



Octavo Semestre

Psicología de la Nutrición

Trastornos y desórdenes de la
alimentación

Unidad 2

Programa desarrollado





Trastornos y desórdenes de la alimentación





Índice

Presentación	4
Competencia específica	6
Logros	6
2. Trastornos y desórdenes de la alimentación	7
2.1 Clasificación de los trastornos y desórdenes de la alimentación.....	7
2.2 Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la alimentación	12
2.2.1 Fenotipos y relación con los trastornos de la alimentación.....	16
2.2.2 Influencia de la familia y sociedad en los trastornos de la alimentación..	19
2.2.3 Historia e Influencia de los estereotipos de belleza.....	20
2.2.4 Influencia de las alteraciones de los sentimientos, afectos y emociones	22
2.3 Detección de los trastornos de alimentación	25
2.3.1 Tratamiento psicológico y nutricional de los trastornos de la alimentación	26
2.4. Prevención de los trastornos de la alimentación	29
2.5 Educación nutricional basada en el condicionamiento	32
2.5.1 Condicionamiento operante.....	45
2.5.2 Reforzamiento de la respuesta conductual.....	47
Cierre de unidad.....	51
Para saber más	53
Actividades	56
Fuentes de consulta	57



Presentación

La práctica de la Nutriología aborda entre otros aspectos, el de la alimentación y el beneficio que se obtiene a través de los nutrientes. Los nutriólogos tienen la capacidad y habilidad para evaluar el estado nutricional de una persona y, a través de esta evaluación, pueden intervenir desde la orientación alimentaria, la educación en salud, en la prevención de enfermedades de la comunidad sana y en el tratamiento de la comunidad de pacientes enfermos. Para lo anterior, el profesional de la Nutriología debe vincularse con otras disciplinas como la psicología denominándose a este proceso *multidisciplinar*.

El nutriólogo en su ámbito de trabajo puede desarrollarse en servicios hospitalarios, atención primaria, secundaria y terciaria, a nivel público y privado, nutrición comunitaria, para lo cual hace uso de herramientas como la educación, la investigación, la intervención individual y colectiva, pero sobre todo el trabajo con el hombre mismo.

Además, desde la formación del feto, la práctica de la lactancia materna, la etapa preescolar, el ingreso a la escuela, la tan controvertida adolescencia, la nutrición y la alimentación, estarán determinando en ese proceso de conformación de la personalidad y del comportamiento de los humanos. Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas y esto se fundamenta por la influencia que puede tener en el desarrollo de los procesos psíquicos, las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales, que puede traer aparejado una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso y que seguirá a lo largo de la vida.

En este sentido, se hace indispensable tomar un tiempo para la reflexión, sobre las formas y el quehacer cotidiano de la Nutriología.

Las preguntas a reflexionar son:

¿Hasta dónde debe el nutriólogo intervenir en el sentido de las emociones?

¿La enfermedad crónica, o la percepción corporal afecta al paciente y esto altera su estado de nutrición?

Así, el presente trabajo pretende de manera respetuosa, responsable y razonada, ofrecer pautas de reflexión para la Nutriología sobre su relación con la ciencia de la psicología.

La práctica de las ciencias de la salud ha ido adquiriendo mayor complejidad y debe apoyarse en la reflexión y pautas de la propia práctica, la cual podría concebirse como el juicio crítico que el ser humano hace ante las diversas circunstancias sociales a que se enfrenta con el fin de vivir mejor, concebido como un bienestar biopsicosocial del individuo.

La trasdisciplina es una herramienta imprescindible que posibilita la ayuda a nuestros semejantes a realizarse a plenitud como personas. Se debe considerar que esta debe pretender encontrar todas aquellas vías que expliquen la relación más completa existente



entre el ser humano y las denominadas ciencias de la salud. La regla de oro podría considerarse como tratar a los demás como a uno le gustaría que le trataran. (Candelaria, 2016).

De esta manera, la unidad está organizada de la siguiente manera:

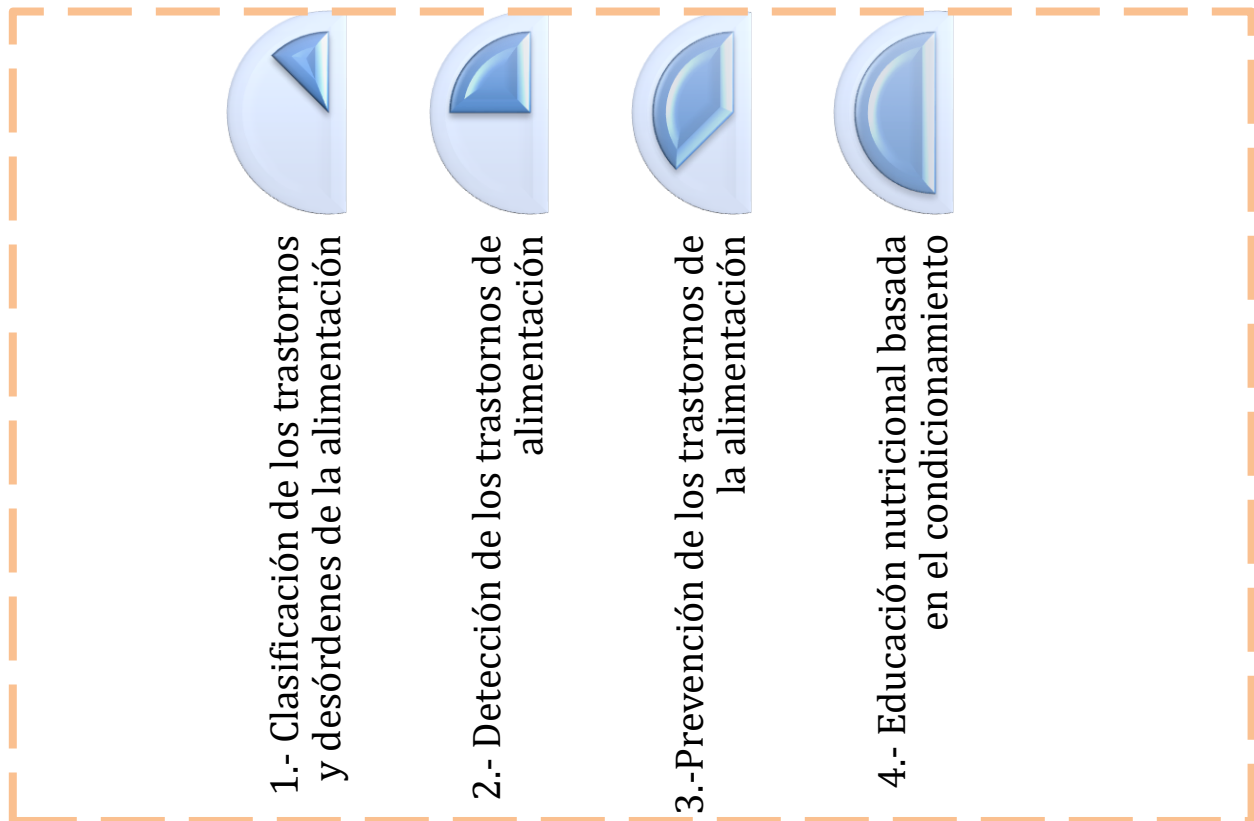


Figura 1. Estructura de la unidad 1.



Competencia específica

Establece la relación entre la psicología y la nutrición mediante el análisis de los factores que provocan trastornos de la conducta alimentaria para otorgar tratamiento nutricional.

Logros

Distingue los trastornos y desórdenes de la conducta alimentaria

Analiza los métodos para el abordaje nutricional de trastornos de la alimentación

Utiliza los conocimientos de la psicología de la nutrición para la prevención y/o tratamiento de los trastornos de la alimentación



2. Trastornos y desórdenes de la alimentación

2.1 Clasificación de los trastornos y desórdenes de la alimentación

Los trastornos de alimentación están relacionados con el contexto de la persona que los padece y se presentan más frecuentemente en países industrializados relativamente ricos.

De acuerdo con el maestro en nutrición internacional, Michael C. Latham, 2002 éstos se dividen principalmente en: enfermedad cardíaca arterioesclerótica, obesidad, presión arterial elevada, diabetes mellitus, algunos tipos de cáncer y osteoporosis.

En Estados Unidos estos padecimientos matan a más de medio millón de personas al año, y a pesar de esto, se han estudiado las causas fisiológicas, pero no las psicológicas, aún no se conocen las causas exactas de su existencia asociadas a los trastornos psicológicos.

La obesidad por tomar uno de los ejemplos; es la acumulación o el exceso de grasa en el cuerpo, cuya principal causa es pasar más tiempo consumiendo alimentos (energía alimentaria) que, haciendo ejercicio físico, inclusive, aunque no se tenga la necesidad de alimento, o hambre.

Pese a que la obesidad es causada principalmente por un desequilibrio entre el consumo de kilocalorías y el gasto de energía, existen otros factores que la provocan, como un mal metabolismo, falta o exceso de hormonas o problemas genéticos y **trastornos de la alimentación**, esta enfermedad es un factor de riesgo para hipertensión, diabetes mellitus 2, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, en todas las etapas de la vida.

Todas estas enfermedades cuentan con un sustento fisiopatológico que explican a nivel orgánico todas las alteraciones y además existen tratamientos médicos bien establecidos que reducen sus síntomas físicos y modifican el metabolismo, **pero no el trastorno psicológico alimentario que lo origina**, aunado a esto comúnmente los médicos no suelen establecer solicitud de atención nutricional o psicológica, reduciendo el tratamiento a meramente medicamentoso.

Estas enfermedades se presentan generalmente en contexto familiar, ya que es normal que dentro de una familia se compartan hábitos alimentarios, que se repiten con el paso de los años.

Los **trastornos alimentarios o trastornos de la conducta alimentaria** (TCA) pueden provocar enfermedades crónico-degenerativas y progresivas que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, muchas veces no identificadas y por lo tanto no diagnosticadas, que en realidad consisten en una gran constelación compleja de signos y síntomas.



En general, por **trastorno** puede entenderse simplemente una alteración del estado de salud debido o no a una enfermedad.

En el ámbito más frecuente que se habla de trastornos es el de la salud mental. De este modo, el concepto de trastorno sirve simplemente para describir las señales del estado de anormalidad y de alteración de la salud en el que se encuentra una persona, mientras que el de enfermedad incluye las causas (etiología) que la producen.

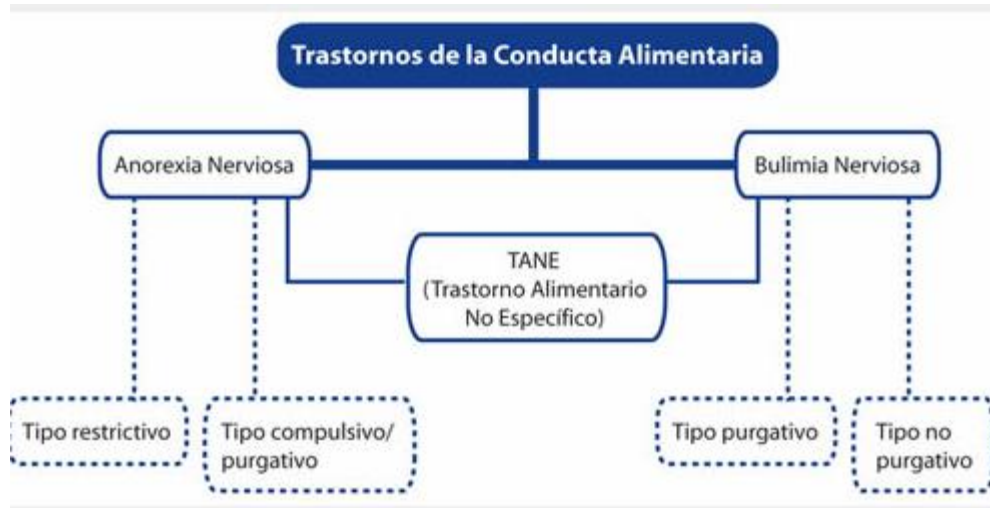
No existe una diferencia **estricta** entre trastorno y desorden en el ámbito psicológico. (Galimberti, 2002)

Los desórdenes en la alimentación es un término utilizado para referirse a una disfunción en el ámbito de la alimentación la cual, en psicología, es una perturbación que se presenta con cambio estructural en la persona. La alimentación está cargada de funciones y valores psicológicos desde los primeros días de existencia ya que el alimento construye de manera importante la identidad en las primeras fases de vida, debido a las cargas simbólicas que adquiere el alimento se convierte de manera frecuente en terreno de numerosos conflictos psíquicos cuyas raíces pueden ser angustia, depresión, idealización, etc., y que se manifiestan entonces en la manera en que se ingiere o no los alimentos. Bruch, H. (1973); Bruch, H. (1978); Cassini, A. y A. Dellantonio (1982); Selvini Palazzoli, M. (1981); Silverstone, T. (1976)

Para el desarrollo de esta unidad se utilizará el término **trastorno**, debido a que el lenguaje tanto de las guías como los artículos de psicología, lo manejan más comúnmente, que el término de desorden.

Los trastornos en la alimentación que se dividen en tres:

1. Anorexia nerviosa
2. Bulimia nerviosa
3. Comedores compulsivos



La anorexia es la “pérdida total o parcial del apetito”, de acuerdo con el Diccionario de Psicología de Umberto Galimberti (2002), quien asegura que está relacionada con una enfermedad que puede ser orgánica o psicógena.

Quienes padecen esta enfermedad “tienen una imagen distorsionada de su cuerpo, que hace que se perciban obesas, incluso cuando están peligrosamente delgadas”, la Asociación Americana de Psicología, también señala que los enfermos dejan de comer, realizan ejercicio de forma compulsiva y se rehúsan a comer delante de las demás personas, algo que incluso los puede llevar a morir de hambre.

Estos trastornos están fuertemente vinculados con trastornos de afectividad, algo frecuente en niños sobreprotegidos, debido a que es un modo de expresar hostilidad hacia los padres, que les niegan autonomía e independencia (Galimberti, 2002).

Galimberti también aborda la anorexia mental, al definirla como un estado patológico que se presenta en mujeres jóvenes debido a conflictos emotivos, entre los que se encuentra la aceptación del propio papel femenino, conflictos psicológicos familiares y relacionados con la figura de la madre.

La siguiente figura muestra las características generales de la Anorexia nerviosa



Anorexia nerviosa



Figura 2. Anorexia nerviosa fuente: UnaDM

La **bulimia** nerviosa es una enfermedad en donde las personas comen cantidades excesivas de alimentos para luego vomitar. O en una segunda definición, es un impulso irresistible por la comida que es compensado con una sobrealimentación.

Para el psicoanálisis, la bulimia es una forma de fijación o regresión a la fase oral, mientras que la psiquiatría dice que está asociada a estados depresivos o ansiosos, por lo que la comida se encarga de llenar un vacío o calmar la ansiedad (Galimberti, 2002).

Quienes tienen esta enfermedad tienden a purgar sus cuerpos usando laxantes, enemas o diuréticos, vomitando o haciendo ejercicio, algo que comúnmente hacen en secreto, al sentirse asqueados y avergonzados luego de comer grandes cantidades de comida, algo que contrasta con el sentimiento de alivio que suelen tener después de que sus estómagos están de nuevo vacíos.

Esta enfermedad, de acuerdo con el libro de Gómez (2003) “¿Qué es la bulimia?”, se divide en dos tipos: **bulimia purgativa y no purgativa**. La primera se refiere a cuando la ingesta de alimentos va seguida de vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos. Mientras que en la segunda está acompañada de dietas estrictas o ejercicio físico intenso, con la intención de compensar los alimentos ingeridos.

Sin embargo, además de estos dos desórdenes, la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Cataluña, quien se basa en la “Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria”, del gobierno Catalán, considera que existen otras dos clasificaciones: el



trastorno por atracón y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). En el primero de ellos, a diferencia de las personas que sufren de bulimia, quienes comen de manera compulsiva (atracones) lo hacen, pero sin purgar sus cuerpos o hacer ejercicio de manera excesiva. Los TCANE, por su parte, son cuadros incompletos de bulimia y anorexia nerviosa, ya sea porque apenas van empezando o ya están terminando. A pesar de esto, no dejan de ser peligrosos.

Entre los TCANE más comunes están la **vigorexia** y la **ortorexia**.

Las personas que sufren de **vigorexia** están obsesionadas con verse musculosas todo el tiempo, por lo que se ven constantemente al espejo y nunca están conformes con su cuerpo, por lo que es considerado un trastorno mental más que uno alimentario.

La **ortorexia** es cuando se está obsesionado con comer sano a tal grado de convertirse en un problema.

A diferencia de la bulimia y la anorexia, en donde el problema está enfocado a la cantidad de los alimentos, en la ortorexia, el malestar está en la calidad de la alimentación, algo que se llega a convertir en el principal objetivo de las personas que padecen este trastorno (Fundación Imagen y Autoestima, 2006).

La siguiente imagen muestra la bulimia y sus implicaciones que son la vigorexia y ortorexia

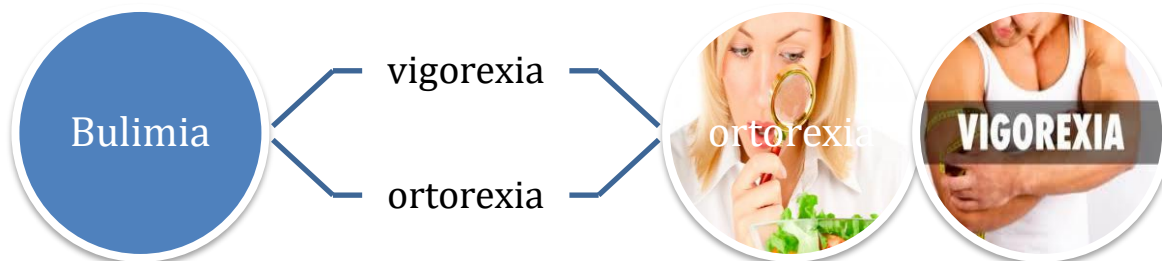


Figura 3. Bulimia y sus implicaciones fuente: UnaDM



Albert Stunkard describió **los atracones de alimentación**, cuando identificó entre sus pacientes un subgrupo con obesidad que presentaban un patrón de ingesta nocturna, que él llamo *Night Eating Syndrome* (NES), en el cual se presentaban atracones nocturnos (ingesta de gran cantidad de comida) seguidos de restricción matutina, que a su vez precedían el nuevo ciclo atracón-restricción. Años después en diversos estudios otros autores se han referido a los atracones de alimentación, como “**comedores o consumidores compulsivos**”.

En el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) los trastornos de la conducta alimenticia se clasifican como anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimenticia no clasificados, entre los que se el de atracones de alimentación. (Gempeler, 2015)

La siguiente figura destaca especificaciones dentro de los trastornos de la alimentación



Figura 4. Trastornos de la alimentación y sus especificaciones.

2.2 Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la alimentación



Los factores de riesgo son los que provocan la aparición de los trastornos de la alimentación, mismos que se pueden dividir en tres grupos: individuales, grupales y sociales, que al combinarse aumentan el riesgo de que se presente una enfermedad.

La siguiente figura muestra la prevalencia de obesidad en México y otros países.

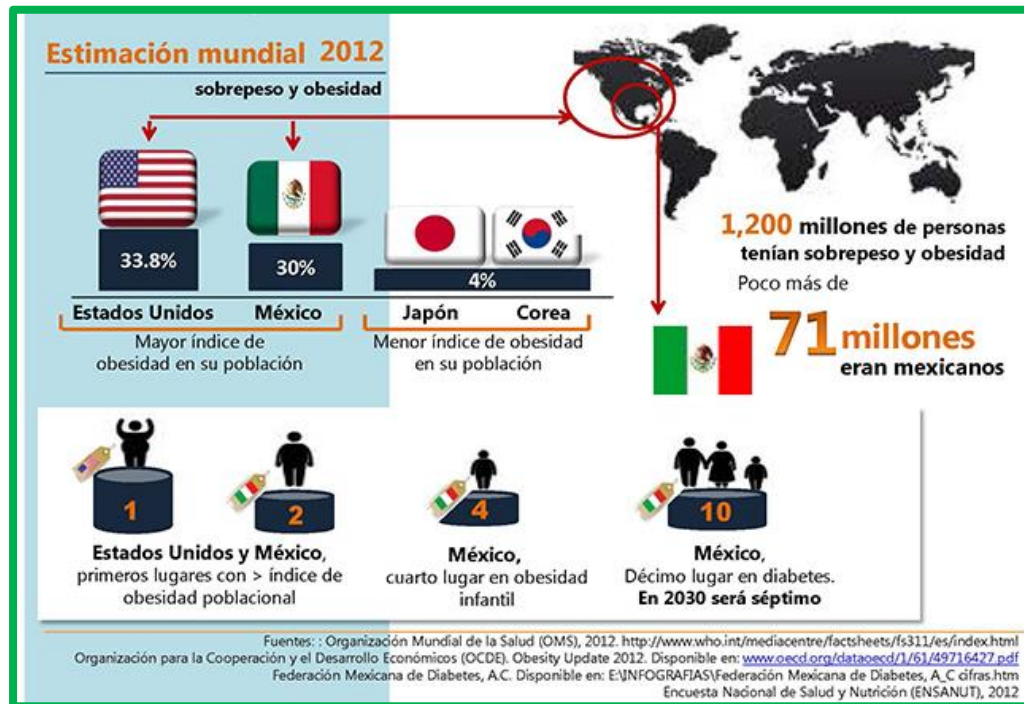


Figura 5. Prevalencia de obesidad fuente: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>

Factores individuales

Predisposición genética: Si algún familiar ha tenido un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) es común que alguien más en la familia presente un caso similar. Además, dicho factor aumenta la posibilidad de padecer un TCA si existen otros problemas del tipo ambiental, familiar o social.

Rasgos psicológicos: Ser una persona perfeccionista, autoexigente, necesitar tener el control de todo o no estar abierto a nuevas ideas (rigidez cognitiva) puede generar la aparición de algún TCA.

Baja autoestima: Hacer una valoración negativa o por lo menos insatisfactoria de uno mismo podría ser otra de las causas de los TCA.

Imagen corporal negativa: Siguiendo la misma línea de la baja autoestima, las personas que no tienen una imagen real de su cuerpo, y que además presentan emociones y sentimientos negativos hacia el mismo, son propensas a padecer algún TCA.



Adolescencia: En esta etapa de la vida se vuelve más común el tener riesgo de sufrir un TCA. Pese a que los trastornos están identificados en personas de todas las edades, muchos de éstos se desarrollan durante la adolescencia, ya que es en esa etapa cuando se forma la personalidad, autoestima y se finca el rol social que jugará dentro de la vida misma, algo que los hace más vulnerables al entorno, desencadenando presión por la imagen que se presenta al mundo.

Sexo femenino: Por cada 10 casos de TCA, nueve se presentan en mujeres y sólo uno en hombres, por lo que el género es un factor determinante en estas enfermedades.

La siguiente figura muestra los factores individuales a destacar de los Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

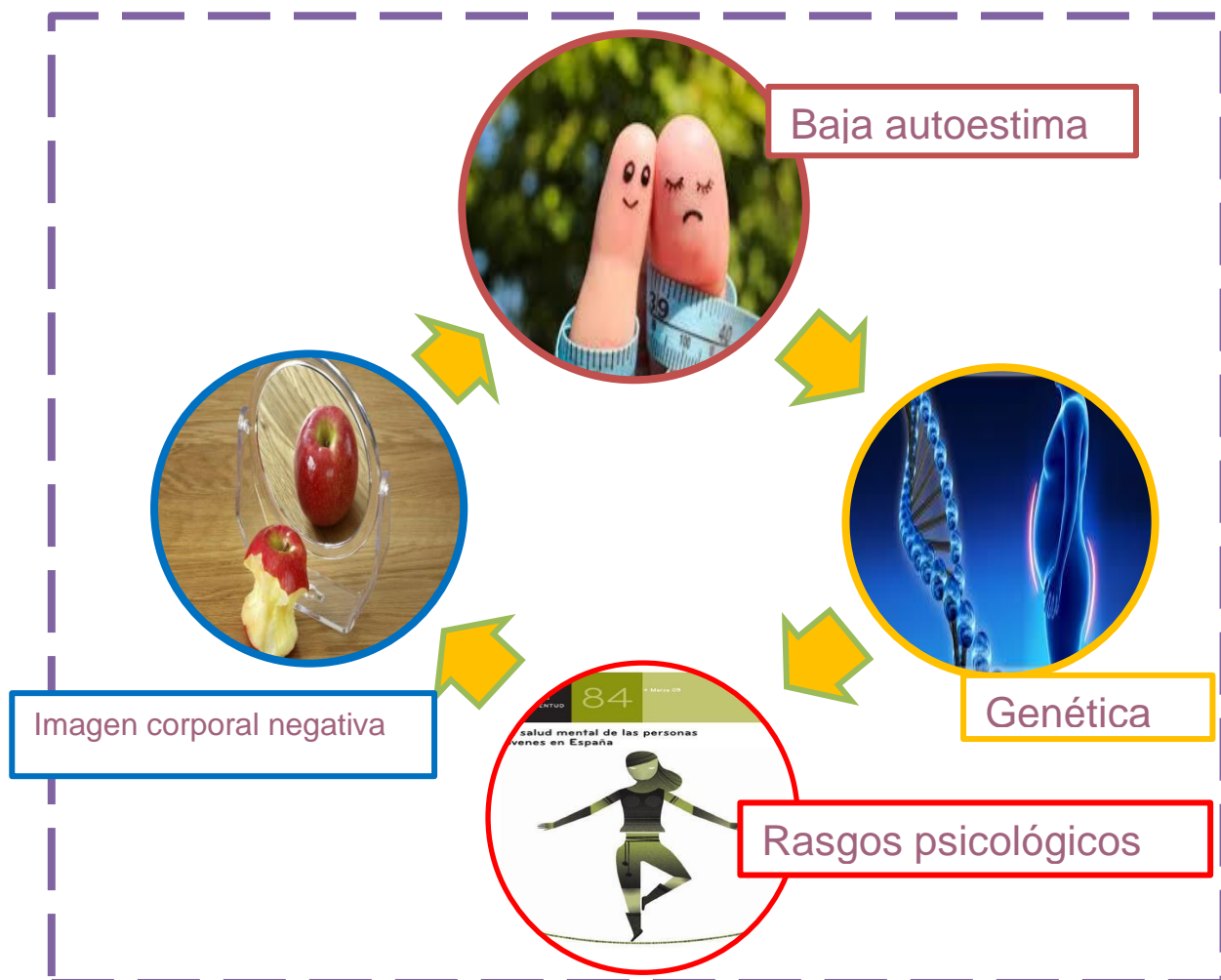


Figura 6. Factores individuales para destacar en Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

Factores grupales



- **Ambiente familiar desestructurado:** Si dentro del núcleo familiar no existe un ambiente estable y seguro, es más común que haya una tendencia a desarrollar un TCA, sobre todo en quienes son más vulnerables: las mujeres adolescentes.
- **Ambiente familiar sobreprotector:** Vivir dentro de una familia en donde la comunicación y la dinámica familiar es excesivamente controladora y exigente llega a influir en el desarrollo un TCA.
- **Experiencias vitales estresantes:** Vivir un cambio traumático dentro de la familia, como la muerte de uno de sus miembros, es otro factor que incide en la probabilidad de padecer un TCA.

Factores Sociales

- **Modelo de belleza imperante:** Cánones de belleza que prioriza la delgadez extrema forma parte de las causas que desarrollan un TCA.
- **Presión social respecto la imagen:** Sumado a los cánones de belleza imperantes que generan problemas en la salud, ésta la misma presión social que insiste en que se cumplan. Uno de los canales por los que se replica este problema son los medios de comunicación, quienes difunden y normalizan dicho modelo de belleza.
- **Ciertos deportes o profesiones:** Practicar la danza, por poner un ejemplo, favorece la aparición de los TCA ya que exige contar con cierta complexión para realizar muchos movimientos. Sumado a ello están los deportes que dividen a las categorías por peso, como el box. Sin embargo, también en algunos trabajos se replica esta exigencia: modelos y actores a menudo tienen que cumplir, por medio de exigencias y presión, con cierta imagen corporal para alguno de sus papeles.
- **Críticas y burla relacionadas con el físico:** Aunque puede parecer obvio, muchas personas desconocen que las burlas y críticas hacia niños y adolescentes relacionadas con su apariencia física tienden a generar inseguridad con la imagen propia, algo que al final de cuentas favorece la aparición de un TCA.
- El actual **sistema de tallaje:** Debido a que este sistema no ha sido unificado, es común encontrar diferentes medidas de la misma talla, algo que causa confusión a la población al no ser capaz de conocer cuál es su talla, y como consecuencia, tienden a la anorexia al buscar “comprobar” que no utilizan la talla que no les parece adecuada.

Apología a la anorexia y la bulimia en internet: la aparición de blogs y páginas de internet personales ya lleva varios años proliferando, y con ello su contenido. Entre ellas existen algunas que buscan normalizar los TCA al hacerlos pasar como una “forma de vida” y no como una enfermedad.



Dichas páginas están enfocadas a personas que sufren algún trastorno y mediante ellas las personas se ponen en contacto para intercambiar “trucos” para adelgazar y con ello reforzar los TCA. También se comparten tips para engañar a familiares y amigos para que no se enteren de sus problemas de salud, algo muy común en la red, en donde no existe alguna legislación que evite la difusión de estos mensajes (Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia de Cataluña, 2010)



Figura 7. Factores grupales y sociales relacionados con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

2.2.1 Fenotipos y relación con los trastornos de la alimentación

De acuerdo con la biología y las ciencias de la salud, un fenotipo se manifiesta en la representación física y la constitución de un organismo individual, por ejemplo, el color y tamaño de los ojos, algo que puede ser similar entre familiares, pero diferente con otras personas.

Por ello, los fenotipos son cualquier característica detectable en un organismo, ya sea estructural, bioquímica, fisiológica o conductual, según lo apunta la Revista Mexicana de Periodontología.

Sin embargo, éstos pueden cambiar al entrar en contacto con el medio ambiente, modificando a corto o mediano plazo a los seres vivos y sus actividades. Así, pues, se entiende al fenotipo como una mezcla del genotipo (ADN) y el ambiente.



Existen variaciones fenotípicas como el llamado fenotipo extendido, que además de influir en las características físicas de los seres vivos, también determinan su comportamiento. Además, está otra variación conocida como fenotipo dominante y recesivo, que se encarga de describir la herencia de ciertos rasgos.

El biólogo inglés Richard Dawkins fue el primero en acuñar el término fenotipo extendido en 1982. Él asegura que los genes tienen manifestaciones externas asociadas al comportamiento, lo cual ejemplifica con los castores, quienes genéticamente están determinados a contar con una clase de dientes que son utilizados para construir una presa, actividad que está determinada desde sus genes, algo que será replicado por las próximas generaciones.

Se entiende por fenotipos dominantes o recesivos los patrones de herencia de ciertos rasgos, y cómo ellos pasan de los padres a sus descendientes.

Las especies que se reproducen sexualmente, como los seres humanos, cuentan con dos copias de cada gen llamadas alelos, mismas que pueden ser diferentes entre sí. Estas diferencias llegan a causar variaciones en las proteínas producidas o determinar cuándo y dónde fabricarlas, algo que finalmente afecta los rasgos de cada persona.

Un alelo dominante produce un fenotipo dominante en las personas que tienen una copia del alelo, algo que puede provenir de un solo ancestro. En cambio, para que un alelo recesivo produzca un fenotipo recesivo, la persona debe tener dos copias, una de cada padre. Así, un individuo con un alelo dominante y otro recesivo, para un determinado gen, contará con un fenotipo dominante, esto hace que se consideren “portadores” de un alelo recesivo, sin embargo, no está presente el fenotipo recesivo.

Pese a parecer confuso, lo anterior ayuda a determinar la probabilidad de una persona pueda heredar ciertos fenotipos, particularmente trastornos genéticos.

Habría que aclarar que no hay un mecanismo universal con el cual actúan estas los alelos dominantes y recesivos, ya que los primeros no “dominan” a los segundos.

Otros fenotipos existentes, pero menos comunes son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Bombay. La primera de ellas es tan amplia que no todos los pacientes reaccionan a todos los fármacos disponibles para el tratamiento, por lo que se vuelve necesario identificar a quienes responden a las terapias para darles un tratamiento adecuado. Para ejemplificar lo anterior:

De acuerdo con la Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica existen cuatro tipos de fenotipos EPOC.

Exacerbador poco frecuente, tanto con bronquitis crónica o enfisema.



Superposición EPOC-asma. Las personas jóvenes que tienen asma y fuman desarrollan la obstrucción del flujo aéreo. Algo que no es del todo reversible y su enfermedad tienen características diferentes de quienes padecen la misma obstrucción, pero sin antecedentes de asma.

Exacerbador frecuente con enfisema predominante. Los pacientes no presentan tos crónica, producción de flemas, pero sí tiene los signos de enfisema.

Exacerbador muy frecuente con bronquitis crónica predominante. Por lo común se presenta con bronquitis crónica.

El fenotipo Bombay es un grupo sanguíneo poco común, el cual se descubrió en 1952 en pobladores de la ciudad india Mumbai, antes conocida como Bombay, por lo que su presencia se centra en la India.

Cuenta con un rasgo genético raro, ya que quienes lo padecen no producen la enzima H, encargada de fijar los niveles de azúcar. (Miravittles Marc, 2017)

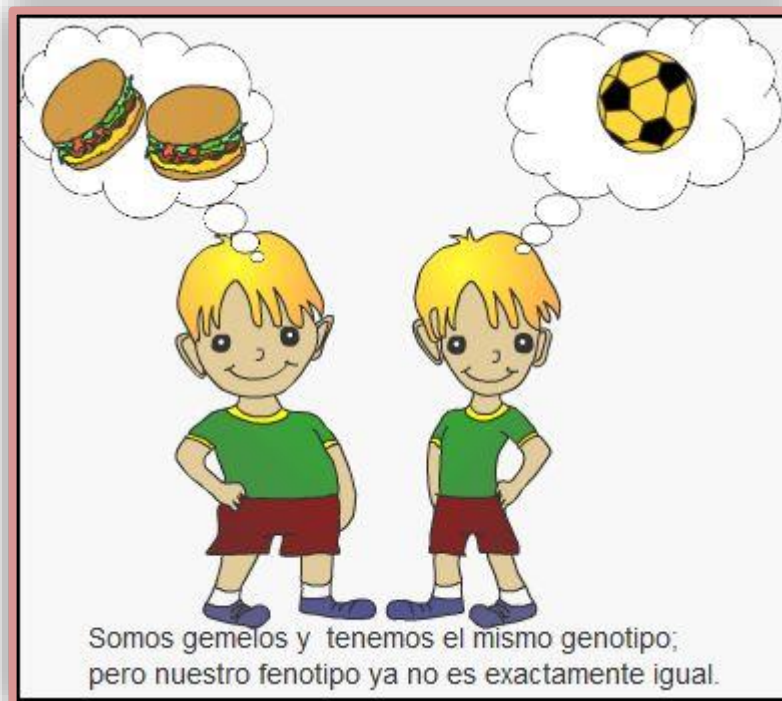


Figura 8. Relación con los trastornos de la alimentación



2.2.2 Influencia de la familia y sociedad en los trastornos de la alimentación

Es durante la pubertad cuando las hormonas sexuales generan cambios en los rasgos psicológicos y de comportamiento, y de acuerdo con la revista *Nutrición Hospitalaria*, “sus acciones afectan el estado de ánimo y la conducta alimentaria, especialmente si el individuo es de maduración temprana, lo cual puede favorecer la aparición de TCA”.

Bajo este contexto, y debido a que muchos de los jóvenes aún viven con sus padres, es la misma familia la que genera gran influencia sobre sus hijos, lo cual representa un factor de riesgo sobre la insatisfacción con sus cuerpos y presión sobre la pérdida de peso, tanto en hombres como en mujeres.

La revista señala que existen dos tipos de presión la que se ejerce sobre los jóvenes: la familia y los medios de comunicación, pero la primera de ellas tiene más peso. Sin embargo, también aceptan que según autores como Shroff y Thompson, son los compañeros de clase quienes provocan la mayor influencia entre los mismos jóvenes.

“Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, Blodgett, Salafia y Gondoli resaltan la necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los TCA durante el proceso de transición a la adolescencia, debido a las características específicas de este período de la vida, marcada por inestabilidades”, aseguran en el artículo firmado por M. L. Portela de Santana y cols. (2012).

Para despejar dudas sobre el peso de la influencia en los jóvenes, los investigadores a cargo de la publicación siguieron por cuatro años a chicas de 10 hasta los 12 años de edad, encontrando por separado, al momento de hacer las evaluaciones, que son los padres y amigos quienes “tienen un efecto importante en la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas bulímicos”.

Pese a esto, al examinar el papel de los padres y los amigos juntos, son los amigos quienes tienen más influencia que los padres, y si a esto se le suma que algún adolescente tiene una relación próxima con una persona del mismo sexo, es más común la presencia de atracones, dietas o de estrategias para aumentar el tono muscular.



Figura 9. Influencia de la familia y sociedad en los trastornos de la alimentación

2.2.3 Historia e Influencia de los estereotipos de belleza

Las primeras manifestaciones explícitas sobre la belleza la hicieron los filósofos griegos Platón y Sócrates, de acuerdo con el escritor Umberto Eco, quien en su libro “Historia de la belleza”, hace un repaso de los principales estándares estéticos surgidos a lo largo de los siglos.

Sócrates, según Eco, “parece que quiso legitimar en el plano conceptual la práctica artística”, al distinguir tres categorías estéticas distintas.

Este filósofo separaba la belleza en ideal, que representa a la naturaleza a través de las partes; la espiritual, que expresa el alma a través de la mirada; y la útil o funcional.

Platón —en el año 428 antes de Cristo— fue quien introdujo dos concepciones de la belleza que han perdurado por los siglos: como armonía y proporción de las partes (derivada de Pitágoras) y como esplendor.

Para él la belleza tiene una existencia autónoma diferente al “soporte técnico” que la expresa, ya que el cuerpo es “una caverna oscura que aprisiona el alma”.

Siglos más tarde, y de acuerdo con el repaso que hace Eco sobre las concepciones de la belleza, el autor señala que en el siglo XV este término se concibe de una manera que a



nosotros nos puede parecer contradictorio al ser “una imitación de la naturaleza” y al mismo tiempo la “contemplación de un grado de perfección sobrenatural”.

Capítulos más adelante, Eco se pregunta “¿cómo cambia la imagen de la belleza con el tiempo, y cómo cambia la relación con el hombre y la mujer?”, lo que termina situando al autor en los siglos XVI y XVII, donde “asistimos a una transformación progresiva de la imagen femenina”, al pasar de la belleza “rígida” de Jane Seymour, tercer mujer del rey de Inglaterra Enrique VIII, en 1536, a la belleza “alegre de existir y de mostrarse” de Héléne de Fourment, segunda esposa del pintor Rubens, quien fue inmortalizada en una pintura de 1610.

Del siglo XVII, el escritor italiano llega al siglo XX acompañado de modelos, actores y músicos para ejemplificar el cambio de los estándares de belleza y la forma en la que los medios de comunicación los crean y destruyen.

Eco plantea un escenario imaginario: un viajero del futuro se sorprendería al observar que una persona que visita un museo de arte contemporáneo o compra una escultura “incomprensible” se viste según los estándares de belleza propuestos por los medios de comunicación.

“Siguen los ideales de belleza del mundo del consumo comercial, contra el que el arte de las vanguardias ha luchado” durante años.

La siguiente figura muestra la historia e Influencia de los estereotipos de belleza.

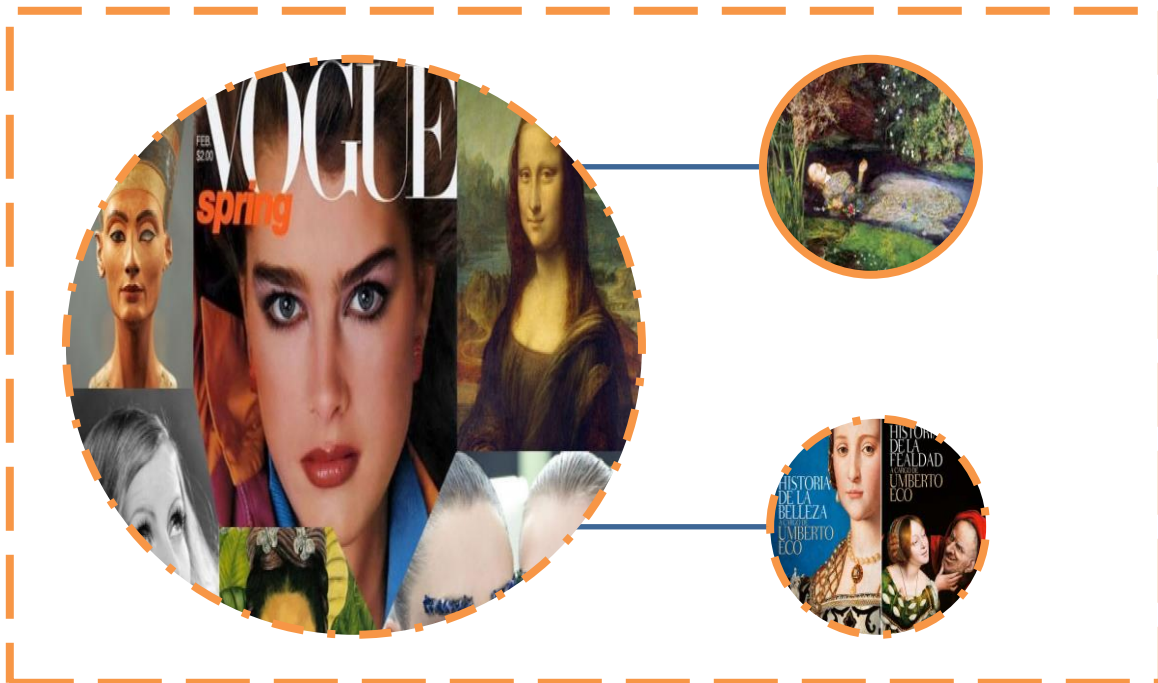


Figura 10. Historia e Influencia de los estereotipos de belleza



2.2.4 Influencia de las alteraciones de los sentimientos, afectos y emociones

El estado de ánimo de las personas puede ser normal, elevado o deprimido, y por lo común sienten que tienen el control de estos sentimientos, sin embargo, cuando existe un trastorno se pierde dicha sensación de control y en consecuencia se presentan alteraciones que derivan en trastornos del comportamiento alimentario (TDA).

La Revista Digital Universitaria —publicada por la UNAM— asegura todos estos trastornos tienen en común el desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo, que finalmente son englobados en dos grupos: trastornos bipolares y trastornos depresivos.

Además, aseguran que este tipo de síntomas no son algo exclusivo de este siglo, de hecho, ni siquiera de los últimos 20, ya que Hipócrates, en el año 400 a. de C., utilizó los términos de manía y de melancolía, de acuerdo con lo narrado en diversos textos antiguos.

Enfermedades, que afectan la conducta alimentaria, definición e influencia en el estado de ánimo

Depresión

Las personas que padecen esta enfermedad tienden a sentirse inútiles, pierden el interés por lo que los rodea y al no encontrar motivos esperanzadores para vivir, suelen modificar sus vidas de manera negativa.

Es común que la depresión sea confundida con tristeza, ya que estar triste y abatido es una experiencia común en los seres humanos. Pese a ello, hay una gran diferencia entre quienes sufren dicha situación y la depresión clínica.

“A pesar de que hay una relación entre la tristeza humana normal y los trastornos depresivos, no todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo”, aseguran los autores de la revista de la UNAM, en donde señalan que esta enfermedad también afecta al organismo de quien la padece.

Los firmantes del artículo universitario aclaran que el estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, sumado a que también puede ser un síntoma, de ahí la importancia conocer su causa.

Aseguran que muchos investigadores coinciden en que la depresión es el resultado de particularidades biológicas, que se suman a la vulnerabilidad fisiológica de cada persona y a la constancia de experiencias estresantes o situaciones difíciles de superar.



Para ello, dividen las causas de la depresión: genética, neuronal, hormonal, problemas psicosociales y la familia.

En el primero de ellos aborda los problemas biológicos que se heredan, de hecho, existen estudios que señalan que hay un riesgo más elevado de padecer depresión si un gemelo idéntico la presenta (hasta en un 54%), mientras que el porcentaje baja si es un hermano o padre (donde hay un 16.6% de probabilidad).

Además, quienes tienen parientes con un diagnóstico bipolar corren el riesgo (entre 1.5 y 3 veces de probabilidad) de presentar dicha enfermedad.

Al hablar de los aspectos bioquímicos, señalan que la depresión se da cuando uno de los miles de millones de neuronas que interactúa con las demás por medios electroquímicos falla, es decir, cuando una neurona es estimulada libera neurotransmisores (de las vesículas o áreas de almacenamiento en la terminación nerviosa) por lo que probablemente la depresión surja después de un error en dichos transmisores en algunos lugares del cerebro.

Otro de los motivos por los cuales se presenta la depresión se descubrió gracias a los estudios hormonales, señalando que la forma en la que el cerebro libera hormonas de la glándula pituitaria y el hipotálamo “permite creer que un nivel elevado de cortisol, una hormona que se produce en la corteza suprarrenal, que se ha encontrado de forma consistente en los pacientes con depresión podría tener acción en el escenario clínico de este padecimiento”, aunque esto sólo es una aproximación al conocimiento general de estos trastornos.

La sociedad también influye en el padecimiento de esta enfermedad, cuyos primeros síntomas se pueden presentar luego de vivir situaciones tensas, como la pérdida de una pareja o un familiar, situaciones que generan cambios en la biología cerebral.

A la larga, dichas situaciones estresantes logran producir “variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales” que finalmente se manifiestan en la pérdida de neuronas, y como consecuencia, las personas son más vulnerables a tener episodios de trastornos del estado de ánimo.

La familia es otro de los factores por los que una persona puede sufrir de depresión, ya que las malas relaciones familiares suelen permanecer después de que un paciente es tratado, así, un problema familiar llega a afectar el proceso de recuperación y causa recaídas, por lo que se vuelve importante que además de la persona diagnosticada también se evalúe a su familia para identificar los posibles factores que lo estresan.

Sumado a todos estos factores, también hay que tomar en cuenta que todos los seres humanos tienen a deprimirse, algo que llega a ser más preocupante si las personas tienen una “pobre opinión de sí mismas, o que consistentemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones”.



Trastorno Distímico y ciclotímico

El trastorno **distímico**, de acuerdo con la Revista Digital Universitaria de la UNAM, se trata de un trastorno de una depresión que se mantiene durante casi todo el día pero que no llega a ser tan fuerte, ocasionando sentimientos de culpa, irritabilidad, aislamiento social, desinterés y la disminución de actividades o la productividad.

Una manera de distinguir a una persona que padece los síntomas del trastorno distímico es que éstas suelen ser muy sarcástica, nihilistas, exigentes y tienden a quejarse constantemente, mostrándose tensos y resistiéndose a ir a terapia. Además, también se quejan constantemente del mundo y dicen ser maltratados por sus familiares y amigos.

El trastorno **ciclotímico** se caracteriza por un cambio brusco en el estado de ánimo, pasando de la euforia a la depresión en un par de días.

La misma publicación universitaria apunta que algunos investigadores creen que el trastorno ciclotímico puede estar más relacionado con el trastorno límite de la personalidad que con los trastornos del estado de ánimo, aunque también los factores biológicos pueden ser uno de los motivos de su surgimiento.

Suelen ser personas que tienen altibajos notorios en el ánimo. Pueden sentirse eufóricos durante un periodo de tiempo para después sentirse deprimidos por otro periodo (Zuñiga, Alma et al. 2005).

La siguiente figura muestra los Trastorno Distímico y ciclotímico

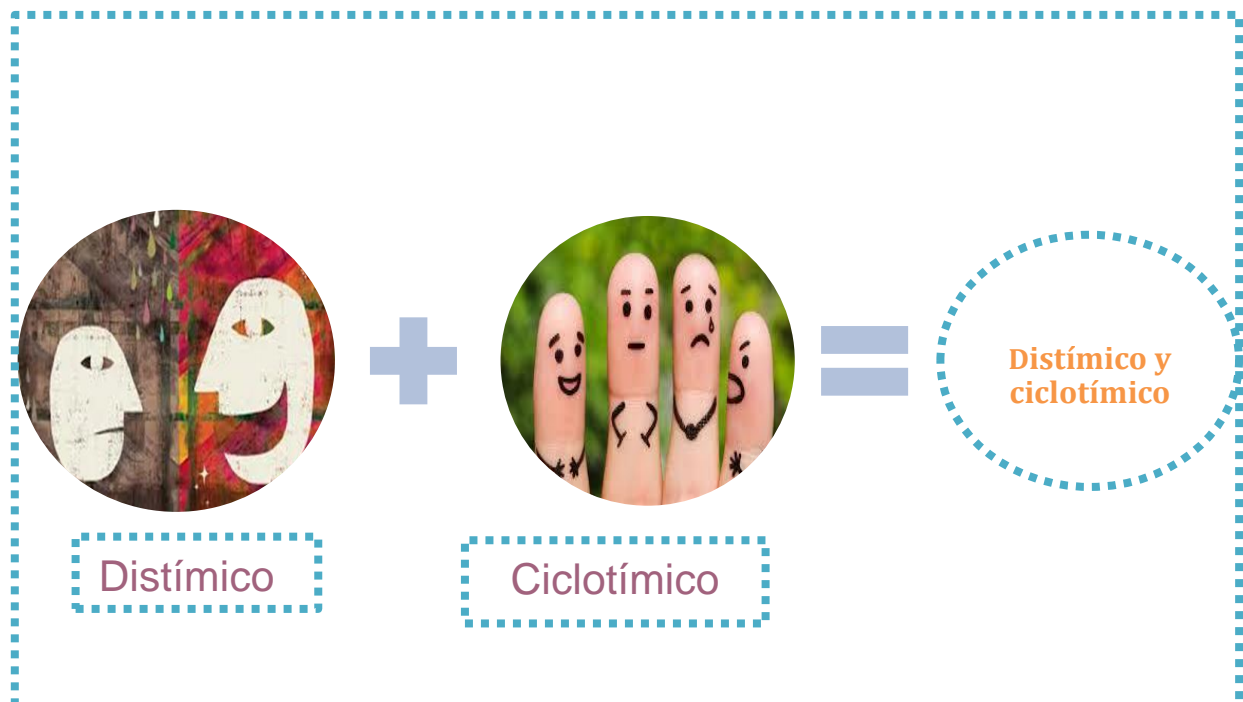




Figura 11. Trastorno Distímico y ciclotímico

2.3 Detección de los trastornos de alimentación

Señales físicas

En el caso de la anorexia se puede detectar a simple vista, ya que es muy visible la continua y prolongada pérdida de peso, algo que llega a generar delgadez extrema y desnutrición, de acuerdo con la Guía de Trastornos Alimenticios elaborada por la Secretaría de Salud del Gobierno de México.

¿Cómo podemos darnos cuenta de esto? La Secretaría de Salud asegura que las personas que empiezan con trastornos de alimentación presentan piel reseca y con color grisáceo o amarillento, las uñas quebradizas, el debilitamiento o la caída del cabello, la intolerancia al frío y la persistencia de bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

Sin embargo, señalan que la bulimia es más difícil de ser detectada ya que los atracones y compensaciones se llevan a cabo de forma secreta y no en todos los casos causan pérdida de peso (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

“En el caso de quienes vomitan es necesario buscar signos físicos acompañados de lesiones o pérdida del esmalte dentario, escoriaciones en las articulaciones interfalángicas de aquellos dedos utilizados para provocar el vómito” (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

Señales psico-sociales

Estar ansioso, ser impulsivo y no tener estabilidad emocional son rasgos comunes de quienes padecen bulimia, algo que puede aumentar al estar cerca de las horas de comida.

Quienes parecen estos trastornos alimentarios suelen aislarse socialmente, se tornan irritables y por lo común sienten culpa y están de mal humor.

“La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado, se extiende al entorno social, de tal modo que critican incisivamente la gordura y, por otro, preguntan constantemente a los demás cómo se ven y se comparan insistentemente con otras personas. Como la percepción de sí mismos es distorsionada, recurren a los otros en busca de aseguramiento y corroboración” (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).



La misma publicación gubernamental asegura que quienes tienen un trastorno no se ven a sí mismos como personas autocontroladas y capaces de dirigir su vida, a lo que habría que sumarle que quienes van desarrollando la anorexia sienten que esta enfermedad es generada por factores externos (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

“Otras relatan que se sienten divididas, como segmentadas en dos personas. Aunque pocas lo expresan abiertamente, a lo largo de sus vidas han sentido que ser mujer representaba una desventaja y que soñaban con triunfar en áreas generalmente consideradas ‘masculinas’” (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

Otra de las características psico-sociales es que mientras las personas presentan un alto rendimiento escolar o laboral, son malos para desempeñarse social y sexualmente y en sus relaciones de pareja en general (Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva, 2004).

La siguiente figura muestra la detección de los trastornos de alimentación



Figura 12. Detección de los trastornos de alimentación

2.3.1 Tratamiento psicológico y nutricional de los trastornos de la alimentación



De acuerdo con la Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria, elaborada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, una vez que se tiene un diagnóstico, se escoge el tipo de tratamiento según las características particulares de cada caso.

La evaluación se tiene que realizar mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) y las tablas percentilares del IMC/edad dadas a conocer por los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Para esto es necesaria la intervención de un nutriólogo.

“Es necesario contemplar que no todos los trastornos alimentarios son susceptibles de ser tratado en el primer nivel de atención, ya que la complejidad sintomática y psicodinámica de los mismos requiere un manejo especializado”, asegura la Guía.

Evaluación

Para llegar a un diagnóstico de trastorno alimentario es necesario localizar las siguientes conductas y síntomas psicológicos:

Sintomatología conductual alimentaria, practicar ayunos de más de 12 horas de duración, vomitar intencionalmente, abusar de los laxantes, diuréticos o enemas o realizar ejercicio durante varias horas, incluso sacrificando las horas laborales o de sueño.

Sintomatología psicológica, desear intensamente bajar de peso aun estando en un peso normal, sentirse más obeso de lo que realmente se está, comparar el propio cuerpo con el de los demás, autocrítica intensa sobre el físico o la forma de comer, nula o poca conciencia de la enfermedad y falta de deseo de abandonar las conductas alteradas.

Además, se recomienda determinar si las personas tienen conciencia de su enfermedad, entiende su origen y desarrollo o identifica qué factores alientan estos síntomas.

Otros factores que se deben tomar en cuenta en quienes padecen trastornos de las conductas alimentarias es saber si se abusa del alcohol o drogas, si ha tenido problemas similares con anterioridad, si ha sido víctima de abuso sexual o físico, o tiene antecedentes familiares de trastornos.

En la evaluación es recomendable hacer un examen médico general, haciendo énfasis en una exploración física completa que incluya signos vitales y revisión dental y pruebas de laboratorio.

Tratamiento

Para realizar una detección temprana y un manejo inicial de los trastornos alimentarios, la Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria recomienda lo siguiente:



Anorexia

En el manejo nutricional y psiquiátrico se recomienda una evaluación completa de acuerdo con el Índice de Masa Corporal, si se encuentra por debajo de lo normal, descartar la presencia de uno o más trastornos o enfermedades psiquiátricas que deben ser atendidas por un especialista, exponer ante la persona y su familia las características del padecimiento, sus consecuencias físicas y mentales e informar sobre una nutrición sana, incentivar la ingesta de complementos vitamínicos y de estimulantes del hambre y darle seguimiento a los pacientes hasta que se encuentren en un peso saludable.

En el manejo nutricional el objetivo principal es la interrupción de la pérdida de peso, para lo que se recomienda identificar los antecedentes alimentarios, hacer una evaluación que incluya índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional, determinar el contenido energético de la dieta a realizar registrando el consumo de alimentos, asignar un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el paciente, ir aumentando paulatinamente las kilocalorías y distribuirlas diariamente en cinco episodios (desayuno, comida, cena y dos colaciones intermedias), subir entre 0.5 y 1 kilogramo por semana y seguir las proporciones recomendadas para el tipo de población.

Bulimia

Al igual que con la anorexia, en el manejo nutricional y psiquiátrico se recomienda una evaluación de acuerdo con el IMC, además de identificar aspectos físicos en dentadura, identificar saber si existe uno o más trastornos o enfermedades e informar a la persona y su familia las características del padecimiento, así como canalizar con terapeuta. También se recomienda buscar ayuda para favorecer la motilidad intestinal con un gastroenterólogo. Debido a que además se daña la mucosa gástrica, al regresar el ácido clorhídrico del estómago.

Además, y en caso de presentar signo de depresión (llanto en la consulta de nutrición), es recomendable que el paciente vaya con el médico y /o con el terapeuta encargados de iniciar un tratamiento psicofarmacológico antidepresivo con inhibidores de la recaptura de la serotonina, entre los que se recomienda la fluoxetina, sugiriendo 20 miligramos por día, aunque en los casos de bulimia nervosa la dosis puede llegar a 60 miligramos, siempre y cuando esté bajo la supervisión de un especialista.

En el ámbito nutricional también existen recomendaciones parecidas a la de la anorexia, como identificar los antecedentes alimentarios, evaluar los índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos, determinar el contenido energético de la dieta a realizar registrando el consumo de alimentos, a lo que habría que sumarle la estimulación del reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad, dejar de hacer ayunos prolongados y asignar un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el paciente, además de distribuir las kilocalorías en cinco o seis comidas al día, hasta cubrir requerimiento.



En el caso de los atracones las recomendaciones publicadas en la Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria, elaborada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, son las mismas que para quienes padecen anorexia o bulimia.

Intervención motivacional

La Guía asegura que otro de los puntos a tomar en cuenta es la intervención motivacional, ya que el primer objetivo es conocer la etapa en la que se encuentra la persona respecto a un determinado problema, “ya que cuando una persona pretende alcanzar logros para los cuales no está preparado, dará como resultado el fracaso”.

Aclaran que la falta de motivación no es un problema de personalidad estático del paciente, sino que se trata de una dificultad para “moverse” dentro del cambio que sucede entre el terapeuta y otras personas, por lo que es de suma importancia la educación por parte del nutriólogo.

La siguiente imagen muestra el tratamiento psicológico y nutricional de los trastornos de la alimentación.



Figura 13. Tratamiento psicológico y nutricional de los trastornos de la alimentación

2.4. Prevención de los trastornos de la alimentación



La revista Clínica y Salud señala que debe existir una prevención primaria, pensada antes del desarrollo de la enfermedad, actuando sobre los factores de riesgo y elaborada con estrategias de carácter educativo, tocando cuatro puntos:

- a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo;
- b) Identificación de grupos de riesgo;
- c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta;
- d) Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

En la misma publicación señalan que estas medidas se vuelven más eficientes si se realizan de la mano de propuestas de prevención pensadas en el diagnóstico y tratamiento temprano.

Como ya se advirtió en el punto anterior, primero habría que detectar los signos y síntomas, pero además de esto y de manera secundaria, se debe centrar el diagnóstico en las personas que tengan el mayor riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, algo que según Clínica y Salud tiene que realizarse en tres etapas:

En primera instancia se tendría que “proporcionar información acerca de los trastornos de alimentación a la población general de adolescentes. Este tipo de iniciativas se fundamenta en la idea de que la simple información acerca de las consecuencias de los trastornos detendrá posibles conductas de riesgo”.

En la segunda etapa se recomienda dirigir los programas a la población general contando con contenidos didácticos, pero agregando puntos referentes a la resistencia y el afrontamiento de la presión social sobre la delgadez.

Lo anterior asumiendo que la “presión social juega un importantísimo papel en la etiología de los trastornos ya que provoca que los adolescentes se embarquen en dietas restrictivas y en otras conductas de riesgo para conseguir bajar de peso”.

La tercera generación de programas está enfocada solamente a las personas en riesgo, con quienes se tiene que trabajar los problemas revelados durante el desarrollo de los trastornos.

Pese a estas recomendaciones directas, también apuntan que las que no son presentadas como programas de prevención “producen resultados más positivos, de tal forma que la aproximación indirecta a los trastornos evita que aparezcan actitudes defensivas en los adolescentes y facilita su compromiso con el programa”.

¿Por qué es recomendable que esta prevención sea de manera indirecta? Porque las “acciones preventivas que pretendan trabajar con población de riesgo o directamente con el trastorno corren un alto riesgo de rechazo por parte los sujetos implicados”, debido a las siguientes características:



Refuerzos: La persona que empieza a desarrollar conductas de riesgo obtiene grandes refuerzos sociales y personales con ello. A través del control y manipulación de la comida compensa su falta de valía personal, su baja autoestima, la incapacidad de mantener relaciones interpersonales maduras, la ausencia de identidad propia, etc. La delgadez le proporciona una identidad exitosa, recibe atención y alabanzas y suprime con ello, los sentimientos de inseguridad ante los demás.

Ocultación: Quien desarrolla un trastorno de alimentación, especialmente en sus primeras fases, oculta los síntomas ya que desea mantener el refuerzo social y personal mencionado anteriormente. Esto hace que la detección y el diagnóstico se realicen tardíamente, lo que dificulta la intervención.

Negación: Cuando se empieza con las primeras conductas de riesgo se niega lo que le sucede a los demás y a sí mismo. La negación es la estrategia que encuentra para resolver un conflicto de ideas resultante de la diferencia entre los riesgos que entrañan esas conductas para su salud y la valoración positiva que atribuye al hecho de estar delgado (y que consigue manteniendo esas conductas).

Difícil detección: Los primeros síntomas de los trastornos de alimentación pasan muy frecuentemente desapercibidos para las personas que rodean al adolescente (familia, amigos, profesores etc.) durante meses e incluso años en el caso de la bulimia.

En Clínica y Salud aseguran que para prevenir este tipo de trastornos es necesario abordar diferentes aspectos de la vida, como la aceptación del propio cuerpo, desarrollo de intereses y valores diferentes a los relacionados con la estética y la imagen, potenciación de una actitud crítica ante las influencias publicitarias y de la sociedad en general a favor del adelgazamiento y de la importancia de la imagen física, promoción de una alimentación saludable y unos hábitos de vida adecuados, entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento ante las dificultades, control y regulación de las emociones, gestión de conflictos interpersonales con amigos y con los padres (Casado, M., 2008).

La siguiente imagen muestra los puntos destacados para la Prevención de los trastornos de la alimentación.





Figura 14 Prevención de los trastornos de la alimentación

2.5 Educación nutricional basada en el condicionamiento

Educación en nutrición implica proponer estrategias que actúen en diferentes niveles y en diferentes campos. Como lo hemos analizado anteriormente la alimentación y los hábitos que formamos en relación a esta están influidos por muchos más factores que solo la comida. Es por esto que una educación nutricional ideal debería empezar por las instituciones más cercanas y primarias para los sujetos como lo son la familia y la escuela, pues es a través de estos espacios que se implementan las formas de nuestros estilos de vida.

Una educación nutricional que resulta exitosa tiene como característica la permanencia de las estrategias implementadas, así como también, la adaptación a los contextos de cada sujeto y refuerzos constantes que logren cimentar las actitudes y conductas hacia el alimento.

Debido a la dificultad que plantea lograr que de manera permanente estos objetivos se mantengan a la mano de la población, podemos concluir que el acceso a información, campañas y la educación resulta precaria en nuestro país. Como muestra de esto, en el 2017, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición el 25 por ciento de mujeres entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar, y uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato opta por el ayuno como método contra la obesidad o el sobrepeso.

En México se ha visto un aumento del 300 por ciento en los casos de anorexia y bulimia en los últimos 20 años. (Encuesta nacional de Salud y Nutrición, 2017)

De igual manera, para el 2012, México era el segundo país con mayor índice de sobrepeso en su población con un 30%, siguiendo a Estados Unidos que presentaba el 33.8% en comparación a países como Japón y Corea cuya población presenta un 4% de índice de obesidad en su población. En la población infantil con obesidad México obtuvo el cuarto lugar y se estima que para el 2030 México tenga el séptimo lugar en población que presenta Diabetes.

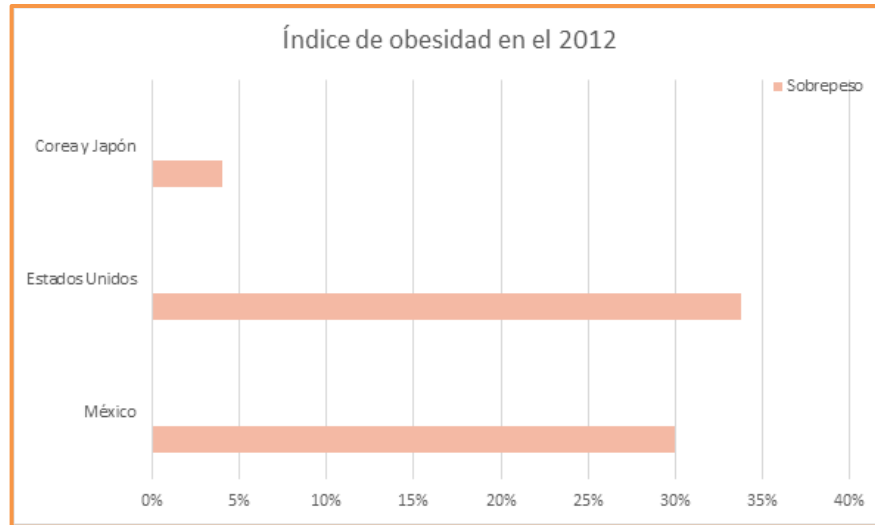


Figura 15 Prevalencia del IMC por país
Fuente: Organización mundial de la salud, 2012.

Esta información nos permite no solo observar el panorama de la **educación nutricional**, sino también los posibles trastornos psicológicos en nuestro país, no basta con campañas esporádicas porque, a pesar de que inician curiosidad y discusión sobre los temas que nos interesan, no son acciones que logran consolidar un acceso pleno y constante a información sobre la alimentación.

Una educación nutricional íntegra busca cambios sociales a varios niveles, desde el familiar laboral y cultural. Lograr un proceso de este tipo es muy demandante y en este sentido, la función del personal de salud y en especial del nutriólogo es poner a la disposición de la población información actual y rigurosamente seleccionada para poder orientar las conductas de la población de una manera adecuada, permanente y didáctica.

Esta orientación educativa cobra una importancia relevante cuando se trata de realizar el trabajo en poblaciones vulnerables o que ya presentan algunos trastornos del comportamiento alimentario como lo son la bulimia, anorexia, obesidad entre otros.

Para poder realizar intervenciones de tipo educativo a la par de un trabajo profesional en el campo de la nutrición, es de suma importancia tomar en cuenta los siguientes factores que influyen en la elección y conducta en el consumo de alimentos de los individuos.

Predisposiciones conductuales que se determinan biológicamente

La experiencia con los alimentos es una de condicionamiento por asociación, es decir, que las experiencias registradas a nivel cerebral se asocian con sensaciones placenteras o desagradables dependiendo de las primeras relaciones que se establecen con los alimentos. De aquí surgen los gustos por lo dulce, ácido, amargo, picante, gracias al sabor y al placer que se obtiene con cada una de estas cualidades químicas.



De igual manera los mecanismos de saciedad y de hambre se ponen en marcha para definir las cantidades a consumir dependiendo de sus propiedades sensoriales. A este fenómeno se le llama mecanismo de *saciedad específica*.

Este concepto se refiere a la tendencia de los individuos a ingerir una mayor cantidad de cierto alimento siempre y cuando las propiedades sensoriales sean distintas a las de otros alimentos previamente ingeridos. Estas propiedades sensoriales pueden ser color, sabor, textura, olor, etc. También influye la experiencia motivacional (experiencias previas con el alimento) y el efecto postingestivo (placer y saciedad). La curva de saciedad se alcanza cuando se ha ingerido el mismo alimento una y otra vez y entonces se presenta un decremento en la tasa de su consumo. De igual manera se puede observar que cuando se ha estado ingiriendo solo un alimento y que con el cual se puede reportar una sensación de saciedad, los individuos son capaces de ingerir hasta incluso una ración completa de otro alimento siempre y cuando tenga propiedades distintas, a este fenómeno se le ha llegado a conocer como el “efecto postre” pues es muy común que después de terminar una comida completa el postre sea un incentivo para seguir comiendo.

Estos mecanismos cerebrales son los que se moldean con las primeras experiencias que se tienen con los alimentos y son los que se pueden modificar a través de la enseñanza de conductas repetidas y reforzadas. (Sánchez Rodrigo. 2010)

Experiencia con los alimentos

La experiencia con los alimentos se refiere a toda relación de tipo sensorial y emotiva que se establece con la experiencia de la alimentación. Las experiencias con los alimentos se establecen desde el nivel fisiológico hasta el nivel social y cultural, cada uno de los niveles por los cuales pasa la experiencia alimentarios añade complejidad a la creación de los hábitos alimentarios (Contento, 2015).

a) Condicionamiento fisiológico

El condicionamiento fisiológico se da por diferentes factores los cuales son:

1. Familiaridad con los alimentos y seguridad adquirida
2. Preferencias alimentarias condicionadas
3. Saciedad condicionada

Todos estos factores son aprendidos en las primeras instituciones de crianza las cuales son la familia y la escuela. Aquí, es donde tenemos el primer acercamiento con los alimentos y este acercamiento está mediado por factores externos como son los económicos (poder adquisitivo), temporales (tiempo destinado a la preparación de los alimentos), de acceso alimentario (posibilidad de acceder a variedades de alimentos) y contexto cultural (herencia culinaria) entre otros.

Todos estos factores moldean la familiaridad y preferencia que tenemos de ciertos alimentos, la seguridad que estos nos brindan para consumirlos, las preferencias por algunos platillos y



cuales alimentos nos saciarán dentro de un contexto familiar (por ejemplo, en mi casa no se come tortilla porque engorda).

b) Condicionamiento social

El condicionamiento social es uno de gran importancia porque, dependiendo de este contexto, se pueden ingerir ciertos alimentos o no y esta ingesta responde a causas meramente colectivas. Estas circunstancias son:

1. Modelos sociales
2. Recompensas sociales
3. Contexto socio afectivo

El contexto social es uno de alta complejidad debido a que este es heredado, las sociedades forman sus contextos gracias a diferentes factores que provienen de lugares muy diversos como lo pueden ser la riqueza económica, la percepción de los cuerpos, el rol de la mujer y el hombre en la sociedad, la herencia culinaria, etc.

La mayoría de las veces los hábitos alimentarios se crean y se modifican a partir de expectativas que son externas al individuo y tiene que ver con expectativas puestas en los cuerpos. La complejidad de estas expectativas reside en que estas son interiorizadas y entonces se convierte en algo propio de las demandas de los individuos para sí mismos.

Todas las sociedades tienden a recompensar comportamientos que se pueden ubicar como positivos y a juzgar o castigar los percibidos como negativos. Dentro de estos modelos sociales se encuentra la percepción de los cuerpos, los cuales pueden ser aceptados o no y a los cuales se les otorga recompensas o castigos afectivos y entonces, los hábitos de lo que se consume responden a exigencias de estereotipos físicos.

Nuestra relación con la comida es entonces una que depende en gran medida de nuestro contexto de vida.

c) Factores intrapersonales

El concepto de intrapersonal hace referencia a la capacidad que cada individuo tiene de entender sus propias limitaciones y capacidades. En este sentido, cada sujeto está atravesado por elementos cuyo sentido se vuelve específico y personal de cada persona dependiendo de la historia de vida que la persona presente. En la alimentación esto cobra especial relevancia pues cada uno de estos elementos, otorga valor a los alimentos y a los hábitos que formamos respecto al ritual de la alimentación. Los factores intrapersonales que podemos tomar en cuenta en este ámbito son los siguientes.

1. Percepciones: Es el significado que el individuo le da a las sensaciones físicas y emocionales que recibe del mundo exterior (Harpercollins Publishers, 2005)



2. Actitudes: Las actitudes son disposiciones mentales que el sujeto tiene frente a la comida y que pueden ser negativas o positivas dependiendo de la experiencia previa que se tenga. Las actitudes se pueden modificar en cuanto se presenten experiencias nuevas y diferentes (Warren, 1935).
3. Creencias. Una creencia es la suposición de que el conocimiento o experiencia acerca de una cosa es verdadero, Padilla Gálvez, J. et al. (2007), en la alimentación podemos poner el ejemplo de creer que no desayunar ayuda a bajar de peso o que ciertos alimentos, como la avena, ayudan a quemar la grasa corporal.
4. Motivaciones y valores. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene una conducta dirigida hacia un objetivo final. Woolfolk, Anita (2006). Una motivación en el campo de la alimentación puede ser ir al gimnasio todas las semanas para mantenerse en forma física adecuada.
5. Significados personales. El significado tiene dos componentes, el primero sería uno de carácter denotativo el cual es aquel que se puede considerar como universal y cuyo sentido se recoge en un diccionario. El segundo componente es el subjetivo el cual puede depender de un grupo humano e incluso de un solo individuo y el cual recoge, además, valores emotivos. Podemos decir entonces que el significado es la interpretación que se le da a un objeto (Peirce, Charles 2008). La comida puede tener múltiples significados dependiendo de las experiencias de los sujetos, las cuales están siempre atadas a una emocionalidad.
6. Conocimientos teóricos y prácticos. El conocimiento es producto de la experiencia, de la memoria y de la evidencia que acompaña procesos de reconocimiento de los entornos y de su funcionamiento (Dancy, J. año). En el campo de la alimentación el conocimiento práctico sugiere siempre un conocimiento teórico, por ejemplo, entender el valor nutrimental de los alimentos podría devenir en utilizar comida con considerada saludable para tener una nutrición balanceada.
7. Normas sociales. Son el conjunto de reglas que una sociedad ha establecido como necesarias para tener una convivencia óptimas, los individuos se adhieren a estas para tener relaciones armónicas con las personas que los rodean (Marshall, G 1985). Las normas sociales influyen de manera significativa en la elección de los alimentos, por ejemplo, si en la comunidad se percibe que es saludable el consumo de frutas frescas es muy probable que las personas sigan esta elección. En otras palabras, las conductas alimentarias son transmitidas socialmente pues existe una fuerte relación entre la comida y la identidad social. (Robinson, Eric, 1988).
8. Normas culturales: Las normas culturales son aquellas condiciones que se consideran como “normales” dentro de una sociedad. La cultura prescribe cánones de belleza y pueden llegar a presionar a los miembros de una sociedad a modificar o cambiar su



cuerpo. La forma de vestir, el peinado, el maquillaje incluso los colores que se asocian con el ser masculino o femenino son producto de una norma cultural y cómo ésta define a los géneros. El considerar a una persona atractiva o no dependiendo de la forma de su cuerpo es también una norma cultural y tiene su reflejo en la modificación de hábitos alimentarios para lograr encajar en estándares presupuestos por el contexto cultural. (Amnistía internacional)

d) Factores interpersonales

Los factores interpersonales se refieren a aquellas relaciones que se dan entre dos o más personas (Heider, Fritz, 1958). Estas relaciones se pueden basar en las emociones, los gustos en común, la comunión religiosa, los entornos laborales o sociales entre otros.

Redes familiares y sociales. Estas redes son creadas a partir de una profunda asociación con el otro y usualmente están mediadas por costumbre, acuerdo mutuo o ley. Bajo estas relaciones, los individuos obtienen seguridad, sentimiento de pertenencia y refuerzan su adaptación e integración a su entorno inmediato. Es a partir de estas redes que los sujetos adquieren sus primeras experiencias con alimentos, moldean y cimentan sus rituales y hábitos alimenticios y forman vínculos a partir de los alimentos.

f) Factores ambientales

Los factores ambientales son todos aquellos que tienen que ver con el entorno que rodea a los sujetos. El entorno puede ser aquel natural como la calidad del aire o del agua a la que las personas tienen acceso, así como también a los creados por el hombre como son la vivienda, el laboral, caminos y su trazo etc. (Romero, 2007).

1. Entorno físico/alimentario

El entorno físico tiene que ver con todas las condiciones del espacio que existen al momento de alimentarse. Esto quiere decir que incluso el tamaño del plato, las porciones, la variedad de alimentos, la presencia o ausencia de otras personas influyen en la cantidad de alimentos que se ingieren. Existen estudios que sugieren que la gente que come sola tiende a sentir más pereza para preparar alimentos. También se ha demostrado que cuando se come en compañía se tiende a servir porciones más copiosas. John M. de Castro del *College of Humanities and Social Sciences* demostró en un estudio que las comidas fueron más abundantes en relación con cuántas personas estaban comiendo, por ejemplo, si comen dos personas la cantidad de ingesta subía un 33%, si eran tres, cuatro, cinco, seis, siete o más personas comiendo la ingesta aumentaba a un 47%, 58%, 69%, 70%, 72% y 96% respectivamente. Una muestra de esto es la cantidad de comida que se puede ingerir en reuniones familiares o con amigos comparada a una ingesta realizada en solitario.

De igual manera, el lugar en donde se come, el mobiliario a utilizar, la limpieza y la seguridad del lugar para comer, se han nombrado como elementos que favorecen un espacio físico que tiene como resultado una alimentación adecuada (Ministerio de educación y deportes, 2002).



2. Disponibilidad del alimento

Otro punto que influye en gran medida en la alimentación es qué alimentos se encuentran como disponibles para los consumidores. En esta área se puede hablar de solvencia económica para cubrir la necesidad de tener una variedad de alimentos, así como también, que alimentos se encuentran disponibles en el espacio geográfico de los individuos. Por orden geográfico existen zonas en donde el acceso a vegetales y frutas frescos es más restringido que otras, por ejemplo, México es un país con una gran diversidad en alimentos y se pueden encontrar de manera relativamente fácil: cereales, leguminosas, frutas y verduras, productos de origen animal como lácteos y leche, disponibles para ser consumidos en el marco de una normalidad relativa.

La siguiente figura muestra pautas para una educación nutricional

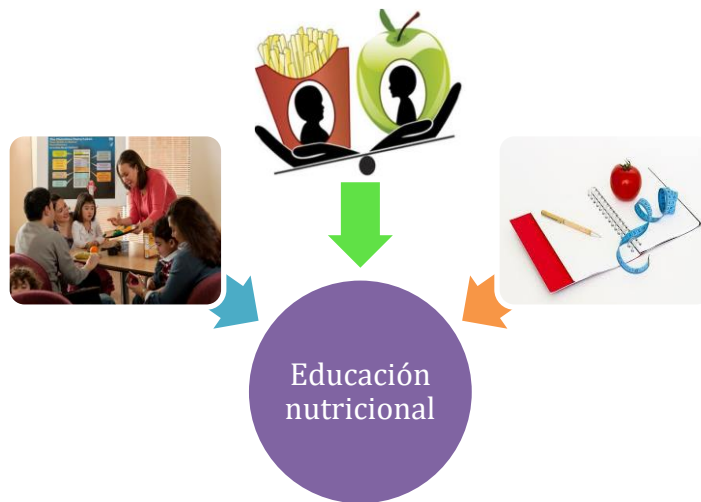


Figura 16 Pautas para una educación nutricional

g) Entorno social

1. Influencia social

Como ya lo hemos discutido en otros apartados, la alimentación es un ritual que está influenciado principalmente por el entorno social en el que se lleva a cabo. A este entorno debemos sumarle las tradiciones alimentarias, las religiones practicadas y los cambios en las comunicaciones que a veces suelen introducir cambios nutricionales como moda.

2. Prácticas culturales

Existen sociedades que consumen ciertos alimentos y otras que no por cuestiones de herencia cultural y tradiciones. Hay sociedades que valoran el consumo de leche mientras otras raramente lo realizan. Existen grupos sociales que tienen tradiciones específicas para



ciertos grupos de su colectivo. Por dar un ejemplo, cuando una mujer se embaraza, según las tradiciones de donde habita puede o no consumir ciertos alimentos. De igual manera esto sucede con ciertos grupos dependiendo de su edad, hay tradiciones alimenticias para niños diferentes a las que se tienen para adultos mayores. El consumo de productos del mar se realiza de manera más habitual en grupos que viven cerca de alguna costa mientras que se vuelve difícil para los ciudadanos consumir animales marinos con el día al día.

Todas estas prácticas deben ser relevante para el especialista en salud pues su familiarización con ellas puede facilitar la re-organización y re-educación de los pacientes que estén a su cuidado.

México es un país con una vasta tradición culinaria, que va cambiando dependiendo del lugar de residencia o de crianza y de los grupos culturales de los que provenga, para tener éxito en el campo de la educación nutrimental, el especialista debe realizar una valoración de los antecedentes culturales y sociales antes de brindar atención (Latham, Michael. 2002)

3. Estructuras y organizaciones sociales y políticas

Las estructuras y organizaciones sociales y políticas se refieren a cómo se han organizado los colectivos en materia de clase social y de pertenencia a ciertas formas de consumo.

En la organización social siempre destaca la mujer como la cabeza de la familia en una familia tradicional, en cuyo papel recae la elección y preparación de los alimentos la mayoría de las veces.

La introducción de la mujer al cuerpo de producción laboral que se ha venido viendo en estos últimos años ha modificado las estructuras familiares, dejando muchas veces vacante el lugar que históricamente la mujer llenaba en la estructura familiar. La calidad de la alimentación ha sido muchas veces ligada a la posibilidad de alguien, en este caso analizado la mujer, de estar al pendiente de la calidad de alimentos que se consume por todos los miembros de la familia. Aunque este tema es uno inexplorado, muchas veces hay que indagar en la corresponsabilidad que todos los miembros de la institución familiar se deben atribuir para lograr dinámicas de alimentación funcional y positiva.

En materia política la alimentación cobra relevancia por todos los cambios en el consumo traído por el modelo económico adoptado por casi todos los países. Existe una creciente preocupación entre ciertos grupos sobre los orígenes y procesos que llevan los alimentos antes de ser adquiridos. La preocupación se extiende a las nuevas tecnologías y al impacto que tienen en el mercado de la alimentación. En este contexto, existen grupos sociales que expresan sus preocupaciones políticas reflejándose en lo que deciden consumir o no. Las campañas de “consumo local” son un claro ejemplo de cómo la población se ha venido interesando en el impacto de sus consumos para con los productores y todos los mediadores que existen de promedio. Estos cambios que aparecen como más comunes y de manera expansiva deben ser tomados en cuenta para analizar cómo es que los hábitos de consumo



están cambiando en el campo de la alimentación. (grupo de investigación en sociología de la alimentación (Universidad de Oviedo, 2013).

h) Entorno económico

El entorno económico es uno de gran influencia para un país como México en el que la inseguridad alimentaria tiene que ver directamente con el factor de adquisición económica. Existen, básicamente, dos factores que influyen en la adquisición de alimentos que pueden ser o más seguros o inseguros (Valencia, 2014).

1. Precio

Más de la mitad de los hogares en México experimentan algún grado de inseguridad alimentaria y estos hogares presentan ingresos económicos bajos. Esto quiere decir que en estos hogares no hay un gran acceso a alimentos como lo son frutas frescas, verduras frescas, leche, queso, postres, carnes frescas magras. Se analizó el grado de escolaridad de la persona a cargo de comprar los alimentos, así como también el lugar en donde se habitaba, el estudio arrojó que en los hogares en donde la inseguridad alimentaria era severa el jefe de familia era una persona de baja escolaridad, hablante de lengua indígena o tenía un ingreso económico bajo, así como en los hogares que residen en localidades rurales o donde existían menores de edad. Los hogares con inseguridad alimentaria tuvieron menor disponibilidad de la mayoría de los grupos de alimentos, pero tuvieron mayor disponibilidad de productos de maíz, trigo, huevo y azúcares. Los sujetos con inseguridad alimentaria consumen menos de la mayoría de los grupos de alimentos, pero en el caso de aquellos productos que son económicos su consumo es mayor o no existen diferencias. Para analizar esta información, existe evidencia (Hernández E, Pérez-Salgado D, Ortiz-Hernández L., 2011) de que los hogares con inseguridad alimentaria no sólo guían sus decisiones para la adquisición de alimentos por el precio de los mismos, sino por otras cuestiones como la percepción que tienen de la capacidad de los alimentos para generar saciedad. Por ejemplo, la tortilla y el pan son percibidos como alimentos que "llenen" o quitan el hambre, lo cual, a su vez, está relacionado con la experiencia de ciclos de restricción en el acceso a los alimentos seguidos por periodos de relativa abundancia. Es decir, aunque la falta de recursos económicos es el principal criterio que las familias utilizan para adquirir alimentos, la experiencia de la inseguridad alimentaria tiene otras dimensiones culturales o simbólicas que no se agotan en su dimensión económica (Pelletier DL, Olson CM, Frongillo E., Escala Latinoamericana de Seguridad Alimentaria (ELCSA)).

Así mismo este estudio arrojó un mayor balance de alimentos en los hogares que lograron equilibrar sus ingresos económicos (Valencia, 2014).



Figura 17.- La familia como base del entorno social

2. Tiempo

El tiempo es otro factor de interés cuando se trata de consumo de alimentos. En un mercado laboral de creciente demanda para los trabajadores, muchos individuos han empezado a intercambiar tiempo de alimentación, preparación y compra de alimentos por el consumo de productos que se pueden preparar de manera fácil y rápida. Estas dos cualidades agregadas a la del precio que suele ser menos a alimentos no procesados, hace de la comida rápida una opción en aumento para los trabajadores que cada vez tienen espacios más cortos para preparar y consumir alimentos.

En familias que tienen hijos se ha observado un aumento de obesidad infantil por el consumo de comida rápida. Agregando el factor del poco tiempo libre que va quedando para los trabajadores resulta obvio que esto influya también en la alimentación de los hijos.

Los establecimientos de comida rápida y la comida ya procesada y lista para comer están teniendo una repercusión sobre la salud y el estado físico de los individuos pues los alimentos que ahí se consumen coinciden en tener un aporte alto de densidad energética y calórica así como un alto contenido en grasas saturadas e hidratos de carbono, contienen bastante colesterol y su contenido mineral es deficiente menos en sodio, el cual aparece de manera abundante en las opciones de comida rápida (Moliní, Dolores 2007).

i) Medio informativo

Los medios informativos han cobrado enorme relevancia en las decisiones que se toman en torno a la alimentación. Últimamente la velocidad y alcance que tiene la información ha sido un motivo más para que los individuos consideren cambios en sus hábitos alimenticios. Estos cambios pueden ser tanto positivos como negativos dependiendo del tipo de información que se maneja y, muchas veces hay modas que marcan tendencia en los cambios alimenticios.

1. Publicidad/educación

Las cadenas de comida rápida realizan su publicidad con información que saben de antemano resulta atractiva para los comensales: las estructuras de consumo son accesibles, placenteras, ofrecen opciones rápidas para el consumo, los precios suelen ser accesibles, los



días y horarios de apertura son flexibles, existe servicio a domicilio y a través de las redes sociales, se aceptan diversas formas de pago ofrecen descuentos por consumos constantes, se ofrecen juguetes si el consumo es realizado por un niño (Del Greco N., 2010). Muchos de los productos son de consumo masivo, y funcionan a partir de la capacidad económica de los consumidores. Los modelos de consumo rompen el vínculo cultural entre el lugar y el alimento. Deja de existir el arraigo de los alimentos y el lugar de origen y la cocina tradicional que usualmente está constituida por diversos platillos es sustituida por opciones homogéneas industriales y rápidas. Todos estos factores sin duda alteran los hábitos de consumo de las familias mexicanas y por ende la nutrición de esta población.

2. Medios de comunicación

Actualmente la información está en todos lados, vivimos en un mundo en donde la información fluye visiblemente a través de los espacios físicos que habitamos. En un estudio realizado en 2007 por Molini, Dolores 2007, señala que el 70% de niños con acceso a la televisión de manera continua mostró interés en consumir alimentos que vio anunciados en algún comercial. Si sumamos a esto que hoy en día existen muchos más medios de comunicación a la mano como las redes sociales, podemos concebir que mucho del consumo alimenticio que realizamos está coartado por las campañas de publicidad y los medios de comunicación (Ibarra, Lidia. 2016).

Los medios de comunicación tienen gran impacto sobre el desarrollo de hábitos alimentarios de los de los niños y adolescentes. Actualmente se recibe mucha información sobre modelos actuales de belleza y esbeltez. Rivarola y Penna (2006) mencionan la influencia que tienen los medios de comunicación sobre el desarrollo de trastornos alimentarios, llevan a un aumento en los desórdenes alimenticios entre la población femenina adolescente, en su mayoría. Existe un bombardeo de imágenes que promueven estereotipos del cuerpo, lo que otorga estatus social a las personas, y se genera una presión por no querer ser rechazadas por su medio social, empezando con el núcleo familiar y extendiéndose a sus amistades, pareja y, en general, al medio social que las rodea.

Como se ha observado la elección de alimentos y la creación de hábitos alimenticios es influido por un sinnúmero de factores que el profesional de la salud debe tomar en cuenta al momento de formar un plan de acción para intervenir con sus pacientes. Cada caso es específico en el sentido de que cada individuo que busca asesoría alimentaria, lo hace por diferentes razones, con perspectivas únicas y cada uno tiene una historia de vida que ha marcado la forma en la que se alimenta. Para poder re-educar en términos de alimentación, lo primero que se debe realizar es un diagnóstico de qué factores están influyendo de manera positiva y negativa en las decisiones respecto a la alimentación.

Usualmente los problemas de alimentación se sitúan en la persona individual y la problemática se le deposita enteramente. Como ya hemos estudiado, las decisiones alimentarias tienen que ver con un contexto que se vive en colectivo. Para que los programas de educación funcionen de manera práctica y exitosa se debe adoptar acciones preventivas y en comunidad.



Para lograr un cambio a este nivel la información se debe presentar en contexto y de manera significativa, es por esto que es de suma importancia tomar en cuenta la historia del individuo y que ha hecho con esta para alimentarse de cierta manera. Con cada paciente se deben elaborar estrategias específicas que respondan a sus necesidades. Con estas estrategias se busca que la persona integre conceptos de nutrición con un enfoque de educación para su salud y para la de su contexto, que ponga en marcha actitudes y conductas positivas para su de esta manera el objetivo es que se desarrollen habilidades para la vida.

Bermúdez (2006) menciona algunas de las recomendaciones que permiten mejorar la conducta alimentaria desde el espacio físico:

- Comer en un ambiente agradable.
- Tener un lugar en casa para el momento de las comidas principales, que generalmente es el comedor.
- Promover el consumo de alimentos variados.
- Otorgar información nutricional sobre los alimentos que está consumiendo.
- Hacer uso de platos y cubiertos adecuados a la edad.

Para re-educar los hábitos alimenticios entendiendo la alimentación como una habilidad social se deben:

- Identificar objetivos y resultados claros a obtiene con límites fijos y claros
- Implementar una enseñanza centrada en las necesidades del paciente.
- Proporción de un aprendizaje activo, participativo y cooperativo.
- Invitar a participar en el proyecto de alimentación a los familiares cercanos del paciente, pareja, amigos, etc.

Esta serie de pasos están pensados para proporcionar habilidades para enfrentar satisfactoriamente la vida social. En estas habilidades están listadas las siguientes condiciones:

- Emplear estrategias de convivencia como son la adopción de toma de buenas decisiones, asertividad, control de impulsos y resolución de problemas.
- Sociabilidad: capacidad para entablar relaciones positivas.
- Control interno
- Autonomía
- Visión positiva del futuro personal
- Flexibilidad
- Capacidad para el aprendizaje
- Automotivación
- Sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo

La siguiente figura muestra las recomendaciones que permiten mejorar la conducta alimentaria desde el espacio físico



Figura 18.- Recomendaciones que permiten mejorar la conducta alimentaria desde el espacio físico

En conjunto con estas estrategias se deben poner en acción a manera de **rutinas** a seguir que como componente principal deben ser con pocos o nada de cambios con el fin de que se vuelva una costumbre que se pueda integrar al estilo de vida y que se desarrolle a forma de habilidad para la salud.

La programación de conductas y el análisis de los procesos de aprendizaje se llevan a cabo a través de **secuencias didácticas**, que son los elementos procesuales mínimos de enseñanza - aprendizaje que envuelven todos los componentes de este proceso como: objetivos, contenidos, tareas de aprendizaje y de evaluación; y en las que se puede observar de manera clara el inicio y la conclusión (Serrano & Pons, 2008).

El profesional de la salud debe realizar en tres fases primarias a las cuales pueden modificarse añadiendo pasos y momentos dependiendo de la situación de cada paciente, pero las fases inamovibles son las siguientes:

- Reconocimiento del contexto del paciente. En este momento se puede hacer uso de herramientas como entrevistas de preguntas abiertas o semi-abiertas, llenado de cuestionarios enfocados a reconocer los factores positivos o negativos de los hábitos de alimentación.
- Proceso de re-educación y re-aprendizaje. En esta fase el profesional de la salud debe replantear los conceptos de alimentación con base en lo que se considera información correcta, funcional para el paciente. Se debe tomar en cuenta que en este proceso el paciente debe tener un rol activo para que haya una posibilidad mayor de éxito. El paciente debe participar activamente en su propio aprendizaje, por ejemplo, se debe tomar en consideración lo que ya sabe, las maneras que propone en cambiar ciertos hábitos etc.



- Establecimiento de rutinas. Aunque pareciera la parte más importante de un proceso de re-educación alimentaria, las rutinas no serán exitosas si no han sido trabajadas desde el contexto específico del paciente. Las rutinas pueden variar de una persona a otra, pero tienen siempre como fundamento el cambio de hábitos mediante la repetición y el establecimiento de refuerzos positivos. (Castillo, Mónica. 2012)

Este proceso es de autorreflexión constante el paciente puede participar escribiendo un diario de alimentos, hablando de las experiencias que ha tenido activando los cambios en su dieta, haciendo participe de rutinas que son mejoradas a través de la prueba y el error.

De esta manera el conocimiento se internaliza esperando que este se vuelva autónomo.

Recomendaciones para el éxito del tratamiento en los TCA

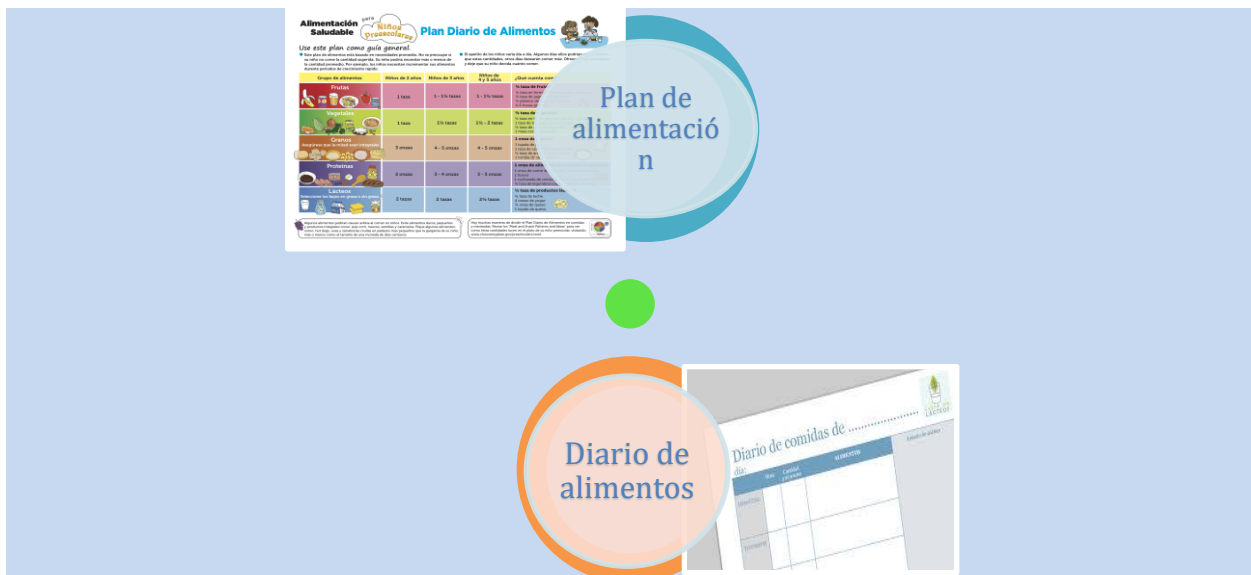


Figura 19.- Recomendaciones para el éxito del tratamiento en los TCA

2.5.1 Condicionamiento operante

A diferencia del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante implica un aprendizaje a partir de las consecuencias de la respuesta. Esto quiere decir que las conductas se van modificando a partir de la adquisición de aprendizaje por parte del sujeto con el objetivo de que en un momento último del condicionamiento el individuo pueda controlar las conductas a voluntad y no sean simple reflejo.

Respuesta o conducta instrumental u operante: Este término se designa a cualquier conducta que conlleva una consecuencia determinada y es posible que cambie en función de ésta. Sirve para obtener algo (meta planteada) y actúa sobre el medio.



Consecuencia: Una consecuencia es el resultado de una respuesta. Las consecuencias pueden ser **positivas** las cuales se denominan **refuerzo** o **negativas** las cuales son **castigos**. Nos interesa como profesionales de la salud que se dé con mayor frecuencia el primer caso pues así la segunda, que es el castigo, disminuirá. Para lograr que esto suceda se debe reforzar las conductas, se debe trabajar con la intención de influir como se relacionan los estímulos y las respuestas.

Refuerzo: Este término se utiliza para nombrar las conductas que deben ser más probables que se vuelva a dar. El refuerzo puede ser positivo y en este caso se puede obtener una recompensa o negativo que en este caso debe apuntar a desaparecer estímulos que resultan aversivos para el sujeto. Los refuerzos negativos pueden ser de evitación o de escape. Un refuerzo de evitación es uno que previene o impide la aparición de un estímulo aversivo como lo puede ser el sentimiento de ansiedad ante la comida. Un refuerzo de escape hace que este estímulo desaparezca aun cuando ya está presente.

Los castigos pueden ser **positivos y negativos**, éstos buscan que una conducta específica tenga la posibilidad de disminuir su aparición. Entendiendo el castigo positivo como un castigo que tiende a demostrar que las conductas realizadas no son esperadas, podemos pensar en los castigos clásicos como son los regaños. Un castigo negativo es una sanción. Este caso puede ser, por ejemplo, retirar de la dieta alimentos que se consideran como nocivos para la salud del paciente.

El condicionamiento operante debe crear un ambiente en donde se pueda esperar que se den las respuestas determinadas a partir de consecuencias esperadas.

La conducta se debe controlar a partir de estímulos discriminativos presentes en la situación de aprendizaje que transmiten información sobre las consecuencias ya conocidas de la respuesta.

Bajo este análisis del condicionamiento operante el esquema en donde se puede aplicar esta información en: **Plantear un meta conductual, esta debe consistir en aumentar o reducir comportamientos determinados.**

En función de esta meta se deben reforzar conductas que se quieren desarrollar y se deben reducir incentivos que ya existen para la realización de conductas que se busca inhibir.

En general se debe evitar aplicar castigos positivos pues estos generan rechazo y hostilidad. Aun así, a veces puede ser útil en algunos casos y debe quedar a consideración del profesional de la salud y del análisis de la conducta problemática, si esta es muy disruptiva y se necesita una reducción rápida de esta entonces es posible que se aplique este tipo de castigo.



Durante todo el proceso se debe monitorear el progreso de forma sistemática, mediante la aplicación de cuestionarios constantes y el registro de datos cuantitativos, por ejemplo, para poder comprobar si se están alcanzado los objetivos deseados.

La siguiente figura muestra uno de los aspectos operantes en los pacientes con TCA.



Figura 20.- Condicionamiento operante

2.5.2 Reforzamiento de la respuesta conductual

Las técnicas para desarrollar y reforzar conductas deben estar guiadas usualmente por refuerzos positivos, entre los procedimientos más relevantes para aumentar las conductas que tienen una utilidad exitosa se encuentran los siguientes.

Técnica de instigación. Este término se refiere a todas aquellas técnicas que buscan manipular estímulos para aumentar que se dé una conducta. Puede entenderse como instrucciones que incrementan determinadas conductas como puede ser habilitar un lugar para comer con mobiliario adecuado, la elección de platos y cubiertos que sean correspondientes a la porción que se debe consumir, instaurar horarios para la comida y enseñar al paciente el porqué de estas modificaciones para que sepa porqué realiza acciones determinadas.

Moldeamiento. Se acerca gradualmente a una conducta determinada, se empieza con respuestas parecidas a las que se espera que el paciente realice y se va modificando poco a poco a través de paso en los cuales se aplican reforzamientos. Los cambios alimenticios no pueden realizarse de manera drástica porque podrían resultar aversivos para el paciente, se sugiere que los cambios se introduzcan de manera pausada y en sucesión de menos a más para obtener respuestas exitosas y cambios contundentes.



Desvanecimiento. Es el retiro gradual de ayudas que se utilizaron para reforzar una conducta meta. Con esto se pretende que las respuestas que el sujeto consolida pueda llevarse a cabo de sin necesidad de ayudas externas. Este concepto resulta clave pues así se puede extender a procesos que se generalizan en otros ámbitos de la vida del sujeto. Por ejemplo, si antes se hacía uso de cuadernillos para que el sujeto repasara información sobre los alimentos a ingerir, se retira este y se propone el uso de un cuaderno en blanco en donde el sujeto pueda vaciar el conocimiento ya adquirido para después dejar de utilizar este apoyo.

Encadenamiento. Una cadena de conductas está compuesta por varias conductas simples cuya realización en forma de eslabón lleva a ejecutar conductas completas.

Esta cadena se puede realizar hacia adelante o hacia atrás y cada conducta que forma parte del eslabón refuerza al anterior, y funciona con estímulo discriminativo del siguiente. Por ejemplo, se puede educar al paciente para la elección, preparación, almacenamiento y consumo de sus alimentos, poniendo énfasis en la importancia de cada paso de esta cadena, enseñando información útil para la realización de cada paso, esperando al final que el paciente lleve a cabo cada uno de estos pasos de manera adecuada.

Programas de reforzamiento. Se refiere a las pautas establecidas para saber cuándo una conducta se puede premiar y cuando no. Estos programas se pueden dividir en dos tipos de razón y de intervalo.

Programa de reforzamiento de razón. Se obtiene el reforzar después de un número concreto de respuestas.

Programa de reforzamiento de intervalo. Se obtiene una recompensa después de que ha pasado un tiempo determinado desde la última conducta reforzada y esta vuelve a darse.

Estos programas pueden ser fijos o variables, el tiempo de obtención del reforzador puede ser constante o no. Pueden ser continuos o intermitentes, esto quiere decir que se pueden llevar a cabo cada que el sujeto lleva a cabo la conducta objetivo o de manera aleatoria siempre y cuando sea consecuencia de una respuesta deseada.

El reforzamiento continuo es útil para establecer conductas mientras que el intermitente para mantenerlas. En teoría al inicio del programa de modificación de los hábitos alimenticios se debe establecer reforzamientos continuos y cambiar a uno variable cuando las conductas ya estén aprendidas.

Técnicas para reducir o eliminar conductas. Se debe tener en cuenta que estos procesos pueden ser desagradables para los sujetos y es por esto que deben ser usados en la menor medida posible. Aun así, estas técnicas son preferibles a los castigos positivos.

Extinción. Se deja de reforzar una conducta que ya había sido reforzada previamente. Esto disminuye la probabilidad de que se vuelva a dar la respuesta que se desea se elimine. Un



ejemplo clásico de extinción es ignorar un berrinche o un acto explosivo hasta que el sujeto se da cuenta que su conducta no tiene las consecuencias que desea.

Entrenamiento de omisión. A la conducta del sujeto le sigue la ausencia de la recompensa, es decir si no se obtiene la respuesta buscada no se obtiene el reforzador. Un ejemplo clásico es quitar un dulce deseado si la comida principal no se come.

Coste de respuesta. Cuando se realiza una conducta problema se provoca la pérdida de un reforzador. Por ejemplo, muchas personas manejan sistemas de puntos, cada que alguna conducta problema se realiza se va perdiendo puntos los cuales pueden servir para obtener un refuerzo deseado por el paciente. Domjam, M. (2010). Labrador, F. J. (2008)

La información del condicionamiento operante, de sus conceptos y sus técnicas se entregan al profesional de la salud para que pueda aplicarlas tomando en cuenta que cada paciente que se presente al consultorio tiene historias de vida específicas. No se busca que se apliquen de manera mecanizada, sino que se puedan acomodar a las necesidades de cada caso para que la re-educación de los hábitos alimenticios resulte exitoso.

Se debe tener en cuenta los límites de la profesión sabiendo que muchas veces se requiere la intervención de otros profesionistas de la salud para poder actuar de manera interdisciplinaria.

Por ello, se recomienda complementar el programa nutricional con el apoyo psicológico y de otros profesionales (por ejemplo, del trabajador social, para promover el apoyo social a los pacientes) a fin de alcanzar mejores resultados (Candelaria, 2016).

La siguiente imagen muestra el reforzamiento de la respuesta conductual.



Figura 21.- Reforzamiento de la respuesta conductual
Fuente: UnaDM





Cierre de unidad

Dos grandes pilares de la vida pueden nombrarse de diferentes formas:

- Emoción y comida
- Cuerpo y mente
- Psicología y alimentación
- Bienestar físico y psicológico

Entre ambas partes hay un indiscutible vínculo bidireccional, el nutriólogo debe ser capaz de identificar los aspectos más relevantes que influyan en la vida y forma de alimentarse del paciente.

La alimentación y la nutrición son factores determinantes para el desarrollo biológico del humano; pero, también se ha identificado que guarda estrecha relación en el desarrollo psíquico y social.

La relación entre la Psicología, la Clínica de la Nutrición y la salud radica desde los hábitos y actitudes alimentarios y nutricionales en el desarrollo ontogenético durante la vida del hombre desde su concepción.

Desde el punto de vista nutricional, se nace con el denominado reflejo de succión, el cual no sólo le sirve para alimentarse y subsistir, sino que el proceso de lactancia materna implica un proceso psicológico y sociológico de relevante importancia en el desarrollo del humano.

En la edad preescolar, las causas psicológicas y de tipo conductual que mayormente se observan y que provocan la mala nutrición es la no creación de hábitos y actitudes adecuados hacia la alimentación y la nutrición.

Para ejemplificar se abordará como ejemplo la obesidad en los adolescentes, la auto-percepción de su imagen corporal, decididamente determina su autoestima y se presentan estados depresivos ansiosos, evasión de actividades en colectivo, como es en los deportes y la cultura.

En la obesidad, coexisten factores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociales y ambientales, sin embargo la causa básica de la obesidad, es sin lugar a dudas, el exceso en el comer, por ello, el comportamiento humano, el medio socio-familiar, los hábitos, las actitudes, no solo ante la alimentación y la nutrición, sino también ante todas las esferas de la vida humana, van a constituir determinantes de la obesidad y por ello, se hace necesario ver al paciente con obesidad como un ser biopsicosocial, que se desarrolla dentro de determinado contexto psicosocial, es por esto que una gran variedad de tratamientos nutricionales deben



considerar conflictos familiares, factores socio-económicos, culturales, así como aquellos de carácter individual.

En resumen

De esta manera, se puede decir que:

- Los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios se forman desde las más tempranas etapas de la vida.
- La práctica de la lactancia materna y de una ablactación adecuada, repercute decididamente no solo en la creación de conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios nutricionales futuros, sino en el proceso de desarrollo y formación de la personalidad.
- En todas las etapas evolutivas de la vida, es importante una alimentación y nutrición adecuada, no solo con el objetivo de crear bases biológicas y fisiológicas sanas, sino también por la repercusión que puede tener en el desarrollo psicológico y social de los humanos.
- El trabajo con el contexto psicológico y social, en la familia y en la comunidad, en lo referente a los estilos y calidad de vida, son elementos imprescindibles a tener en cuenta dentro de la clínica de la nutrición.
- La Educación Alimentaria y Nutricional, es un aspecto de relevante importancia en la prevención, promoción y tratamiento, dentro del campo de la nutrición humana.
- El trabajo en conjunto con el Psicólogo, puede desempeñar funciones determinantes, no solo en la Clínica de la Nutrición, sino también en el orden de la Prevención y de la Promoción de la Salud y de la alimentación y la Nutrición, como parte importante dentro de la estabilidad del proceso de salud-enfermedad, a partir del logro del estado de salud.
- Perfeccionar las bases para la creación de Programas de Intervención Educativos y Psicoterapéuticos, encaminados a la Prevención y a la Promoción de estas enfermedades, donde la alimentación y la nutrición desempeñan un papel decisivo.
- Perfeccionar el trabajo de los equipos transdisciplinarios de atención clínica-nutricional, a las alteraciones de este tipo. (Fullerat, 2004).



Para saber más



Datos de Artículos

- BARRACA MAIRAL, J., Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Clinica y Salud* [en línea] 2000, 11 (Sin mes): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618248005.pdf>
- Calvo Sagardoy, R., Gallego Morales, L. T., García de Lorenzo y Mateos, A., Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria* [en línea] 2012, 27 (Mayo-Junio): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000300012 ISSN 0212-1611
- Cruzat Mandich, Claudia, Díaz Castrillón, Fernanda, Kirszman, Diana, Aspillaga Hesse, Carolina, Behar Astudillo, Rosa, Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [en línea] 2013, 4 (Julio-Diciembre): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741620004> ISSN
- García-Marín, Pedro V., Antón-Menárguez, Virginia, Martínez-Amorós, Rosana, Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [en línea] 2016, 3 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/garcia-marin_et_al_2016_tcc_trastorno_por_atracon.pdf
- Gempeler Rueda, Juanita, Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [en línea] 2005, XXXIV (junio): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634205.pdf> ISSN 0034-7450
- Marco, José H., Perpiñá, Conxa, Botella, Cristina, Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de*



Psicología [en línea] 2014, 30 (Mayo-Agosto): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200005

- Martínez Sánchez, Sofía M^a, Munguía-Izquierdo, Diego, EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [en línea] 2017, 4 [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537034.pdf>
- Peña-Casquero, Patricia, Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [en línea] 2016, 3 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/pena-casquero_2016_tcc_trastorno_dismorfico_corporal.pdf
- Saldaña, Carmina, Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* [en línea] 2001, 13 [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>
- Salgueiro, María del Carmen, Kirszman, Diana, Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [en línea] 2012, XXI (Agosto-Sin mes): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281927588008.pdf>
- Tornero, María Jesús, Bustamante, Rosario, del Arco, Rosa, Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [en línea] 2014, 1 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_01.pdf
- Vallejo Pareja, Miguel Ángel, Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema* [en línea] 2001, 13 [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713307> ISSN 0214-9915



- Instantáneas - Trastornos alimenticios, Anorexia. [video] Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=W_5N0olvzak
- Tratamiento y rehabilitación de trastornos alimenticios | Testimonio. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rjXN39y8mw4>
- Una vida sin comer | 21 días. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=FOJGsML6NsA>
- Trastornos Alimenticios: Trastorno por Atracón [Clínica Las Condes] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GscXOgyt5P0>



Actividades

La elaboración de las actividades estará guiada por tu docente en línea, mismo que te indicará, a través de la *Planeación didáctica del docente en línea*, la dinámica que tú y tus compañeros (as) llevarán a cabo, así como los envíos que tendrán que realizar.

Para el envío de tus trabajos usarás la siguiente nomenclatura: **PNU_U2_A#_XXYZ**, donde PNU corresponde a las siglas de la asignatura, U1 es la unidad de conocimiento, A# es el número y tipo de actividad, el cual debes sustituir considerando la actividad que se realices, XX son las primeras letras de tu nombre, Y la primera letra de tu apellido paterno y Z la primera letra de tu apellido materno.

Autorreflexiones

Para la parte de **autorreflexiones** debes responder las *Preguntas de Autorreflexión* indicadas por tu docente en línea y enviar tu archivo. Cabe recordar que esta actividad tiene una ponderación del 10% de tu evaluación.

Para el envío de tu autorreflexión utiliza la siguiente nomenclatura:

PNU_U2_ATR_XXYZ, donde PNU corresponde a las siglas de la asignatura, U1 es la unidad de conocimiento, XX son las primeras letras de tu nombre, y la primera letra de tu apellido paterno y Z la primera letra de tu apellido materno.



Fuentes de consulta



Básica

- Aite Guidalli, Bárbara. Et. al (2012). *Nutrición y alimentación en el ámbito escolar*. Madrid: Ergon.
- barra, L. (2016). Review: *Transición Alimentaria en México*. Razón y Palabra, 20 (94), 162-179.
- Contento, Isabel. (2000). *Educar en aras de la eficacia*. 06/11/2018, de ICEAN Sitio web: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/download/30412-01caf9bf5484b582623fddb09e0781df7.pdf>.
- De Beausset Stanton, Indira. (2017). *Educación nutricional grupal interactiva: logrando cambios duraderos en el estilo de vida*. Población y salud e Mesoamérica, 15, 1-24.
- Del Greco Ida, Natalia. (2010). estudio sobre tendencias de consumo de alimentos, 1-53.
- Domjam, M. (2010). *Principios básicos de aprendizaje y conducta*. Madrid: Thomson.
- García-Flores, Carmen. (2018). Estrategias para la disminución del consumo de bebidas endulzadas. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22, 168-179.
- Martínez Jaime, Ana Mercedes. (2015). Métodos y estrategias pedagógicas utilizados a nivel internacional en la educación nutricional del niño y adolescente con obesidad. *Nutricionista Dietista Especialista en Nutrición Clínica*, 1, 1-145. 6/12/2018, De biblioteca digital unal Base de datos.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. (2002) *Hacia el Nuevo Currículum: Orientaciones de carácter pedagógico para los docentes del nivel de Educación Preescolar*. Caracas, Venezuela.
- Molini Dolores, Cabrera. (2007). Repercusiones de la comida rápida en la sociedad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 6, 635-659.
- Nomdedeu, Consuelo López. (2012). La educación nutricional en la prevención y promoción de la salud. *Manual Práctico de nutrición y salud*, 95-108.



- Secretaría de salud. (2017). Anorexia un trastorno de conducta alimentaria. 06/12/2018, de Secretaría de Salud Sitio web: <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>
- Valencia-Valero, Reyna Guadalupe, & Ortiz-Hernández, Luis. (2014). Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. *Salud Pública de México*, 56(2), 154-164. Recuperado en 06 de diciembre de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000200003&lng=es&tlng=es
-
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Complementaria

- María de los Ángeles Gómez Martínez, Úrsula Castro Durand, Alicia García de Pablo, Idoia Dúo Romero, José Ramón Yela Bernabé. (2003). *¿Qué es la bulimia?* España: Ediciones Pirámide.
- Michael C. Latham. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Ithaca, Nueva York, Estados Unidos: Universidad de Cornell. <https://es.slideshare.net/brianlbg2/ortorexia-y-vigorexia>
- <https://institutodeobesidad.com/2018/03/01/se-puede-vencer-la-predisposicion-genetica-la-obesidad/>
- <https://www.clinicabruselas.com/la-vigorexia-la-obsesion-cuerpo-10/>
- <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/trastornos-alimentarios/diagnostico-de-la-ortorexia>