nada tus venganzas. ¿Cómo apesta aquí no? Si, Si, Si

NAOMI: (llorando) ¡Estoy gorda, de nada servirá vengarme!

CHARLY: ¿por qué eres tan solitaria?

NAOMI: no lo sé, tal vez porque estoy gorda, por eso nadie me quiere así, ¡Lárgate de aquí!

CHARLY: bueno está bien, ¡relájate!

ALICIA: ¿qué pasó con Charlie?

NAOMI: nada, me está diciendo gorda, puerco y muchas cosas más y además tú qué te metes ¡eh!

ALICIA: ¡relájate chava! Yo nada más pregunto y además te puedo ayudar a reducir esta pancita.

NAOMI: ¿Enserio, si puedes?

ALICIA: ¡Claro! Yo te puedo ayudar a parecer una modelo, pero antes tienes que buscar en revistas e internet para que te des una idea, más o menos, y observes qué bien se ven las modelos de revistas.

NAOMI: ¿Y cuándo empezamos?

ALICIA: desde ahorita, ¿no crees?

NAOMI: no sé si pueda, ¿qué tal si mañana?

ALICIA: vale, entonces así quedamos

NAOMI: Vale, hasta luego

ALICIA: Bye

NAOMI: Bye

NARRADOR: Días después el tiempo pasaba, los días se volvían infiernos y las niñas se burlaban más y más de ella, hasta que un día, se la encontró.

NAOMI: ya estoy harta de que se burlen de mi por todo, por qué no me has dado ningún consejo.

ALICIA: perdón, te paso mi número, me llamas y te indico lo primero que hay que hacer.

NAOMI: Vale, me lo pasas, Chao

ALICIA: Chao

Días después...

NAOMI: Ya te encontré

ALICIA: O.K. mmm... empieza tu primer día.

NAOMI: por fin llegó el día

ALICIA: empieza tu primer día haciendo mucho ejercicio “hasta sentir que mueres”

NAOMI: ¿haciendo ejercicio en el parque?

AMIGAS: (gritando) ¡Miren, ahí está la puerca, la apestosa, la fea!

PERSONAS: (cara de What)

NAOMI: (no lo quiso realizar y huyó) ¡Soy gorda! ¡No puedo! ¡Soy una tonta! Que ni si quiera puede agacharse.

ALICIA: (molesta) ¿de nada sirvió hacer eso verdad?, o sea ¿qué no entiendes? Por algo te ayudo y tú nada más no ¡eh!.

¿Si quieres que te ayude? Porque muchas quieren mis consejos ¿y tú no puedes hacer nada?

NAOMI: (llorando) No digas eso, sólo hui por miedo ¡no por favor!, voy hacer todo lo que tú me digas, ¡Si por favor!

ALICIA: ¡Está bien! Una falla más y olvídate.

CHARLY: ¿Por qué estás tan estresada? Alicia me dijo que iba a tener un cuerpazo y nada más veo que sube más kilos por comer.

ALICIA: A ver, no te metas sí, yo sé lo que hago, nadie me dice que hacer O.K.

CHARLY: Estás metiendo la pata, Alicia he le voy a comentar a Naomi.

ALICIA: pues dile, al fin y al cabo, ni te habla

CHARLY: (Corriendo) Naomi, Naomi, Naomi

NAOMI: ¿Qué?, ¿tú qué? ¿Para qué me hablas? Para decirme como otras veces, gorda, puerco y que no se ni agacharme...

DIAS DESPUÉS...

ALICIA: ¡Holis Naomi!, es tú segundo día

NAOMI: ¡Holis!

ALICIA: ¡No comas durante tres días, has mucho ejercicio, no te alimentes de grasas, sólo has dieta estricta, sólo come lechuga y bebe muy poca agua!

NAOMI: ¿todo eso cómo? ¿Cómo que no voy aguantar? ¿Y sin tomar mucha agua? ¿Cómo crees?

ALICIA: pues también compra unas píldoras para bajar de peso y además has todo lo que te digo y no dejes de hacerlo porque vas a subir de peso y ¡no lograras que te acepten los demás!

NAOMI: Sí claro haré todo lo que tú me digas y es necesario no comer y hacer mucho ejercicio

ALICIA: ¡Sí claro! De hecho, con eso “APENAS” si vas abajar un kilo y te faltan como tres o cuatro.

Meses después, la muchacha consiguió la enfermedad de Anorexia.

NAOMI: ¡estoy súper gorda, no puedo bajar de peso, ni un kilo!

ALICIA: hay ya se acabó te pasaste, ahora te has convertido en una anoréxica, ¡Oh, Dios mío! ¿Qué te has hecho con tantas píldoras? ¿Cuántas tomaste? ¿Las tomaste? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿A qué horas?

NAOMI: ¿Qué no ves que estoy súper gorda? Necesito bajar más kilos.

ALICIA: (se fue de la escuela)

CHARLY: ¿Qué pasa Naomi? Te has vuelto loca, ¿qué no ves que has bajado mucho de peso, has de pesar como 30 kg y aún quieres bajar más? Eso no está bien, te volverás Anoréxica, ¡Necesitas ayuda! ¿Qué no te has visto en un espejo?

NAOMI: Nadie me a detener, estoy en mi postura.

NARRADOR: Pasó el tiempo hasta que un día se sintió muy mal hasta que se desmayó, con la revisión y diagnóstico del médico, Naomi decidió buscar ayuda, mejoró y ella pudo entender que jamás iba a creer que un cuerpo sano es el que deja de comer y se excede en ejercicio y por supuesto jamás iba a obedecer a sus compañeras y menos por ser aceptada en algún grupo de amigos. “Ella es única y no sólo ella, todos”

El guion anterior es el resultado de la inserción del conocimiento a través de lo visual, las vivencias y el dialogo, esta generación de comprensión es propio de una educación liberadora, donde se pretende que el sujeto, en este caso los niños comprendan lo que implica una enfermedad, con sus características, la existencia de casos alrededor de ellos y cómo apoyar a sus pares.

Por otro lado, implícitamente en algunos diálogos se muestran las conductas propias de los preadolescentes y de la enfermedad.

Desde el principio mostraron conductas propias de los adolescentes, por ejemplo, el que un sujeto se sienta gordo a partir de que alguien más se lo dijo, los compañeros que siempre la están molestando por su estado físico que hoy en día es muy común que se presenten estas actitudes porque todo el tiempo se está bombardeando con una supuesta imagen de “mujer bonita” o bien porque han adoptado ciertas conductas en sus hogares.

Las niñas que pueden tener el mismo problema de salud o de emociones logran identificar inmediatamente a otras y ofrecen el apoyo, pero sin darse cuenta que ellas también lo necesitan.

Posteriormente manejaron todas las características propias de la enfermedad, el sentirse gorda a pesar de no estarlo, el exceso de ejercicio “hasta sentir que mueres”, el consumir alimentos en dieta estricta y poca agua, la adquisición de productos milagro, el llegar a la descompensación del cuerpo.

Los niños lograron hacer promoción de la salud a partir del conocimiento de la enfermedad por medio de la reflexión e interpretación de ciertos materiales, hacer algo que puedan entender sus pares, movilizarse para dar a conocer dicho aprendizaje a partir de la representación del guion.

Para concluir este capítulo es importante señalar que el conocimiento construido por los niños está enfocado en el modelo Emancipador, ya que ellos a partir de lo visual, reconocieron ciertas influencias que hay en el entorno, como las revistas, trípticos, comentarios entre pares o familiares, mensajes televisivos o de productos, posteriormente analizaron aquellas características propias de la

enfermedad y si alguno de ellos tuvo un acercamiento a casos de Anorexia, ya sea propia o por ver ciertas conductas en sujetos que hay a su alrededor.

Las experiencias o bien las reflexiones en el taller, en primer lugar lograron que los niños tomaran decisiones acertadas para que vean sus fortalezas en cuanto al adquirir conductas que pueden poner en riesgo su salud, en segundo lugar la movilización que mostraron es esencial, ya que marcaron la importancia del conocer enfermedades por una mala alimentación, o bien cómo hay influencia de los medios, también esta movilización logró que los niños tomaran por iniciativa la representación del resultado adquirido en el taller, es decir la obra teatral fue parte de la inquietud de los niños por querer informar a sus pares o bien a su comunidad para que reconozcan ciertas características de la Anorexia y así ellos puedan ayudar a otros o bien si ellos lo padecieran que no tengan temor y busquen ayuda.

Por todo lo anterior es importante mencionar que todas esas características de cómo fueron construyendo conocimiento los niños, son propias de la promoción de la salud emancipadora, ya que bien nos hace referencia la doctora Chapela que es una “capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables” (2007, p.15)

La obra de teatro mencionada tiene una duración de 6 minutos con 29 segundos y está disponible para todo el público en la siguiente página de YouTube: <https://youtu.be/ClqG7HW5vfU>

## VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente en las redes sociales está surgiendo una moda extrema para cuidar el cuerpo practicando dietas severas y realizando rutinas de ejercicio excesivas con el fin de mostrar cuerpos muy delgados, lo que lleva a creer que hay una aceptación social y que pertenecen así a un mejor estrato social. Consideramos que estas acciones y conductas favorecen la generación de conceptos erróneos de la salud física, mental y emocional, y es grave porque a muy temprana edad se comienza a interactuar en redes sociales, al mostrar el mensaje ésta población trata de reproducir conductas para sentirse aceptados dentro del círculo donde se desenvuelven, lo que puede generar que para lograr sus objetivos de aceptación caigan en los TCA entre ellos la Anorexia Nerviosa.

Por estos motivos consideramos importante poner a disposición información sobre los TCA específicamente la Anorexia Nerviosa para que conozcan todo lo relacionado a la enfermedad con la finalidad de concientizar y prevenir consecuencias graves a temprana edad. Además de informar a las personas para que sepan identificar aquellas características propias de la anorexia y así puedan brindar apoyo al que lo padece. Por eso es importante que las personas conozcan las instituciones a las cuales pueden acudir en caso de requerirlo.

Nuestra propuesta de tríptico incluye todas las características y cómo la define la Guía de Trastornos Alimenticios del sector salud de manera que sea de fácil comprensión para la población.

Para complementar el tríptico realizamos un esquema en la que el objetivo es representar de forma gráfica la información contenida en el trabajo y el producto final.

Originalmente nuestro trabajo se enfocaba en la población adulta, sin embargo, al tener el material visual terminado (tríptico y cartel), y a la par de la investigación nos percatamos que esta información debe de llegar a una de las poblaciones más vulnerables que son los niños.

Tuvimos la oportunidad de mostrar nuestro material a un grupo de niños de primaria entre los 9 y 12 años de edad y del impacto creado en los niños generamos el taller para dar una mejor orientación sobre el tema. Afortunadamente fue tal el impacto en los niños que al querer hacer el cierre del tema y al empezar a hacer la dinámica surgió en ellos la idea de hacer un diálogo en donde plasmaron la información aprendida. Al terminar el diálogo expresaron su deseo de compartir ese conocimiento con sus pares surgiendo así la idea de realizar una obra de teatro, la cual con el apoyo de su maestra de teatro y de las autoridades escolares correspondientes se pudo montar, realizar y grabar para complementar este trabajo.

A partir del resultado del video nosotras creemos que el material que realizamos tiene un efecto positivo entre la población a la que va dirigido ya que se logró el objetivo y superó nuestras expectativas sobre el impacto que causaría logrando que la población objetivo asimilara la información y se empoderara de ella de tal modo que crearon una obra de teatro.

En el transcurso de nuestra investigación nos dimos cuenta que desafortunadamente en México no existe un estudio estadístico actualizado, pero consideramos que la problemática de anorexia en nuestro país está latente y es importante mostrar las consecuencias físicas, mentales y sociales que se desarrollan en torno a la anorexia. Por ésta razón decidimos realizar el material de difusión, sin embargo y afortunadamente al presentarse la oportunidad de hacer una intervención como promotoras de la salud con niños los cuales consideramos están más susceptibles al bombardeo de información a la que se exponen a diario, tuvimos la oportunidad de además de mostrar el tríptico y el cartel entre otros materiales de realizar un taller y la obra de teatro la cual fue idea original de los niños que participaron. Después del agradecimiento teatral nos dimos cuenta que los niños pudieron lograr una sensibilización y empatía por parte de los compañeros que presenciaron la obra a tal grado que tuvieron un dialogo asertivo hacia una de las actrices la cual fue vulnerada durante todo el ciclo escolar, logrando así un ambiente de sana convivencia.

También nos percatamos durante el cierre de la investigación que otro factor que puede influir en la aparición de dicha enfermedad es la presencia de madres dominantes donde más que orientar a los hijos imponen sus deseos dejando de lado las necesidades o sentimientos de los menores, lo que pudimos analizar es que éstas madres reflejan sus inseguridades y problemas que posiblemente adquirieron desde su infancia, los cuales consideramos que no han podido superar porque no son conscientes de tener dichos problemas y por lo tanto se reflejan en sus hijas provocando ese comportamiento que va deteriorando la autoestima del menor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brailon, M., (1992) *El Sistema Nervioso Central*, Madrid España, Morata
- Barret, K., Barman, S., Boitano, S., Brooks (2010) *Fisiología médica*, México, Mc. Graw Hill.
- Escobar, B. (2010) *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Argentina, Panamericana.
- Freire, P. 4ª (2010) *Pedagogía del Oprimido*, México, editorial.
- Gal, B., López, M., Martín, A., Prieto, J. 2ª. (2007) *Bases de la Fisiología*, Tébar.
- Guzmán, L., Angulo, A. García, D., Gómez, M. (2016) *Introducción a la promoción de la salud*, México, Biblioteca del Estudiante.
- Moore, K. Argur, A. (2007) *Fundamentos de anatomía con orientación clínica*, España, Médica Panamericana.
- Myer, D. (2005). *Psicología*, España, Médica Panamericana.
- Oto, I., Sanz, M., Montiel, M. 2ª (2003) *Enfermería médica-quirúrgica: necesidad de nutrición y eliminación*, España, Masson.
- Palastanga, N., Field, D., Soames, R. 3ª (2000) *Anatomía y movimiento humano: estructura y funcionamiento*. España, Paidotribio.
- Phillip, F. (1997) *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*, México, Prentice Hall.
- Pineda, R., tomo 2 (2004) *Educación para la salud, guías para las prácticas de laboratorio y para los trabajos de campo*. México, Progreso.
- Rosenzweig, M. Breedlove, S., Watson, N. 2ª (2005) *Psicobiología: una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica*. España, Ariel.
- Thibodeau, G. Patton, K. 13ª. (2008) *Estructura y Función del Cuerpo Humano*, España.
- Welsch, U. (2009) *Histología*. México, Médica Panamericana.

## BIBLIOGRAFÍA VIRTUAL

- Academia Nacional de Medicina México, (2013) *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Recuperado de [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal [ALDF] (2014), *Se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia*. Recuperado de <http://aldf.gob.mx/comsoc-registran-20-mil-casos-ultimo-anorexia-y-bulimia-16574.html>
- Camarillo, N. Cabada, E. Gómez, A. Munguía, E. (2013) *Prevalencia de los trastornos de la alimentación* Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
- Cuellar de Dios, G. & Domínguez, P. (2006) Centro de Ansiedad, Depresión, Estrés, Anorexia, Bulimia y comer Compulsivo [CADE]. Disponible en <http://cade.org.mx/>
- Chapela, M. (2007) *Promoción de la Salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-066.pdf>
- Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI (1997) Disponible en [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
- Fuentes, A. (1998) *Bioquímica Clínica y Patología Molecular*, Recuperado el día 23 junio de 2016, de <http://books.google.com.mx/books?id=nM8ED6gYou0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
- Gutiérrez, P., Rivera, J., Shama, T., Oropeza, C., Hernández, M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]* Disponible en <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Lazarevich, I, Carrasco, F. & Tomer, C. (2002) *Anorexia y Bulimia Nerviosa: nuevo modelo etiopatológico*, Distrito Federal, Gedisa.
- Mendez, J. & García, E. (2008) *Los trastornos de la conducta alimentaria, aspectos clínicos* [en línea] Medigraphic Artemisa, vol. 65. Recuperado de <http://scielo.unam.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a14.pdf>
- Ochoa, N., Cabada, E. & Gómez, A. (2013) *Prevalencia de trastornos de alimentación en adolescentes* [en línea] Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
- OMS/OPS & UNICEF (1978), *Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud*. Disponible en [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS\\_Alma\\_Atta-Declaracion-1978.pdf?ua=1](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf?ua=1)
- OMS (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)
- OMS (2005) *Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, Ginebra Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>
- *Principios de alimentación y nutrición*, s.f., Recuperado de [http://editexebooks.es/AdjuntosLibros/Alimentacion%20y%20nutri%20fami\\_Ud01.pdf](http://editexebooks.es/AdjuntosLibros/Alimentacion%20y%20nutri%20fami_Ud01.pdf)
- SSA, (2004) *Guía de trastornos alimenticios*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- Tercera Conferencia Internacional de promoción de la salud (1991) *Entornos propicios para la salud*. Disponible en [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4\\_declaracion\\_de\\_Sundsvall.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf)
- Unikel, C., Bojórquez, I., (2006) *Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal*, Investigación Clínica, vol. 58. Disponible en <http://scielo.org.mx/pdf/ric/v58n1/v58n1a3.pdf>

- Unikel, C.& Caballero, A. (2010) *Guía clínica para los trastornos de la conducta alimentaria*, Recuperado de [http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_alimentacion.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf)
- Weissberg, K. & Quesnel, L. (2004) *Guía de trastornos alimenticios*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>