



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

PREVENCIÓN DE ACTITUDES Y CONDUCTAS
ALIMENTARIAS ALTERADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTOR: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ

COMITÉ: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN.

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN

DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Universidad Nacional Autónoma de México

Por recibirme en sus aulas y brindarme la oportunidad de recibir lo mejor de mi formación, por el orgullo de ser egresada de nuestra máxima casa de estudios.

Beca CONACyT

Agradezco el apoyo económico que me otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, al asignarme la beca No. 180145 para realizar mis estudios de posgrado.

Proyectos de Investigación

La conclusión de este trabajo fue posible gracias al apoyo parcial que recibí de los siguientes proyectos de investigación: 1) proyecto PAPIT IN304606; 2) proyecto CONACyT 50305-H; 3) Proyecto UAEM 1914/2004-2; y 4) Proyecto UAEM 2343/06.

Por mi raza hablará el espíritu

AGRADECIMIENTOS

Extiendo mi más sincero reconocimiento y agradecimiento a todos aquéllos que de una u otra forma contribuyeron a mi desarrollo profesional. Gracias a Dios, por todo lo que he recibido durante mi vida, sin merecerlo, porque me ha colmado de bendiciones y por permitirme alcanzar este sueño. Especialmente, gracias a mi tutor, Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, por su tiempo y valiosa guía en la conducción de esta tesis, porque con su ejemplo de arduo trabajo y sus valiosos comentarios enriqueció mi trabajo. A mis tutoras Dra. Laura Hernández Guzmán y Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo, sinceramente gracias por ser modelos de lucha y entrega en el trabajo profesional, por su generosidad, calidad humana, apoyo y guía experta. A la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo, por el valioso tiempo que me dedicó durante los seminarios y porque sus comentarios y continuas revisiones fortalecieron mi trabajo académico día con día. A la Dra. Claudia Unikel Santoncini y al Dr. Arturo Silva Rodríguez, por su participación en el comité académico y por sus sugerencias y aportaciones. Agradezco el empeño, cuidado y dedicación que puso en mi trabajo la Dra. Georgina Alvarez Rayón. Gracias a mis compañeras y amigas, Xóchitl, Karina y Ana Olivia, por sus enseñanzas durante los seminarios y por sus valiosas aportaciones y ejemplo. A las autoridades de Centro Universitario UAEM Ecatepec, Ing. Octavio Rodríguez Moreno, Ing. Emilio Tovar Pérez y Lic. Salvador Páramo Alvarado, por su apoyo incondicional y por todas las facilidades que me otorgaron para alcanzar esta meta. Al C.P.C. Luís Alberto Madrigal Becerra, por los apoyos que la FAAPAUAEEM me otorgó a través de su conducto, los cuales sirvieron para fortalecer mi formación. A mis queridas alumnas Rosa, Jessica y Brenda por su colaboración y por su aliento continuo. A mi amado esposo, colega y mejor amigo, por la paciencia, comprensión y respeto que me brindó en los momentos de frustración, por su amor y apoyo incondicional y por todo el esfuerzo que esto implicó para él. A mis hijos José Jaime y Stephanie Priscilla, porque son mi principal fuente de inspiración, en ellos encontré el aliento en los momentos de fatiga; por el tiempo que les he robado para alcanzar este sueño, por su paciencia y espera en este largo proceso. A mis padres María de Jesús y José, que han sido una luz en mi camino, por ser ejemplo de trabajo y dedicación, pero sobre todo, porque siempre han confiado en mí, gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	
ALIMENTARIO	7
1.1. Características de los trastornos del comportamiento alimentario	7
1.2. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario	8
1.3. Complicaciones asociadas a los TCA	10
1.4. Investigaciones en México sobre TCA	11
1.5 Factores de riesgo	13
1.5.1. Factores socioculturales	14
1.5.2. Factores individuales	16
1.5.2.1. Conductas alimentarias no saludables	17
1.5.2.2. Preocupación por el peso y la figura e insatisfacción corporal	18
1.5.2.3. Autoestima	20
II. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	22
2.1. Clasificación de la prevención	22
2.2. Importancia de la prevención	23
2.3. Modelos para la elección de contenidos de los programas de prevención de los TCA	24
2.4. Evaluación de los programas de prevención primaria	26
2.5. Hallazgos de los programas de prevención primaria	46
2.5.1. Género de los participantes	46
2.5.2. Edad de los participantes	47
2.5.3. Formato de los programas	48
2.5.3.1. Programas didácticos	48
2.5.3.2. Programas interactivos	52
2.5.3.2.1. Autoestima.	52

2.5.3.2.2. Alfabetización de los medios	54
2.5.3.2.3. Enfoque cognitivo-conductual	55
2.5.3.2.4. Disonancia cognoscitiva	57
2.5.4. Duración de las intervenciones	59
2.5.5. Diseño de las intervenciones.....	59
2.5.6. Efectos de los programas	59
2.5.6.1. Efectos iatrogénicos	62
2.6. Críticas y sugerencias a los programas de prevención	64
III. SIGNIFICANCIA CLÍNICA	67
3.1. Punto límite	68
3.2. Índice de cambio confiable	69
3.3. Comparaciones normativas	71
3.4. Significancia clínica y prevención	74
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	76
IV. FASE UNO: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	
Y DISTRIBUCIONES NORMATIVAS	79
4.1. Propiedades psicométricas del ChEAT	79
Método	79
Participantes	79
Instrumentos	79
Procedimiento	80
Análisis	80
Resultados	80
4.2. Confiabilidad de las escalas y subescalas	84
Método	84
Participantes	84
Instrumentos	84

Procedimiento	86
Análisis	87
Resultados	87
4.3. Distribuciones normativas	89
Método.....	89
Participantes	89
Instrumentos	89
Variable de clasificación	89
Sintomatología de TCA.	89
Procedimiento	90
Análisis	90
Resultados	91
V. FASE DOS: ESTUDIO PILOTO	95
Objetivo	95
Método	95
Participantes	95
Descripción del programa.....	95
Procedimiento	97
Resultados	98
VI. FASE TRES: INTERVENCIÓN EN PRIMARIA	99
Hipótesis	99
Método	99
Participantes	99
Variables	100
Variable independiente	100
Intervención preventiva	100

VARIABLES DEPENDIENTES	100
Actitudes hacia la figura y el peso	100
Conductas alimentarias no saludables	101
Interiorización de los modelos estéticos corporales	101
Autoestima	101
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	102
INSTRUMENTOS	102
PROCEDIMIENTO	102
ANÁLISIS	103
Cambio estadísticamente significativo	103
Cambio clínicamente significativo	103
Índice de cambio confiable.....	104
Punto límite	104
Comparaciones normativas	104
Tamaño del efecto	104
RESULTADOS	106
Equivalencia inicial	106
Cambio estadísticamente significativo	106
Efectos de los programas por grupo	106
Actitudes hacia la figura y el peso	106
Conductas alimentarias	109
Interiorización de los modelos estéticos corporales	110
Autoestima	112

Efectos de los programas por género	113
Cambio clínicamente significativo	116
Índice de cambio confiable.....	116
Actitudes hacia la figura y el peso	116
Conductas alimentarias	118
Interiorización de los modelos estéticos corporales	118
Autoestima.....	118
Punto límite	119
Comparaciones normativas	120
Tamaño del efecto	121
VII. FASE CUATRO: INTERVENCIÓN EN SECUNDARIA	124
Hipótesis	124
Método	124
Participantes	124
Variables	125
Variable independiente	125
Intervención preventiva	125
Variables dependientes	125
Actitudes hacia la figura y el peso	125
Conductas alimentarias no saludables	125
Interiorización de los modelos estéticos corporales	126
Autoestima	126

Diseño de investigación	126
Instrumentos	126
Procedimiento	127
Análisis	127
Resultados	128
Equivalencia inicial	128
Cambio estadísticamente significativo	128
Efectos de los programas por grupo	128
Actitudes hacia la figura y el peso	128
Conductas alimentarias	130
Interiorización de los modelos estéticos corporales	131
Autoestima	134
Efectos de los programas por género	135
Cambio clínicamente significativo	138
Índice de cambio confiable.....	138
Punto límite	139
Comparaciones normativas	140
Tamaño del efecto	141
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	144
REFERENCIAS	163
ANEXOS	192

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue evaluar el efecto de un programa de prevención universal en las actitudes hacia la figura y el peso, las conductas alimentarias, la interiorización de los modelos estéticos corporales y la autoestima, usando pruebas de significancia estadística y clínica en estudiantes de primaria y secundaria. En la primera fase se analizaron las propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias. En la segunda fase se diseñó y piloteó el programa de prevención cognitivo-conductual en primaria ($N = 20$) y secundaria ($N = 20$). En la tercera fase se aplicó a 61 niñas y 59 niños de primaria de 9 a 11 años de edad; y en la cuarta fase se aplicó a 55 mujeres y 69 hombres de secundaria de 11 a 14 años de edad asignados al azar a una de tres condiciones: programa cognitivo-conductual, didáctico o control, y evaluados en la preprueba, postprueba y seguimiento a los seis meses. Los ANOVAs de medidas repetidas indicaron cambios positivos en la preocupación por la comida, motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, atracón y en la interiorización de los modelos estéticos corporales, en el grupo cognitivo-conductual de primaria, mientras que en secundaria se observaron cambios en la motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes y en la interiorización de los modelos estéticos corporales. En las pruebas de significancia clínica del grupo cognitivo-conductual de primaria, la interiorización de los modelos estéticos corporales presentó el mayor porcentaje de participantes mejorados, seguida por la insatisfacción corporal, la evitación de alimentos engordantes y la motivación para adelgazar. En el grupo didáctico de primaria, los porcentajes más importantes se presentaron en la interiorización de los modelos estéticos corporales y en la insatisfacción corporal. En secundaria, la insatisfacción corporal en el grupo cognitivo-conductual, presentó el mayor porcentaje de participantes mejorados, seguida por la interiorización de los modelos estéticos corporales, la autoestima y la motivación para adelgazar y en el grupo didáctico en la insatisfacción corporal. Las pruebas de equivalencia indicaron que las escalas tienen suficiente poder estadístico para evaluar la eficacia de las intervenciones. Los resultados apoyan el uso de programas cognitivo-conductuales con preadolescentes y adolescentes de ambos sexos.

Palabras clave: Prevención. Significancia Clínica. Trastornos del Comportamiento Alimentario.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the effect of one-universal prevention program, on attitudes toward shape and weight, eating behaviors, influence of the body aesthetic models and self-esteem, using statistical and clinical significance tests, in students of elementary and junior high school. In the first stage, psychometric properties analyses of the Children's Eating Attitudes Test were determined. In the second stage, cognitive-behavioral prevention program was designed and tested with elementary ($N = 20$) and junior high school ($N = 20$) children. In the third and fourth stages the program was applied to 61 girls and 59 elementary school children from 9 to 11-years-old and 55 women and 69 men of junior high school of 11 to 14-years-old respectively, whom were assigned randomly to one of three conditions: interactive, didactic or control group, and evaluated on pre-test, pos-test and six month-follow-up. Repeated measures ANOVAs indicated positive changes in food concern, drive for thinness, fat foods avoidance, overeating, and in the influence of the body aesthetic models, in the cognitive-behavioral group of elementary, while in junior high school changes in drive for thinness were observed. In clinical significance tests of elementary cognitive-behavioral group, the influence of the body aesthetic models presented the highest percentage of improved participants, followed by body dissatisfaction, fat foods avoidance, and drive for thinness. In elementary didactic group, the most important percentages were presented in the influence of body aesthetic models and in the body dissatisfaction. In junior high school, body dissatisfaction on cognitive-behavioral group, presented the highest percentage of improved participants, followed by influence of the body aesthetic models, self-esteem, and drive for thinness and in didactic group in the body dissatisfaction only. Equivalence tests indicated that the scales have good statistical power to evaluate interventions effectiveness. Results support the use of cognitive-behavioral programs with pre-adolescent and adolescents, both, males and females.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso en el campo de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) sobre su origen multicausal y el efecto acumulativo de diversos factores de riesgo, incluyendo genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales (Garner, 1993; Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000). Además de la idealización de la delgadez (Levine & Smolak, 2000), se han identificado otros factores potencialmente modificables, incluyendo la imagen corporal negativa (Noordenbos, 2000), la baja autoestima (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997), la motivación para adelgazar (Alvarez, 2006) y las conductas de dieta restrictiva (Austin, 2000), presentes tanto en adolescentes como en niños.

Desde finales de la década pasada, se ha señalado la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en niñas y niños mexicanos (Gómez, 1998; Gómez-Peresmitré, 1997, 1999), y estudios recientes en varones indican la presencia de mayor motivación para adelgazar y evitación de alimentos engordantes en niños que en jóvenes (Vázquez, López, Alvarez, Mancilla & Ruiz, 2006). Al mismo tiempo, en un estudio que comprendió el periodo de 1997 a 2003, se señaló un incremento en la proporción de estudiantes que reportan tres o más conductas alimentarias de riesgo, tanto en hombres de 12 a 13 años de edad como en mujeres de 18 a 19 años (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora, 2006).

La consideración de estos hallazgos y el apoyo que ha recibido la teoría de la continuidad, que señala que los TCA caen en el extremo de un continuo (Nylander, 1971, cit. en Gleaves, Brown & Warren, 2004), que va de peso corporal normal y preocupación por la comida hasta patrones alterados de alimentación, sugieren que se requieren intervenciones tempranas para interrumpir la acumulación de los factores de riesgo, con la finalidad de disminuir la probabilidad de aparición de un TCA. Al mismo tiempo, estos hallazgos sugieren la inclusión tanto de hombres como de mujeres en los programas de prevención de los TCA.

Desde principios de la década de los 90, ha despertado en el mundo un interés especial por prevenir las actitudes y conductas alimentarias de riesgo, asociadas con el inicio de los TCA. El objetivo de los programas de prevención de TCA, es detener el desarrollo de los precursores de estos trastornos o los factores que se piensa que contribuyen a su desarrollo. Esto, generalmente se traduce en intentos por modificar las prácticas alimentarias no saludables (p.e. las dietas y las purgas), las actitudes negativas

hacia la imagen corporal y el afrontamiento ante las presiones socioculturales pro-delgadez. En este sentido, se ha dado prioridad a los programas de prevención basados en las escuelas, que se han dirigido principalmente a mujeres adolescentes, ya que es bien sabido que los TCA generalmente inician entre los 14 y 18 años de edad (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999). Pocos estudios de prevención se han dirigido tanto a hombres como a mujeres adolescentes (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Gnam & Buddeberg, 1998; O'Dea & Abraham, 2000; Wilksch, Tiggemann & Wade, 2006) y menos se han dirigido a prepúberes (Dalle-Grave, De Luca & Campello, 2001; Smolak & Levine, 2001; Smolak, Levine & Schermer, 1998a, 1998b), a pesar de que: a) se ha sugerido incluir y evaluar a los hombres, debido a que ellos forman parte del ambiente social que crea y mantiene las normas de dieta no saludables y ejercen presión para la delgadez, por lo que dejarlos fuera implica ignorar su influencia potencialmente positiva para apoyar los cambios preventivos (Austin, 2000); b) ha incrementado la conciencia sobre la presión a la que los hombres y niños se someten para cambiar la figura corporal (Eliot & Wood, 2001); y c) se ha sugerido que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando previenen la aparición de conductas de dieta no saludables, que cuando se dirigen a la supresión de esas conductas (Neumark-Sztainer, Butler & Palti, 1995a). Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar y evaluar intervenciones tempranas que incluyan tanto a hombres como a mujeres preadolescentes, para interrumpir la acumulación de los factores de riesgo asociados a la aparición de un TCA.

Las investigaciones sobre prevención en esta área han utilizado tanto técnicas didácticas, basadas en proporcionar información (incluyendo temas de nutrición, imagen corporal y conductas relacionadas con los TCA), como técnicas interactivas que incluyen alfabetización de los medios, entrenamiento en solución de problemas, disonancia cognoscitiva y relajación, entre otras.

Por otro lado, los programas de prevención se han dirigido a: 1) grupos escolares intactos y han sido denominados *universales*, y 2) grupos seleccionados mediante un instrumento de tamizaje o anuncios y han sido denominados *enfocados*.

En un metaanálisis realizado por Stice y Shaw (2004), concluyeron que los programas enfocados (vs universales), interactivos (vs didácticos) y multis sesiones (vs una sesión), pueden tener más efectos positivos en los participantes. Una hipótesis explicativa sobre el efecto de las intervenciones enfocadas, se relaciona con que las

participantes están más motivadas para involucrarse en las actividades propuestas en la intervención, debido a sus preocupaciones por el peso, la figura y la alimentación (Levine & Smolak, 2006). Sin embargo, es importante continuar con los esfuerzos de prevención universal, con la finalidad de mover la distribución de la población completa (incluyendo la gran mayoría que se encuentra en la zona de riesgo moderado), a la zona de bajo riesgo (Rose, 1985), pues la etiología de los TCA es multifactorial y la mayoría de la población se ubica dentro de un riesgo moderado, mientras que una pequeña proporción cae en las zonas de alto y bajo riesgo (prevención enfocada). En este sentido, tanto la dieta restrictiva como la insatisfacción corporal son muy comunes en la sociedad actual, y se han propuesto como factores causales que pueden conducir a patologías alimentarias, por lo que la prevención universal cobra relevancia al dirigirse a estos factores y debería enfocarse en toda la población y no sólo en los subgrupos en alto riesgo.

Para evaluar la eficacia de los programas de prevención, se han utilizado tradicionalmente pruebas de significancia estadística, las cuales se ocupan de evaluar la probabilidad de cambio y no evalúan la eficacia de la intervención en términos del número de participantes que reducen los riesgos relacionados con el problema, es decir, no proporcionan datos sobre la variabilidad de los resultados, por lo que Jacobson y Truax (1991) propusieron evaluar la significancia clínica, mediante el índice de cambio confiable (ICC). Adicionalmente, se ha sugerido realizar comparaciones normativas, para determinar si las medias de los grupos son clínica y estadísticamente equivalentes (Kendall, Marrs-García, Nath & Sheldrick, 1999).

El propósito del presente estudio fue evaluar el efecto de un programa de prevención universal impartido a hombres y mujeres adolescentes y preadolescentes, sobre las actitudes hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), las conductas alimentarias (evitación de alimentos engordantes, atracón y conductas compensatorias), la interiorización de los modelos estéticos corporales y la autoestima.

Para lograr esta meta, se diseñó un programa de prevención cognitivo-conductual. Se utilizaron dos métodos para evaluar el impacto del programa de prevención (significancia clínica y significancia estadística) sobre los factores de riesgo. Se hipotetizó que en el grupo con el programa de prevención cognitivo-conductual, en comparación con los grupos didáctico y control, habría mayor reducción en las actitudes

y conductas inapropiadas relacionadas con la alimentación, la figura y el peso corporal, la interiorización de los modelos estéticos corporales y mayor autoestima.

Para cumplir este propósito, se presenta una revisión de los antecedentes del campo y los principales factores de riesgo de TCA modificables, reportados en la literatura. Se incluye una revisión de los programas de prevención universales y enfocados desarrollados en ambientes escolares, que han sido evaluados en investigaciones controladas y publicados en revistas científicas, localizados mediante una revisión sistemática realizada en PsycINFO y MedLine de 1984 a 2006. Además se presenta la metodología propuesta en este estudio para la evaluación del efecto de los programas de prevención. Los resultados presentan los hallazgos de las cuatro fases del estudio. La fase uno consistió en obtener las propiedades psicométricas y las distribuciones normativas de los instrumentos; la fase dos, de piloteo, permitió realizar los ajustes necesarios a los dos programas de prevención en cuanto a sus contenidos, duración y número de sesiones; y las fases tres y cuatro comprendieron la evaluación de la significancia estadística y clínica del efecto de los programas de prevención en primaria y secundaria respectivamente. Finalmente, se discuten los hallazgos de este trabajo.

I. ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

En este apartado se describen las características, la prevalencia, las complicaciones asociadas y las investigaciones en México sobre los TCA, con la finalidad de tener un panorama sobre los antecedentes e importancia de la prevención.

1.1. Características de los trastornos del comportamiento alimentario

Los TCA, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado ([*DSM-IV-TR*] American Psychiatric Association, 2000), se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria y se dividen en trastornos del comportamiento alimentario específicos y trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TANEs). Los específicos comprenden a la anorexia nerviosa (AN) y a la bulimia nerviosa (BN), y los TANEs incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico, por lo que pueden ser considerados como síndromes parciales.

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos. Se han identificado dos subtipos de AN: el restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin recurrir a los atracones o a las purgas; y el compulsivo/purgativo, en el que el individuo recurre regularmente a los atracones o purgas, o bien, a ambas conductas.

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Una característica esencial de ambos trastornos es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar. En la BN existen dos subtipos: a) purgativo, en el cual las personas recurren a la provocación de vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas, con el fin de evitar la ganancia de peso resultante del atracón; y b) no purgativo, en el que se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas que no sean purgativas, como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso.

Dentro de los TANEs se encuentra el trastorno por atracón (TPA), el cual se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad sin el uso regular de conductas

compensatorias inapropiadas características de la BN y destaca por su elevada frecuencia en la población general (Westenhofer, 2001).

1.2. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario

Los TCA son más comunes entre las mujeres, principalmente adolescentes, que entre los hombres (Lindberg & Hjern, 2003; Tolgyes & Nemessury, 2004; Unikel et al., 2000), con una relación de 10 a 1 (Hoek & Hoeken, 2003). Se ha estimado que la prevalencia de BN en mujeres varía de 1% a 3%, mientras que la de AN es de 0.5%, para el TPA es del 1% al 2.5% y de 1% a 2.3% para otros TANEs (Fairburn & Beglin, 1990; Hay, 1998; Hoek & Hoeken, 2003; Hsu, 1996; Rosenvinge, Sundgot & Børresen, 1999; Striegel-Moore & Franko, 2003; Włodarczyk-Bisaga & Dolan, 1996). Se estima que la prevalencia de TANEs en población no clínica es al menos del doble en comparación con los trastornos específicos (Shisslak, Crago & Estes, 1995), y casi la mitad de los pacientes de las clínicas especializadas en el tratamiento de estos trastornos, son diagnosticados como subclínicos (Fairburn et al., 2007). Aunque los TANEs no cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia o bulimia, comparten características psicológicas con estos trastornos y difieren sólo en la frecuencia o severidad de los síntomas (Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen & Martinovich, 2003). Además, los estudios indican que del 30 al 45% de quienes presentan un TANE, desarrollan el síndrome completo (Herzog, Hopkins & Burns, 1993).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, de septiembre de 2001 a mayo de 2002 entre población de 18 a 65 años de edad, se encontró una prevalencia de 0% para AN y 0.3% para BN (Medina-Mora, Borges et al., 2003; Medina-Mora, López et al., 2003), utilizando una versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta para el Diagnóstico, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la cual proporciona diagnósticos de por vida, de los últimos 12 meses y de los últimos 30 días. Otro estudio realizado con 525 estudiantes de ambos géneros, con una edad promedio de 15.52 años ($DE = 3.0$), encontró que 0.69% del subgrupo de mujeres presentaban AN y 1.74% presentaban BN. No se encontraron casos de varones con el síndrome completo. En cuanto a casos de trastorno subclínico, 6.60% de mujeres y 1.27% de hombres presentaban un TANE (Vázquez et al., 2005).

Los estudios en México han señalado un incremento en la prevalencia de BN y TANEs de 1995 al 2002. Mancilla-Díaz et al. (2007) realizaron un estudio con mujeres universitarias, utilizando entrevistas clínicas basadas en los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). En este estudio se observó, en 1995, una tasa de prevalencia de 0.1% para BN y 0.3% para TANEs, mientras que en el año 2002 fue de 0.3% y 0.8% (respectivamente), y en ambos periodos la prevalencia de AN fue del 0%.

Aunque los estudios indican un incremento en la prevalencia de los TCA (Eagles, Johnston, Hunter, Lobban & Millar, 1995; Hsu, 1996), estos hallazgos podrían deberse a los cambios sufridos en los criterios diagnósticos (Fairburn & Beglin, 1990; Lucas, Crowson, O'Fallon & Melton, 1999), al mejoramiento en los métodos e instrumentos para detectar casos, así como al estudio de diferentes tipos y tamaños de muestras (Hoek & Hoeken, 2003).

Por otro lado, a nivel internacional, se ha encontrado que la incidencia de AN es de 8 casos por 100,000 habitantes por año, mientras que la de BN es de 12 casos (Hoek & Hoeken, 2003).

Los TCA representan la consecuencia extrema de las actitudes y conductas alimentarias alteradas (Nylander, cit. en Gleaves et al., 2004). Un número importante de adolescentes reporta preocupación por el peso y síntomas de alimentación alterada, clínicamente importantes. Por ejemplo, en un estudio reciente realizado con 4,786 estudiantes de ambos géneros, con edad promedio de 14.9 años ($DE = 1.7$), se encontró que 25.12% de mujeres y 17.71% de hombres presentan alteraciones en la imagen corporal, y 16.04% de mujeres y 15.40% de hombres presentaron conductas alimentarias alteradas (Ackard, Fulkerson & Neumark-Sztainer, 2007). Otro estudio realizado por Vázquez et al. (2005) encontró que 43.75% de mujeres y 25.32% de hombres presentan interiorización del modelo estético corporal; 24.65% de mujeres y 3.80% de los hombres presentan insatisfacción corporal; respecto a las conductas compensatorias no purgativas, 17.8% de mujeres y 13.90% de hombres ayunan o realizan dieta restrictiva rígida; 10.5% de mujeres y 17.60% de hombres realizan ejercicio excesivo; es importante destacar que 2.9% de mujeres y 3.3% de hombres practican conductas compensatorias purgativas (uso de vómito, laxantes y/o diuréticos), es decir, 6.2% de la muestra de este estudio realiza prácticas compensatorias purgativas para evitar la ganancia de peso. En otro estudio realizado con

estudiantes de ambos géneros de 12 a 19 años de edad, se encontró que 29.8% de mujeres y 11.5% de hombres tienen preocupación por engordar; 8.0% de mujeres y 6.1% de hombres utilizan métodos purgativos; 14.7% de mujeres y 11.9% de hombres emplean métodos restrictivos; 5.9% de mujeres y 6.5% de hombres presentan atracones; 22.4% de mujeres y 11.0% de hombres sobreestiman su peso; y 9.6% de mujeres y 3.8% de hombres presentan por lo menos tres indicadores de riesgo (Unikel-Santoncini et al., 2006).

La prevalencia de los TANEs y su tendencia a progresar hacia el síndrome completo, al menos de una proporción de individuos, aunado a la alta proporción de la población que presenta conductas alimentarias alteradas, preocupación por el peso e insatisfacción corporal, sugiere la necesidad de realizar esfuerzos de prevención primaria al inicio de este continuo.

1.3. Complicaciones asociadas a los TCA

La prevención de los TCA es muy importante debido a las complicaciones médicas (Treasure & Szmukler, 1995), psicológicas (Freeman, 1995) y sociales (Schmidt, Tiller & Morgan, 1995) asociadas con estos trastornos. Las complicaciones médicas incluyen anomalías electrolíticas, complicaciones esqueleto-musculares, disfunciones renales, endócrinas y problemas hematológicos, entre otros (Treasure & Szmukler). Las perturbaciones psicológicas incluyen la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), observación sólo de lo negativo y descalificación de lo positivo, exageración de las imperfecciones, razonamiento emocional (tomar los sentimientos como hechos) e ideas de autoreferencia (Freeman). Las perturbaciones sociales comprenden dificultades para relacionarse con otros, disminución del interés sexual, desajuste social y aislamiento (Schmidt et al.). Estas complicaciones juegan un papel importante en el mantenimiento de los TCA, ya que aumentan el sentido de vulnerabilidad del paciente, quien requiere intensificar los intentos por lograr autocontrol y, en el caso de las pacientes con AN, las dietas se vuelven cada vez más rigurosas (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

Es importante señalar que sólo una parte de los jóvenes que padecen un TCA reciben tratamiento, ya que generalmente son los casos más difíciles los que buscan ayuda clínica (Polivy & Herman, 2002). Aunado a lo anterior, el manejo terapéutico de estos trastornos es largo, conlleva altas tasas de recaídas (Fichter & Quadflieg, 1999) y una alta

proporción de los pacientes que se recuperan, desarrollan otro TCA, o bien, presentan otros problemas importantes para su funcionamiento general (Ben-Tovim et al., 2001; Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Fitcher & Quadflieg, 1997, 1999). Además, la AN presenta la tasa más alta de mortalidad de todos los trastornos psiquiátricos y va del 5.1% al 15.6% (Crow, Praus & Thuras, 1999), con una tasa de mortalidad que es 9.6 veces superior a la esperada para la población general.

Los trastornos alimentarios se asocian con altos niveles de comorbilidad psiquiátrica: trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y suicidio (Agras, 2001; Herzog et al., 2000). También se han identificado consecuencias asociadas con los trastornos alimentarios subclínicos y con las conductas de dieta relativamente *normales*. Las deficiencias nutricionales asociadas con las conductas para controlar el peso y la alimentación pueden ser particularmente peligrosas durante los periodos de crecimiento, tal es el caso de las dietas restrictivas que realizan los niños y los adolescentes (Baranowski & Hetherington, 2001; Killen et al., 1993; Newmark-Sztainer, Wall, Story & Perry, 2003). Además de que pueden retrasar el crecimiento, las dietas restrictivas están asociadas con otros problemas, tales como el deterioro cognitivo, irritabilidad y dolores de cabeza. Estos efectos adversos, combinados con la resistencias y el costo asociado con los tratamientos para los TCA, proporcionan argumentos para pensar que la prevención primaria en esta área no sólo es necesaria, sino imperativa.

1.4. Investigaciones en México sobre TCA

El estudio de los TCA en México es relativamente reciente y las investigaciones han generado resultados en las siguientes áreas:

a) Propiedades psicométricas de instrumentos para TCA (Alvarez, 2000; Alvarez, Mancilla & Vázquez, 2000; Alvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez-Pérez, 2002; Alvarez-Rayón et al., 2004; Escoto et al., en prensa; Escoto, Mancilla & Camacho, 2008; Galán, 2004; García-García, Vázquez-Velázquez, López-Alvarenga & Arcilla-Martínez, 2003; Gómez, Acosta, Unikel & Pineda, 2005; Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Pineda, Tafoya, 2000; Mancilla, Franco, Alvarez & Vázquez, 2003; Saucedo, 2004; Unikel & Gómez-Perezmitré, 2004; Unikel, Bojórquez, Carreño & Caballero, 2006; Unikel, Juárez &

Gómez, 2006; Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela & Carreño-García, 2004; Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo & Mancilla, 2000).

b) Factores de riesgo en población comunitaria (Álvarez, Franco, Mancilla, Alvarez & López, 2000; Álvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998; Álvarez, Vázquez, López, Bosques & Mancilla, 2002; Bojorquez & Unikel, 2004; Flores & Caballero, 1999; Gómez, 1998; Gómez & Saucedo-Molina, 2004; Gómez-Peresmitré, 1993, 1997, 1999; Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001; Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998; González, Lizano & Gómez, 1999; Lora-Cortéz & Saucedo-Molina, 2006; Mancilla et al., 1999; Mendoza & Rodríguez, 2002; Rodríguez, Gómez, Olvera, Peniche & Vázquez, 2006; Román, Mancilla, Álvarez & López, 1998; Unikel et al., 2000; Unikel, Aguilar & Gómez-Peresmitré, 2005; Vázquez, et al., 2003; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002).

c) Estudios con población clínica (Caballero, Cruz, González & Unikel, 2003; Román et al., 1998).

d) Prevalencia (Mancilla et al., 2007; Medina-Mora, Borges et al., 2003; Medina-Mora, López et al., 2003; Unikel-Santoncini et al., 2006).

e) Detección de TCA en profesiones de alto riesgo (Aquino, 1998; Gómez, 1995; Unikel & Gómez-Peresmitré, 1996, 1999a, 1999b; Unikel, Mora & Gómez, 1999; Vázquez, López et al., 2000; Vázquez, Ocampo, López, Mancilla & Alvarez, 2002).

f) Aspectos familiares y TCA (Dorantes, Alvarez & Mancilla, 1998; Vázquez, Alvarez, Mancilla & Raich, 2000; Vázquez & Raich, 1997; Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez & Mancilla, 2000, 2001).

g) Rasgos de la personalidad (Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar & Alvarez-Rayón, 2005; González, Unikel, Cruz & Caballero, 2003; López, Mancilla, Alvarez & Cobos, 1997; Pineda, Gómez, Oviedo & Platas, 2006).

h) Psicoterapia (Montilla, 2001).

i) Estudios comparativos entre hombres y mujeres (Alvarez et al., 2003; Alvarez, Vázquez, López et al., 2002; Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002; Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez et al., 2005; Vázquez, Fuentes et al., 2002; Vázquez et al., 2003).

j) Estudios sobre conducta alimentaria compulsiva (Gómez-Peresmitré et al., 2002; López, Mancilla, Alvarez & Vázquez, 2003).

k) TCA e índice de masa corporal (Saucedo-Molina, Unikel-Santoncini, Villatoro-Velázquez & Fleiz-Bautista, 2003; Unikel et al., 2002).

l) Abuso de sustancias y TCA (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro & Medina-Mora, 2001).

m) Estudios sobre continuidad en los TCA (Unikel & Gómez-Peresmitré, 1999a).

n) Estudios sobre prevención dirigidos a población en riesgo de desarrollar un TCA (Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006).

ñ) Estudios con varones (Vázquez et al., 2006).

o) Estudios transculturales (Acosta, Llopis, Gómez & Pineda, 2005; Caballero, Sunday & Halmi, 2003; Gómez & Acosta, 2002; Gómez-Peresmitré & Acosta, 2005; Raich et al., 2001; Toro, et al., 2006).

p) Estudios con población semiurbana (Bojorquez & Unikel, 2004).

q) Psicobiología de la alimentación (Mancilla, Escartín, López & Camacho, 2006).

r) Neuropsicología de los TCA (Camacho & Escoto, 2008; Camacho, Escoto, Mancilla-Díaz & Aizpuru, 2007).

Entre los resultados más importantes para esta revisión, destacan los factores de riesgo encontrados en México tales como la insatisfacción corporal, el miedo a madurar y a engordar, la presión social percibida, la baja autoestima, la motivación para adelgazar, la ineficacia y la desconfianza interpersonal (Mancilla et al., 1999; Mancilla, Gómez-Peresmitré et al., 2006).

1.5. Factores de riesgo

Los factores a los que se han dirigido los programas de prevención en ambientes escolares, incluyen aquéllos que juegan un papel etiológico en el desarrollo de alteraciones alimentarias, que son susceptibles de cambio y que pueden abordarse en ambientes escolares. La etiología de los TCA es multifactorial e incluye la combinación de diversos factores de riesgo (Garner, 1993, 1997), que difieren en especificidad y naturaleza. En cuanto a su especificidad, algunos son generales (se encuentran presentes en otros trastornos mentales), tales como el abuso sexual infantil y/o tener padres con algún

trastorno mental, el ser mujer, la adolescencia, etc. y otros son específicos para los TCA. Además, existe consenso sobre el efecto acumulativo de diversos factores de riesgo (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000) que incluyen factores genéticos (vulnerabilidad genética), psicológicos (imagen corporal), familiares (comentarios negativos sobre el peso y figura) y socioculturales (idealización de la delgadez).

Para comprender el desarrollo de los TCA, Alvarez (2006) presenta un modelo de factores de riesgo. El primer camino comienza con la influencia de la publicidad que conduce a la insatisfacción corporal, la cual es un factor de riesgo para la motivación para adelgazar que puede conducir a la restricción en la alimentación o a sentimientos negativos posteriores al atracón; a su vez, la restricción alimentaria conduce a la preocupación por la comida y al atracón. Adicionalmente, Unikel et al. (2005) presentan un modelo en el que la insatisfacción corporal es el factor más estrechamente relacionado con la patología alimentaria.

A continuación se describen algunos factores de riesgo que han sido ampliamente documentados en la literatura, como elementos involucrados en la etiología de los TCA y que por su naturaleza son potencialmente modificables en un programa de prevención basado en las escuelas, dirigido específicamente a los estudiantes.

1.5.1. Factores socioculturales

El papel de los factores de riesgo socioculturales se deriva de algunos estudios prospectivos (Stice, 2002; Tyrka, Waldron, Graber & Brooks-Gunn, 2002) y retrospectivos (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). Las investigaciones frecuentemente han señalado que la exposición a los medios de comunicación que idealizan la delgadez, contribuye a que las mujeres puedan desarrollar una preocupación excesiva por la apariencia física, insatisfacción corporal y restricción en la dieta (Alvarez, 2006; Dunkley, Wertheim & Paxton, 2001; Martínez et al., 2003; McAllister & Caltabiano, 1994; McCabe & Ricciardelli, 2001).

En el caso de los varones, las investigaciones han señalado menor prevalencia de obsesión por la delgadez que en las mujeres, excepto en el caso de varones que necesitan ser ligeros para propósitos específicos (p. e. nadadores, corredores y luchadores), sin embargo, la figura socialmente deseable en los hombres, enfatiza la masa muscular y el

volumen físico, a lo que los investigadores se refieren como figura mesomórfica (McCreary & Sasse, 2000), lo cual se refleja en el deseo de ser más corpulentos, conforme incrementa la edad (Gómez-Peresmitré et al., 2001).

Las imágenes de los medios pueden dañar a los niños y adolescentes, y provocar en ellos problemas alimentarios, debido a que los mensajes son interiorizados y usados como fuente de información para cambiar la apariencia física, de tal modo que la influencia que ejercen los medios explica del 25 al 40% de la varianza de la alimentación alterada (Levine & Smolak, 2000). Además, la interiorización de los modelos estéticos corporales “muy delgados”, tanto en los hombres como en las mujeres, ha sido asociada con la presencia de sintomatología de TCA o de conductas de riesgo relacionadas con éstos (Vázquez, Fuentes et al., 2002).

Polivy y Herman (1987) han propuesto tres explicaciones para la preferencia de un físico delgado, particularmente en las mujeres: la primera se enfoca en la estética del físico, en donde las mujeres delgadas son vistas como más hermosas y, consecuentemente, de mayor atractivo sexual; la segunda enfatiza la creencia de que los atributos físicos se asocian con poder, estatus social, éxito y salud; finalmente, la tercera explicación, refleja la clase de autocontrol que, presumiblemente, se requiere para lograr y mantener la delgadez.

Por otro lado, el sobrepeso se percibe como nocivo para la salud, tanto física como psicológica (vergüenza e inseguridad), y se relaciona con la antitesis de la belleza, con descuido, falta de disciplina y flojera (Ansari, 1994; Mc Carthy, 1990; Unikel, Mora et al., 1999). Desde esta perspectiva, existe una alta estigmatización respecto al sobrepeso y la obesidad, con la consecuente idealización de la delgadez (Alvarez et al., 1998).

Además, los estudios comparativos entre diferentes culturas, realizados con mujeres de 11 a 12 y de 17 a 18 años de edad, han señalado diferencias claras en los modelos estéticos corporales, específicamente en partes del cuerpo como las caderas, nalgas y piernas. Mientras las mexicanas quieren incrementarlas, las españolas desean reducir estas partes del cuerpo (Toro et al., 2006).

La interiorización de los modelos estéticos corporales ha sido propuesta para explicar la etiología de los TCA (Alvarez, 2006), e incluso distingue a los grupos con el trastorno de los grupos que no lo presentan (Mancilla et al., 1999; Vázquez et al., 2001), además de que repercute en la insatisfacción corporal (Vázquez et al.) y en la preocupación por el peso,

que también ha mostrado estar asociada con el inicio de la sintomatología de TCA (Killen et al., 1996). Sin embargo, el hecho de que una persona se evalúe a sí misma en un extremo patológico, no depende solamente de las influencias socioculturales, sino de la conjunción de otros factores de riesgo como las habilidades para resistirse a las presiones socioculturales (Smolak et al., 1998a), la capacidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias y la necesidad de control (Fairburn, Shafran et al., 1999).

El desarrollo físico normal puede ser visto por las adolescentes como indeseable, debido a que las normas socioculturales tienen una influencia importante en la autoaceptación. Conforme los cuerpos de las adolescentes se desarrollan y cambian, tanto el automonitoreo como la comparación de sus cuerpos con los de otros, así como la presión y el fastidio de los compañeros, influyen en su autoaceptación. De este modo, es necesario hacer esfuerzos para que los cambios corporales se vean como normales y positivos. Los programas de prevención pueden dirigirse a incrementar la comprensión de los adolescentes sobre el rol que juegan los factores socioculturales en la imagen corporal e incluir actividades en las que examinen críticamente dichas normas sociales. Por otro lado, es improbable que ocurran mejoras significativas en la imagen corporal sin una modificación de las normas sociales, que acepten un amplio rango de tallas y figuras corporales. Así, los programas de prevención dirigidos a cambiar tanto los determinantes individuales como ambientales de la imagen corporal, suponen la inclusión de varones en los programas de prevención para cambiar los determinantes sociales.

1.5.2. Factores individuales

Los factores individuales de riesgo incluyen el perfeccionismo, el cual es un antecedente frecuentemente mencionado para la AN (Fairburn, Cooper et al., 1999; Fairburn et al., 1997), sin embargo, Franco-Paredes et al. (2005) realizaron una revisión de la literatura, en la que encontraron, para el caso de México, que los individuos con AN y BN no muestran niveles significativamente diferentes de perfeccionismo, en comparación con los sujetos control. De acuerdo con estos autores, es posible que los instrumentos midan distintos aspectos del perfeccionismo. Por otro lado, otros factores de riesgo individual, también incluyen las conductas alimentarias no saludables, la insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima.

1.5.2.1. Conductas alimentarias no saludables: dieta restrictiva, atracón y conductas compensatorias

Los intentos por perder peso son una práctica normativa en la población (Austin, 2000), que pueden provocar daños en la fisiología del organismo y conducir a patrones alimentarios alterados. Esta práctica aumenta el riesgo de desarrollar actitudes y conductas alimentarias anormales (Lindberg & Hjern, 2003) que promueven y mantienen los TCA (Fairburn, Shafran et al., 1999) y particularmente los atracones (Polivy, 1996; Polivy, Zeitlin, Herman & Beal, 1994). En este sentido, la restricción alimentaria es una conducta que subyace al desarrollo de los síntomas de TCA (Polivy et al.) y la pérdida de peso que conlleva, proporciona un sentido de control (Fairburn, Shafran et al.) en una etapa del desarrollo (adolescencia) en la que el control y la autonomía son sumamente importantes (Seiffge-Krenke, 1998). Este sentimiento de control, perpetúa la dieta y mantiene la inanición en la AN (Fairburn, Shafran et al.) y los atracones en la BN (French, Story, Downes, Resnick & Blum, 1995; Neumark-Sztainer et al., 1995b; Polivy, 1996).

Los estudios sobre conductas alimentarias de riesgo y dieta restrictiva han incluido tanto a varones como a mujeres de 7 a 13 años de edad, y han utilizado instrumentos de autoinforme como el Test de Actitudes Alimentarias en su versión para niños ([ChEAT] Maloney, McGuire & Daniels, 1988). Por ejemplo, Maloney, McGuire, Daniels y Specker (1989) encontraron que 6.9% de los participantes obtuvieron puntuaciones mayores o iguales a 20 en el ChEAT y el 45% desean ser más delgados, además el 37% señalaron que habían tratado de perder peso, mediante ejercicio o restringiendo el consumo de calorías. Por otro lado, las conductas de dieta en niñas de 5 a 9 años de edad, también han sido reportadas por Krahnstoever, Markey y Birch (2003), quienes encontraron que el 14% de las niñas de 9 años habían hecho dieta para perder peso. Otros autores también han ubicado el inicio de las dietas restrictivas entre los 9 y los 11 años (Austin, 2001; Gómez-Perezmitré & Ávila, 1998; Horm & Anderson, 1993; Mellin, Irwin & Scully, 1992), y sufren un considerable aumento durante la transición hacia la escuela secundaria (Richards, Casper & Larson, 1990).

Los mecanismos precisos a través de los cuales la dieta restrictiva conduce a los individuos vulnerables a desarrollar el trastorno, no han sido bien establecidos, aunque es evidente que sólo una minoría de los que hacen dieta desarrolla un TCA específico. En este

sentido, se ha sugerido que la restricción alimentaria puede ser una forma de afrontamiento por parte de algunas personas para solucionar sus problemas de identidad y de falta de control (Polivy & Herman, 2002). Las dietas *normales* se asocian con deficiencias nutricionales provocadas por las conductas no saludables para controlar la ganancia de peso, particularmente durante los períodos de crecimiento, especialmente durante la niñez y la adolescencia (Wood, Becker & Thompson, 1996). Además de la posibilidad de retardar el crecimiento, la dieta restrictiva se asocia con problemas como el deterioro cognoscitivo, irritabilidad y dolores de cabeza (Levine & Smolak, 2000). Estos efectos adversos, combinados con la resistencia y al alto costo asociado con el tratamiento de los TCA, brindan apoyo para el desarrollo de programas de prevención primaria.

Las conductas compensatorias inapropiadas han sido reportadas en participantes varones y mujeres de edades comprendidas entre los 7 y 13 años de edad. Por ejemplo, Maloney et al. (1989) indicaron cifras de 0.7% de niños y 1.8% de niñas que vomitan para controlar la ganancia de peso; además, encontraron que 10% de los participantes presentaban atracones de comida.

Es importante la prevención temprana con niños y adolescentes, debido a que las conductas alimentarias alteradas (p.e. la restricción alimentaria, las conductas compensatorias y el atracón) pueden provocar efectos potencialmente irreversibles en el crecimiento, así como en el desarrollo físico y psicológico de quienes las presentan (Levine & Smolak, 2000).

1.5.2.2. Preocupación por el peso y la figura e insatisfacción corporal

La imagen corporal es un constructo multidimensional (Waller & Hodgson, 1996). Es una representación del cuerpo (realista o no) que se construye mediante la observación de uno mismo, las reacciones de otros y de la interacción entre actitudes, emociones, fantasías, recuerdos y experiencias (Seiffge-Krenke, 1998). En los TCA se han identificado al menos dos disfunciones de la imagen corporal: una perceptual, que implica la distorsión del tamaño del cuerpo, y otra cognitiva (subjetiva), que implica la valoración del cuerpo en términos de insatisfacción (Thompson, 2001).

Aunque la preocupación moderada por la figura y el peso corporal se encuentra presente de manera generalizada entre las adolescentes (Imm & Pruitt, 1991), la

preocupación extrema es una característica central para el diagnóstico de un TCA, y se ha encontrado una asociación entre la insatisfacción corporal y el desarrollo de alteraciones alimentarias, que podrían estar involucradas en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios clínicos (Alvarez, 2006; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987; Unikel et al., 2005). Más aún, en un estudio prospectivo, la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal a los 5 años, predijeron la restricción en la dieta en niñas de 9 años (Krahnstoeber et al., 2003).

Otro estudio encontró que las niñas preadolescentes delgadas tienden a sobrestimar su figura corporal, y las que tienen sobrepeso a subestimarla (Gómez-Peresmitré, 1999). Por otro lado, se ha reportado que las mujeres de secundaria y preparatoria, están significativamente más insatisfechas con sus cuerpos que las de primaria (Adams, Katz, Beaucham, Cohen & Zavis, 1993), lo que ha conducido a pensar que la insatisfacción tiende a incrementar con la edad.

A su vez, la insatisfacción corporal aumenta las probabilidades de recurrir a la restricción alimentaria (Berry & Howe, 2000; Cattarin & Thompson, 1994; Dunkley et al., 2001) y predice la severidad de los problemas alimentarios (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986, 1989), sin embargo, la insatisfacción no es suficiente para explicar por qué algunas personas desarrollan el trastorno y otras no. Se ha sugerido entonces que los adolescentes pueden enfocarse en su peso y su figura como una manera de responder a sus problemas de identidad y control, de tal modo que algunas mujeres intentan lograr un cuerpo perfecto como una meta existencial, como una forma de dar significado y coherencia a sus vidas, como una forma de llenarse emocionalmente, creyendo que así solucionarán su sufrimiento, confusión y falta de adecuación (Polivy & Herman, 2002).

Tradicionalmente la insatisfacción corporal ha sido asociada con el deseo de ser delgada y es vista como un problema más importante en las mujeres en comparación con los hombres. Un estudio reciente de Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez-Delgado (2004) encontró que las mujeres tiene 7 veces mas riesgo de insatisfacción corporal patológica que los hombres. Los estudios indican que del 46 al 55% de niñas y del 26 al 35% de niños están insatisfechos con su peso (Gómez-Peresmitré, 1997; Maloney et al., 1989; Thomas, Ricciardelli & Williams, 2000; Wood et al., 1996). Se

ha encontrado que 25% de mujeres y 4% de hombres están insatisfechos con su figura corporal (Vázquez et al., 2005).

Otro estudio informó que el 46% de niñas y 26% de niños piensan en estar más delgados (Thomas et al., 2000), sin embargo, la insatisfacción corporal en hombres es un área nueva y se empieza a reconocer que los hombres también experimentan insatisfacción corporal (Drummond, 2006).

La insatisfacción corporal en hombres y mujeres es compleja, y se manifiesta de manera diferencial en las conductas de pérdida de peso y en el ejercicio, en la alimentación alterada, la interacción con el humor, las influencias socioculturales y en las creencias estereotipadas sobre la talla y la figura.

Como se ha señalado, la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso y la figura se han asociado con alteraciones alimentarias moderadas y severas, por lo que deben ser atendidas en los programas de prevención.

1.5.2.3. Autoestima

La autoestima puede ser definida como el sentido de agrado y autoaceptación que resulta de la evaluación que las personas hacen de sí mismas sobre el atractivo, la competencia y su habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones (Pope, McHayle & Craighead, 1988). La baja autoestima puede conducir a distintos trastornos (Fairburn et al., 1997), incluyendo los TCA (Berry & Howe, 2000; Geller et al., 1998; Striegel-Moore, 1997), principalmente en las mujeres que ponen mayor énfasis en las características externas y en la opinión de los demás (Seiffge-Krenke, 1998).

Se ha señalado que en pacientes con TCA, la autoestima baja dificulta el tratamiento (Hesse-Biber & Marino, 1991), mientras que las mujeres recuperadas de BN han reportado un incremento en la autoestima (Troop, Murphy, Bramon & Treasure, 2000), por lo que se ha planteado que si la autoestima depende de la validación social hecha por los individuos en relación al medio que los rodea (Pyszczynski, Solomon, Greemberg & Arndt, 2004), entonces el rechazo percibido puede causar una disminución en la autoestima y un incremento de las conductas desadaptativas (Polivy & Herman, 2002). Por otro lado, las personas que sobrevaloran la figura y el peso corporal e igualan su valor en términos de su apariencia corporal, dan mayor importancia al control de la alimentación y el peso (Cooper

& Fairburn, 1993), por lo que las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia y el peso, están mediadas por la baja autoestima (Mejiboom, Jansen, Kampman & Schouten, 1999).

Los hallazgos hasta aquí presentados sugieren que los programas de prevención de los TCA basados en las escuelas, podrían enfocarse (considerando las características de la etapa del desarrollo del adolescente) en temas como el afrontamiento de las presiones socioculturales para la delgadez (Dunkley et al., 2001), la crítica de la idealización de la delgadez (Cattarin & Thompson, 1994; Lunner et al., 2000), la aceptación del propio cuerpo e imagen corporal (Striegel-Moore et al., 1986, 1989), la promoción de conductas alimentarias saludables y la autoestima (Austin, 2001; Holston & Cashwell, 2000; Killen et al., 1987; Linderman, 1994). Otros factores de riesgo, tales como una historia personal de TCA, alcoholismo, obesidad (Fairburn, Cooper et al., 1999) y diferentes variables distales (por ejemplo, tener padres con trastornos mentales, abuso sexual infantil y experiencias adversas con los padres), no pueden ser abordadas mediante un programa de prevención en ambientes escolares.

Tanto las actitudes como las conductas alimentarias alteradas tienen repercusiones importantes en las personas. Por ejemplo, la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias alteradas en las mujeres adolescentes se asocian con problemas médicos y mentales, tales como síntomas depresivos (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006; Stice & Bearman, 2001), baja autoestima (Paxton et al.) y conductas no saludables para perder peso (Stice, 2002). Por otro lado, las actitudes y conductas alimentarias alteradas se asocian al inicio de los TCA clínicos (Killen et al., 1996; Stice, 2002). Adicionalmente, el uso de conductas extremas para perder peso es un factor de riesgo prospectivo para la aparición de los TCA clínicos (Neumark-Sztainer et al., 2006).

II. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los hechos descritos en los apartados anteriores, han estimulado el interés de los investigadores por desarrollar y evaluar empíricamente intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de desarrollar un TCA y/o aumentar los factores de protección. Desafortunadamente, los intentos de prevención de los TCA han sido poco exitosos, lo que ha conducido a algunos a sugerir que se abandonen tales esfuerzos. Sin embargo, debido a las graves consecuencias de estos trastornos, así como a la alta prevalencia de actitudes y conductas alimentarias alteradas asociadas con ellos, el abandono de la investigación sobre prevención es prematuro e inadmisibles. En este apartado intentamos clarificar algunos temas conceptuales importantes antes de realizar una revisión sobre las consideraciones teóricas y metodológicas que necesitan ser abordadas para mejorar la investigación sobre prevención de TCA.

2.1. Clasificación de la prevención

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en la reducción de los factores de riesgo y en el incremento de los factores de protección asociados con la enfermedad mental, y queda comprendida dentro del campo de promoción de la salud mental (World Health Organization [WHO, por sus siglas en inglés], 2004). Desde esta perspectiva, prevención no sólo significa evitar que se presenten las condiciones asociadas con la ocurrencia futura de problemas, sino preservar el bienestar general (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995), fortaleciendo las defensas de los individuos contra los agentes causales, tales como la representación no realista de la figura corporal en los medios y las conductas alimentarias inapropiadas, con la finalidad de disminuir la probabilidad de que se presenten las actitudes y conductas alimentarias alteradas, las cuales aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA (Ricciardelli & McCabe, 2001). A partir de la clasificación de la prevención de enfermedades físicas, propuesta por Gordon (1983), Mrazek y Haggerty (1994) definieron tres dominios de la prevención de los trastornos mentales: 1) *prevención primaria*, la cual busca disminuir la incidencia o número de nuevos casos de un trastorno o enfermedad en la población, detectando y neutralizando las condiciones que favorecen la aparición del trastorno; 2) *prevención secundaria*, que busca

disminuir la tasa de casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia), para evitar la cronicidad y la aparición de secuelas; y 3) *prevención terciaria*, que busca disminuir la incapacidad o deterioro asociado con un trastorno diagnosticado, procurando reducir el deterioro en el funcionamiento (secuelas) y el daño, recobrando la persona la posibilidad de su reintegración.

La prevención primaria (Gordon, 1983; WHO, 2004) comprende: 1) *prevención universal*, que se dirige a muestras comunitarias en las que el riesgo potencial no ha sido identificado (p.e. para el caso particular de los TCA incluye estudios dirigidos a hombres y mujeres de primaria o secundaria, menores a 13 años de edad; Seiffge-Krenke, 1998; Steiner et al., 2003); 2) *prevención selectiva*, que se dirige a individuos o subgrupos de la población, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente superior al promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológicos o sociales (p.e. mujeres de preparatoria y universitarias, gimnastas, estudiantes de ballet o danza; Cororve, Warren, Cepeda-Benito & Gleaves, 2006); y 3) *prevención indicada*, que se dirige a personas en alto riesgo que son identificadas porque tienen signos mínimos pero detectables o indicadores que los predisponen para un TCA, pero no cumplen los criterios diagnósticos al momento de la evaluación. Esta categoría incluye estudios en los que los participantes fueron tamizados para su inclusión y presentaron puntuaciones altas en preocupación por la imagen corporal y/o el peso y la figura, historia de dieta previa, o personas que estaban automotivadas para participar en un estudio sobre imagen corporal (Cororve et al.).

2.2. Importancia de la prevención

La prevención primaria de los TCA es muy importante debido a los costos físicos, emocionales y económicos de estos trastornos (Smolak & Levine, 1994). Las complicaciones médicas incluyen alteraciones metabólicas, gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas, renales, hematológicas, musculoesqueléticas y endócrinas (Treasure & Szmukler, 1995). Además, como ya se mencionó antes, la AN presenta una de las tasas más altas de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos (Crow et al., 1999), las tasas de recaídas son altas (Fichter & Quadflieg, 1999) y la obsesión por la delgadez es un problema de salud pública que amenaza la vida de muchas personas.

Un número importante de personas que no cumplen los criterios para un TCA, se involucran en patrones alimentarios alterados, en varios niveles subclínicos. Aunque las personas con TCA son perfeccionistas, tienen baja autoestima, miedo a fracasar, necesidad de logro y miedo a madurar, muchas personas -en varios puntos dentro de un continuo- presentan preocupaciones y conductas similares, incluyendo altos niveles de dieta, atracón, insatisfacción corporal, miedo a ganar peso, alteración de la imagen corporal, sentimientos de ineficacia, labilidad emocional, ansiedad y soledad (Polivy & Herman, 1987).

Por lo anterior, la prevención universal es importante ya que pretende disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección, fortaleciendo las defensas de los individuos contra los agentes causales (Ben-Tovim et al., 2001), con la finalidad de disminuir la probabilidad de que se presenten las actitudes y conductas alimentarias alteradas, las cuales aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA (Ricciardelli & McCabe, 2001). Es importante la intervención temprana con niños y preadolescentes, debido a que las conductas alimentarias alteradas (p.e. la restricción alimentaria, las conductas compensatorias y el atracón) pueden provocar efectos potencialmente irreversibles en el crecimiento, así como en el desarrollo físico y psicológico de quienes las presentan (Levine & Smolak, 2000).

2.3. Modelos para la elección de contenidos de los programas de prevención de los TCA

Dos modelos han dominado la elección de los contenidos de los programas de prevención basados en las escuelas (Levine & Piran, 2001): el modelo de vías específicas para el desarrollo de los TCA y el modelo de vulnerabilidad a los estresores no específicos (Tabla 1). El primero plantea que eliminando los factores de riesgo específicos para los TCA, se puede reducir la incidencia de estos trastornos (Killen et al., 1993), y enfatiza el papel y los determinantes de la imagen negativa del cuerpo, la preocupación por la figura y el peso, la dieta restrictiva e incluso el afecto negativo. El segundo modelo supone que los esfuerzos de prevención no deben concentrarse en los factores específicos de riesgo, sino en ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades para afrontar los eventos estresantes de la vida. En la práctica, se ha utilizado una combinación de componentes derivados de los dos modelos.

Tabla 1. Modelos de prevención de los TCA (Levine & Piran, 2001).

Modelo	Características
Modelo de vías específicas para la enfermedad.	<p data-bbox="399 359 1105 388">Nutrición y ejercicio para el control saludable del peso.</p> <p data-bbox="399 415 1008 445">Peligros de la restricción de calorías en la dieta.</p> <p data-bbox="399 472 1399 552">Estrategias individuales para analizar y resistirse a los factores culturales, tales como las críticas relacionadas con el peso corporal.</p> <p data-bbox="399 579 837 609">Naturaleza y peligros de los TCA.</p> <p data-bbox="399 636 1399 772">Factores del desarrollo tales como la ganancia de peso durante la pubertad, en el contexto de una cultura que idealiza la delgadez y rechaza la gordura o el sobrepeso.</p>
Modelo de vulnerabilidad a los estresores no específicos.	<p data-bbox="399 856 1206 886">Nutrición y ejercicio como parte de un estilo de vida saludable.</p> <p data-bbox="399 913 1268 942">Habilidades tales como relajación, asertividad y toma de decisiones.</p> <p data-bbox="399 970 1369 999">Pensamiento crítico sobre el significado y la construcción social del género.</p> <p data-bbox="399 1026 1192 1056">Aumento de la autoestima global y el sentido de competencia.</p>
Características compartidas por ambos modelos.	<p data-bbox="399 1136 1105 1165">Promoción de la diversidad natural del peso y la figura.</p> <p data-bbox="399 1192 1097 1222">Énfasis en los factores del desarrollo y socioculturales.</p> <p data-bbox="399 1249 1399 1329">Valor de la alfabetización cultural (comprensión crítica y resistencia a los mensajes no saludables de los medios).</p> <p data-bbox="399 1356 1399 1436">Promoción de habilidades para fortalecer a los individuos en contra de los factores potenciales que contribuyen al desarrollo de los TCA.</p>

Levine y Smolak (2000) consideran que se deben incluir temas que favorezcan un desarrollo social y cognitivo adecuado en los niños, tales como el aumento normal de la grasa corporal durante la pubertad, las necesidades nutricionales de los niños y adolescentes que desean ser fuertes en los deportes, el desarrollo de competencias no centradas en la apariencia física como medida del valor de las personas, la injusticia de los prejuicios sobre el peso, la figura, la raza y el género, e incluir historias de la vida de hombres y mujeres (de diferentes figuras corporales) interesantes, felices y con una vida que tiene sentido.

2.4. Evaluación de los programas de prevención primaria

Muchos estudios de prevención de TCA han sido publicados en años recientes y existe un gran cúmulo de conocimientos que puede ayudarnos en el futuro a desarrollar programas de prevención exitosos, a partir de las lecciones aprendidas de estas aproximaciones. Esto incluye la modificación de los factores que podrían contribuir al aparente fracaso, así como la retención de los factores comprometidos en las aproximaciones más exitosas. Este apartado presenta una revisión de los programas de prevención de TCA desarrollados en ambientes escolares, que evalúan empíricamente una intervención dirigida a reducir el riesgo de desarrollar un TCA y/o aumentar los factores de protección. Los estudios considerados relevantes para este análisis fueron: a) impartidos a muestras no clínicas; b) publicados en revistas científicas; c) estudios de prevención primaria (universales, selectivos o indicados); d) estudios experimentales (en los que se asignaron al azar a los estudiantes a los programas de intervención, a una lista de espera o a un grupo control), así como estudios que utilizaron un diseño cuasiexperimental (sin asignación al azar de los participantes); y e) estudios con preprueba y postprueba. Para localizar los estudios, se realizó una búsqueda en PsycINFO y MedLine de 1984 a julio de 2007, utilizando las palabras clave *eating disorders* combinada con *prevention* y *preventive*. Adicionalmente se revisaron las listas de referencias de los estudios obtenidos de la búsqueda computarizada, para localizar otros estudios relevantes. Estos criterios fueron cumplidos por 71 estudios. Se describen y comparan los resultados de 9 programas universales (Tabla 2), 34 programas selectivos (Tabla 3) y 28 indicados (Tabla 4), desarrollados en Alemania, Australia, Canadá, Escocia, Estados Unidos, Gran Bretaña, Grecia, Israel, Italia, México, Suecia y Suiza.

Tabla 2. Descripción de los programas de prevención universal.

Estudio	No. Participantes Intervención. Control.	Edad promedio y rango.	No. de sesiones y duración de cada una (min)	Seguimiento (meses)	Asignación al azar de los participantes	Grupo control	Enfoque	Contenido	Conocimientos	Motivación para adelgazar	Insatisfacción corporal	Preocupación por el peso y la figura	Conductas compensatorias	Atracción	Restricción alimentaria	Ejercicio	Hábitos alimentarios	Interiorización de la delgadez	Autoestima	Afecto negativo
Smolak et al. (1998a). <i>Eating Smart, Eating for Me.</i> E. U.	I y C 120M 102 H	10.0 (9 a 10)	10 (50)	4	No	Si	D	Nutrición (pirámide alimentaria y alimentación saludable). Control de peso y ejercicio saludable. Diversidad de figuras corporales. Crítica a los mensajes de los medios.	Si	*	No	Si	*	*	*	No	No	*	*	*
Irving (2000). <i>Puppet Program.</i> Canadá.	I 197 M y H	- (-)	1 (25- 45)	0	No	No	D	Aceptación del tamaño del cuerpo. Dietas y estrés emocional. Diversidad corporal. Ser un buen amigo. Presión de la familia y los compañeros.	Si	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Kater, Rohwer y Levine (2000). <i>Healthy Body Image: Teaching Kids to Eat and Love their Bodies too.</i> E. U.	I 222 M y H	- (-)	10 (-)	0	No	No	D	Ganancia de peso normal durante el desarrollo puberal. Diversidad genética del peso y la figura. Efectos nocivos de la restricción alimentaria. Desarrollo de intereses y competencias, no basados en la apariencia. Resistencia a la presión sociocultural para la delgadez.	Si	*	Si	Si	*	*	*	*	*	*	*	*
O'Dea y Abraham (2000). <i>Everybody's Different.</i> Australia.	I 169 M 106 H C 128 M 67 H	12.9 M 13.0 H	9 (50- 80)	12	No	Si	In	Manejo del estrés. Estereotipos sociales. Autoevaluación positiva. Habilidades de relación y de comunicación.	*	No	*	*	No	No	E	*	*	*	*	No

Continúa en la siguiente página

Dalle-Grave et al. (2001). <i>Cognitivo-conductual</i> . Italia.	I 32 M 23 H C 29 M 22 H	11.6 (11 a 12)	8 (120)	6 y 12	No	Si	In	Presiones socioculturales para la delgadez y la belleza. Distorsiones cognoscitivas que pueden predisponer a los TCA. Efectos físicos y fisiológicos de las dietas. Reducir la importancia de la figura y el peso corporal en la autoevaluación, aceptando los cambios biológicos naturales de la pubertad. Desarrollo de una filosofía de vida basada en la autoaceptación. Mantenimiento de una alimentación y un estilo de vida saludables. Crear una cultura de evitación de restricción alimentaria y de cuestionamiento de los mensajes de los medios sobre la delgadez y la belleza.	Si	Si	No	No	*	*	No	*	*	*	No	*
Smolak y Levine (2001). <i>Eating Smart, Eating for Me</i> . E. U.	I y C 252 M 248 H	- (11 a 13)	10 (50)	24	No	Si	D	Ver Smolak et al. (1998a).	Si	No	No	No	*	*	*	No	*	No	No	No
Varnado-Sullivan et al. (2001). <i>The Body Logic Program</i> . E. U.	I y C 157 M 130 H	12.0 (12 a 13)	3 (-)	3	No	Si	In	Imagen positiva y negativa del cuerpo. Definición de imagen corporal. Presiones socioculturales hacia la delgadez. Relación entre imagen y autoestima. Mitos sobre la maleabilidad del cuerpo. Habilidades de afrontamiento a las presiones socioculturales. Impacto de la pubertad en la autoimagen y la autoestima. Nutrición y ejercicio.	*	Si	*	*	*	*	*	*	Si	Si	*	Si

Continuación

Ghaderi, Mårtensson y Schwan (2005). <i>Everybody's Different.</i> Suecia.	I 95 M y H C 58 M y H	11.0 (-)	9 (50 a 80)	0	No	Si	D	Ver O'Dea y Abraham (2000).	*	*	No	No	*	*	No	*	*	*	No	No
McVey, Tweed y Blackmore (2007). <i>Healthy Schools-Healthy Kids.</i> Canadá.	I 318 M y H C 369 M y H	11.3 (-)	8 me- ses	6	No	Si	In	Alfabetización de los medios Formas para promover la autoestima y la imagen corporal. Variabilidad individual en la talla y la figura corporal y la teoría del set-point. Formas de promover una alimentación no basada en las dietas. Vida activa Desarrollo de técnicas para el manejo del estrés. Habilidades para relacionarse.	*	*	No	*	No	*	*	*	Si	Si	*	*

M = mujeres; H = hombres; I = grupo con intervención; C = Grupo control; D = didáctico; In = interactivo; - = no se reportan datos; * = el resultado no fue examinado en el estudio; E = empeoramiento; No = no hubo cambios; Si = si hubo cambios.

Tabla 3. Descripción de los programas de prevención selectiva.

Estudio	No. Participantes Intervención. Control.	Edad promedio y rango.	No. de sesiones y duración de cada una (min)	Seguimiento (meses)	Asignación al azar de los participantes	Grupo control	Enfoque	Contenido	Conocimientos	Motivación para adelgazar	Insatisfacción corporal	Preocupación por el peso y la figura	Conductas compensatorias	Atracón	Restricción alimentaria	Ejercicio	Hábitos alimentarios	Interiorización de la delgadez	Autoestima	Afecto negativo
Killen et al. (1993). <i>Healthy Weight Regulation</i> . E. U.	I 400 M C 438 M	12.4 (11 a 13)	18 (50)	7, 14 y 24	No	Si	D	Efectos nocivos de la regulación no saludable de peso. Nutrición y ejercicio en la regulación saludable del peso. Resistencia a las presiones para la delgadez y la dieta. Información sobre los TCA.	Si	*	*	No	No	*	No	No	*	*	*	No
Moreno y Thelen (1993). <i>Video</i> . E. U.	I 80M C 139 M	13.7 (12 a 14)	1 (36)	1	No	Si	D	Video de 6.5 min: BN y prevalencia. Atracón y purga. Presiones socioculturales. Peso y ejercicio saludable.	Si	*	*	Si	*	*	*	*	*	*	*	*
Paxton (1993). <i>Body Image and Eating Behaviour Program</i> . Australia.	I 107 M C 29 M	14.1 (14 a 15)	5 (90)	11	No	Si	D	Presiones socioculturales para la delgadez. Determinantes del tamaño corporal. Métodos saludables y no saludables para el control del peso (nutrición). Alimentación emocional.	*	*	No	*	No	*	No	*	*	*	No	*
Neumark-Sztainer et al. (1995a). <i>The Weight to Eat</i> . Israel.	I 126 M C 143 M	15.3 (-)	10 (60)	6 y 24	No	Si	D	Control de peso saludable. Imagen corporal. Causas externas de los TCA. Resistencia a la presión social.	Si	No	No	*	No	No	Si	*	Si	*	No	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Carter, Stewart, Dunn y Fairburn (1997). <i>Cognitivo-conductual.</i> Inglaterra.	I 46 M	13.1 (13 a 14)	8 (45)	6	No	No	D	Presiones socioculturales para la dieta, para la delgadez y formas de resistirse. Imagen corporal. Autoestima. Efectos de las dietas. Alimentación saludable. Información sobre los TCA (desarrollo y búsqueda de ayuda).	Si	E	*	No	*	*	E	*	*	*	No	*
Mann et al. (1997). <i>Discusión.</i> E. U.	I 32 M C 81 M	17.9 (17 a 20)	1 (90)	3	No	Si	D	Intervención I: Información sobre los TCA y consecuencias. Intervención II: Presenta a una persona recuperada de TCA y dirige un panel de discusión.	*	*	No	*	E	*	*	*	No	*	No	*
Piran (1999). <i>Promoción de la Salud.</i> Canadá.	I 65 M y H	14.0 (10 a 18)	2 a 6 (-)	48 y 108	No	No	D	Preocupación por el peso y la figura. Presiones socioculturales para la delgadez en estudiantes de danza. Afrontamiento de las presiones socioculturales. Factores que afectan la imagen corporal y la alimentación. Prejuicios sobre la figura corporal. Autoestima. Desarrollo en la pubertad.	*	Si	Si	Si	No	No	Si	*	Si	*	*	*
Santonastaso et al. (1999). <i>Psychoeducation al Preventive Intervention.</i> Italia.	I 154 M C 154 M	16.1 (-)	4 (120)	12	No	Si	D	Desarrollo físico normativo y TCA. Preocupación por la imagen corporal. Presiones socioculturales. Afrontamiento del estrés.	*	No	Si	*	Si	Si	*	*	*	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Heinze, Wertheim y Kashima (2000). <i>Video</i> . Australia.	I-1 22 M I-2 22 M I-3 23 M I-4 23 M	12.5 (-)	1 (24)	0	Si	No	D	Imagen corporal y sus determinantes. Aspectos socioculturales del ideal de delgadez. Efectos negativos de la dieta extrema y de la alimentación alterada. Alimentación emocional. Alimentación y ejercicio saludable.	Si	No	No	Si	*	*	*	*	*	*	*	*
Neumark-Sztainer et al. (2000). <i>Free to be Me</i> . E. U.	I 115 M C 111 M	10.6 (-)	6 (90)	3	No	Si	In	Etapas del desarrollo corporal. Efecto de los medios en la imagen del cuerpo y la autoestima. Acciones que pueden llevar a cabo para combatir las imágenes negativas.	Si	*	No	No	*	*	No	*	*	Si	*	*
Phelps, Sapia, Nathanson y Nelson (2000). <i>Risk/Protective Prevention Program</i> . E. U.	I 277 M C 253 M I 153 M C 159 M I 45 M C 18 M	- (11 a 15) - (13 a 16) - (18 a 25)	6 (60)	0	Si	Si	D	Impacto sociocultural en la delgadez. Autoestima corporal. Competencias personales, valores y presión social. Ganancia natural de peso en la pubertad. Habilidades de afrontamiento. Insatisfacción corporal. Métodos saludables para el control del peso.	*	No	No	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Baranowski y Hetherington (2001). <i>Psychoeducational Program</i> . Escocia.	I 16 M C 13 M	11.5 (11 a 12)	5 (90)	6	No	Si	In	Causas y consecuencias de las dietas. Valoración del peso y la figura. Mitos sobre la obesidad y la delgadez. Autoestima e imagen del cuerpo. TCA. Regulación de la energía corporal.	*	*	No	*	*	*	No	*	*	*	No	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Rocco, Ciano y Balestrieri (2001). <i>Intensive Psychoeducation al Programme.</i> Italia.	I 63 M C 33 M	16.1 (-)	9 (120)	0	No	Si	D	Naturaleza de los TCA. Epidemiología de los TCA. Importancia de la detección temprana de los signos patológicos.	*	No	No	*	*	Si	*	*	*	*	*	*	
Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth y Fairburn. (2001). <i>Cognitivo-conductual.</i> Inglaterra.	I 459 M C 386 M	13.4 (13 a 14)	6 (45)	6	No	Si	In	Cambios durante la adolescencia. Desarrollo de los TCA. Presiones socioculturales para la delgadez. Reacciones al estrés. Insatisfacción con la imagen del cuerpo. Comentarios adversos acerca del peso y la figura, y autoestima.	Si	No	No	No	*	*	E	*	No	*	No	*	
Kater, Rohwer y Londre (2002). <i>Healthy Body Image: Teaching Kids to Eat and love their bodies Too.</i> E. U.	I 183M y 174 H C 23 M y 35 H	- (9 a 13)	11 (-)	0	No	Si	In	Imagen corporal. Prejuicios sobre la figura corporal. Conocimientos sobre la biología de la figura, la talla, y efectos nocivos del ayuno y la dieta. Estilos de vida. Autoimagen. Conciencia de los medios.	Si	*	No	*	*	*	*	*	*	*	*	Si	*
McVey y Davis (2002). <i>Every BODY is a SomeBody.</i> Canadá.	I 150 M C 113 M	10.9 (-)	6 (-)	6 y 12	No	Si	D	Autoestima. Asertividad, manejo del estrés y solución de problemas. Influencia genética en la figura corporal. Aceptación de la diversidad de figuras. Alimentación saludable y ejercicio. Influencia de los medios	*	No	No	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Mutterperl y Sanderson (2002). <i>Intervention Brochures</i> . E. U.	I y C 107 M	18.1 (16 a 21)	1 (-)	3	Si	Si	D	Folleto: Alimentación y ejercicio saludables. Mujer e imagen corporal. Dietas.	*	*	*	*	No	No	No	*	*	No	*	*
Steiner-Adair et al. (2002). <i>Full of Ourselves</i> . E. U.	I 260 M C 239 M	12.5 (12 a 14)	8 (45-90)	6	No	Si	In	Cambios durante la pubertad. Mitos sobre el cuerpo y las dietas. Autoestima. Alfabetización de los medios. Bases de nutrición.	Si	No	No	*	*	*	*	*	*	No	No	*
Withers, Twigg, Wertheim y Paxton (2002). <i>Video</i> . Australia.	I 104 M C 114 M	12.7 (12 a 13)	1 (24)	1	No	Si	D	Video de Heinze et al. (2000).	Si	Si	No	No	*	*	*	*	*	*	*	*
Yannakoulia, Sitara y Matalas (2002). <i>Nutrition Education and Prevention</i> . Grecia.	I 32 M	20.5 (19 a 25)	12 (120)	6	No	No	D	Educación nutricional. Prevención de TCA. Nutrición para bailarinas.	Si	*	No	*	*	*	Si	*	No	*	*	*
McVey, Lieberman, Voorberg, Wardrope y Blackmore (2003a). <i>Every BODY is a Somebody</i> . Canadá.	I 91 M C 115 M	12.5 (-)	10 (-)	3	No	Si	D	Ver McVey y Davis (2002).	*	Si	*	No	*	*	Si	*	*	*	No	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

McVey, Lieberman, Voorberg, Wardrope y Blackmore (2003b). <i>Every BODY is a Somebody.</i> Canadá.	I 86M C 196M	12.3 (-)	10 (-)	3	No	Si	In	Ver McVey y Davis (2002).	*	*	No	No	*	*	No	*	*	*	No	*
Wade, Davidson y O'Dea (2003). <i>Everybody's Different.</i> <i>Go Girls.</i> Australia.	I-1 17 M 26 H I-2 11 M 14 H C 5 M 13 H	13.4 (-)	5 (50)	3	No	Si	In	<i>Everybody's Different:</i> Ver O'Dea y Abraham (2000). <i>Go Girls:</i> Estereotipos y estilos de vida. Anuncios y tácticas de los medios. Presiones socioculturales. Activismo de los consumidores sobre mensajes saludables y no saludables. Anuncios nocivos.	*	*	No	No	*	*	No	*	*	*	No	*
Abascal, Bruning, Winzelberg, Dev y Taylor (2004). <i>Student Bodies.</i> E.U.	I 75 M	15.3 (13 a 16)	8 (45)	0	Si	No	D	Insatisfacción corporal. TCA. Control saludable de peso y nutrición.	Si	Si	*	Si	*	*	Si	*	*	*	*	*
McVey, Davis, Tweed y Shaw (2004). <i>Every BODY is a Somebody.</i> Canadá.	I 182 M C 76 M	11.8 (-)	6 (50)	6 y 12	No	Si	D	Ver McVey y Davis (2002).	*	*	No	*	*	*	No	*	*	*	No	*
Tilgner, Wertheim y Paxton (2004). <i>Video.</i> Australia.	I 345 M C 231 M	13.2 (-)	1 (24)	1	No	Si	D	Video de Heinze et al. (2000).	Si	Si	No	*	No	No	No	*	*	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Wiseman, Sunday, Bortolotti y Halmi (2004). <i>Healthy Living</i> . Italia vs E. U.	I y C 188 M	- (15 a 16)	6 (-)	0	Si	Si	In	Vida saludable. Mitos sobre las cualidades de las personas obesas y delgadas. Autoestima. Guía nutricional. Mitos acerca de las dietas. TCA y sus consecuencias físicas y mentales. Ejercicio saludable. Alimentación saludable.	*	Si	No	*	*	*	No	*	No	*	No	*
Withers y Wertheim (2004). <i>Video</i> . Australia.	I-1 114 M I-2 187 M C 104 M	12.6 (-)	1 (24)	3	Si	Si	D	Video de Heinze et al. (2000).	Si	No	No	*	*	*	No	*	*	*	*	*
Favaro, Zanetti, Huon y Santonastaso (2005). <i>Psychoeducation al Preventive Intervention</i> . Italia.	I 38 M C 91 M	17.0 (16 a 18)	6 (120)	12	No	Si	D	Ver Santonastaso et al. (1999).	*	*	*	*	No	Si	Si	*	*	*	*	*
Franko et al. (2005). <i>Food, Mood, and Attitude</i> . CD-ROM. E. U.	I 116 M C 115 M	18.2 (-)	1 (120)	3	Si	Si	In	Interiorización del ideal de delgadez. Dieta. Afecto negativo. Afrontamiento del estrés. Distorsiones cognitivas. Asertividad. Complicaciones de los TCA. Ejercicio. Información sobre nutrición. Presiones socioculturales para la delgadez.	Si	*	*	Si	Si	Si	No	No	*	Si	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Stanford y McCabe (2005). <i>Media Literacy</i> . Australia.	I 69 H C 52 H	12.2 (12 a 13)	2 (60)	3	No	Si	D	Autoestima, aceptación de las diferencias. Idealización de la musculatura. Desarrollo corporal normal. Mensajes en los medios. Respuestas a la preocupación por la imagen corporal.	*	No	No	*	No	No	No	No	*	*	Si	*
Black, Smith y Ciao (2006). <i>Disonancia Cognoscitiva. Alfabetización de los Medios</i> . E. U.	I-1 42 M I-2 38 M	18.7 (-)	2 (120)	8	Si	No	In	<i>Disonancia cognoscitiva:</i> Video (7min) sobre la manipulación digital de imágenes. Costo de buscar el ideal de delgadez. Actividad contraactitudinal: Atributos físicos, mentales y emocionales positivos. Estrategias para resistirse al ideal de delgadez. Autoafirmaciones positivas. <i>Alfabetización de los medios:</i> Video (7min) sobre la manipulación digital de imágenes. Estrategias para resistirse al ideal de delgadez. Información sobre los TCA (excepto conductas compensatorias). Video: mujeres en los anuncios. Video: TCA, imagen corporal (testimonios de pacientes recuperadas) y efecto de los TCA.	*	*	Si	*	Si	*	Si	*	*	Si	*	*
Wilksch et al. (2006). <i>Go Girls</i> . Australia.	I 100 M 137 H	13.7 (-)	1 (50)	0	No	No	In	Ver Wade et al. (2003).	Si	*	No	*	*	*	*	*	*	No	No	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Chambers y Alexander (2007). Video: <i>Slim Hopes</i> . E. U.	I-1 22 M I-2 19 M C 23 M	- (18 a 21)	1 (30)	0	Si	Si	D	Video: <i>Slim hopes</i> (30 min). Artículo (25 min). Mensajes de los medios. TCA. Obsesión por la musculatura.	Si	*	Si	*	*	*	*	*	*	*	*	*
---	---	----------------------	-----------	---	----	----	---	---	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

M = mujeres; H = hombres; I = grupo con intervención; C = Grupo control; D = didáctico; In = interactivo; - = no se reportan datos; * = el resultado no fue examinado en el estudio; E = empeoramiento; No = no hubo cambios; Si = si hubo cambios.

Tabla 4. Descripción de los programas de prevención indicada.

Estudio	No. Participantes Intervención. Control.	Edad promedio y rango.	No. de sesiones y duración de cada una (min)	Seguimiento (meses)	Asignación al azar de los participantes	Grupo control	Enfoque	Contenido	Conocimientos	Motivación para adelgazar	Insatisfacción corporal	Preocupación por el peso y la figura	Conductas compensatorias	Atracón	Restricción alimentaria	Ejercicio	Hábitos alimentarios	Interiorización de la delgadez	Autoestima	Afecto negativo
Huon (1994). <i>Giving up Dieting.</i> Australia.	I 24 M	19.8 (18 a 25)	2 (60)	1	No	No	D	Desarrollo de una imagen corporal positiva. Dietas. Ejercicio saludable. Autoestima. Presiones socioculturales.	*	*	*	Si	*	*	*	*	*	*	*	Si
Kaminski y McNamara (1996). <i>Structured Group Program.</i> E. U.	I 12 M C 13 M	18.3 (-)	8 (90)	1	No	Si	D	TCA y factores de riesgo. Control de peso saludable.	*	Si	Si	*	*	*	Si	*	*	Si	Si	*
Buddeberg- Fischer et al. (1998). <i>Cognitive, Emotional and Behavioural Program.</i> Suiza.	I 159 M y H C 155 M y H	16.1 (-)	3 (90)	3	No	Si	D	Cambios físicos en la adolescencia. Alimentación saludable. Síntomas psicossomáticos y trastornos en la adolescencia. Ideales corporales establecidos socioculturalmente.	*	No	*	No	*	*	No	*	*	*	*	No

Continúa en la siguiente página

Continuación

Winzelberg et al. (1998). <i>Student Bodies.</i> E. U.	I 20 M C 25 M	19.7 (-)	8 (-)	3	Si	Si	D	Programa por internet: Imagen corporal. Nutrición. Ejercicio. Trastornos alimentarios. Discusión por internet.	No	*	Si	No	No	*	No	*	*	*	*	*
Martz y Bazzini (1999). <i>One-Shot Eating Disorder Prevention Program.</i> E. U.	I-1 73 M C 41 M I-2 30 M C 47 M	19.0 (-)	1 (60)	1	Si	Si	D	Definición y causas de los TCA. Imagen corporal. Influencia de los medios. Control saludable de peso. Lugares para recibir tratamiento.	*	*	*	*	*	*	Si	*	*	No	Si	*
Springer, Winzelberg, Perkins y Taylor (1999). <i>Body Traps: Perspectives on Body Image.</i> E. U.	I 24 M C 17 M	19.5 (-)	10 (120)	0	No	Si	D	Historia de la imagen del cuerpo. Aspectos evolutivos y biológicos del atractivo. Desarrollo del adolescente. Factores de riesgo para los TCA. Obesidad en diferentes culturas.	*	Si	Si	Si	Si	Si	*	*	*	*	No	*
Celio et al. (2000). <i>Student Bodies.</i> E. U.	I 31 M C 29 M	20.0 (18 a 33)	8 (-)	3	Si	Si	D	Ver Winzelberg et al. (1998).	*	Si	Si	No	Si	Si	*	*	*	*	*	*
Stice, Mazotti, Weibel y Agras (2000). <i>Disonancia Cognoscitiva.</i> E. U.	I 10 M C 20 M	18.0 (18 a 22)	3 (60)	1	No	Si	In	Origen y mantenimiento del ideal de la delgadez. Ideal de delgadez y autoestima. Presiones para la delgadez.	*	*	Si	No	Si	Si	No	*	*	Si	*	Si

Continúa en la siguiente página

Continuación

Winzelberg, Eppstein et al. (2000). <i>Student Bodies</i> . E. U.	I 24 M C 20 M	20.0 (18 a 33)	8 (-)	3	No	Si	D	Ver Winzelberg et al. (1998).	*	Si	Si	No	Si	Si	*	*	*	*	*	*
Posavac, Posavac y Weigel (2001). <i>Media Images Program</i> . E. U.	I 75 M C 50 M	- (18 a 25)	1 (7)	0	Si	Si	D	<i>Tres intervenciones con video:</i> 1) Belleza artificial. Alteración de las imágenes en los medios de comunicación. 2) Realidad genética. Predisposición genética del peso y la talla. 3) Combinación de ambas.	*	*	Si	*	*	*	*	*	*	Si	*	*
Stice, Chase, Stormer y Appel (2001). <i>Disonancia Cognoscitiva, Control Saludable de Peso</i> . E. U.	I 40 M C 36 M	21.0 (17 a 29)	3 (60)	1	No	Si	In In	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención control de peso saludable:</i> Dietas efectivas e inefectivas. Consecuencias de los TCA y criterios diagnósticos. Manejo del peso saludable.	*	*	*	*	Si	Si	Si	No	No	Si	*	Si
Zabinski, Pung et al. (2001). <i>Student Bodies</i> . E. U.	I 27 M C 29 M	19.3 (17 a 24)	8 (-)	2. 5	No	Si	D	<i>Programa por internet:</i> Ver Winzelberg et al. (1998).	*	No	No	No	No	No	No	*	*	*	*	*
Zabinski, Wilfley et al. (2001). <i>Student Bodies</i> . E. U.	I 4 M	19.4 (-)	8 (-)	2. 5	No	No	D	<i>Programa por internet:</i> Ver Winzelberg et al. (1998).	*	Si	Si	Si	No	No	Si	*	*	*	No	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Stice y Ragan (2002). <i>Psicoeducativa</i> . E. U.	I 17 M C 49 M	21.0 (17 a 55)	30 (90)	0	No	Si	D	Epidemiología, modelos y factores de riesgo en TCA. Intervenciones preventivas. Tratamientos y obesidad.	*	*	Si	*	*	*	Si	*	No	Si	*	No
Stice, Trost y Chase (2003). <i>Disonancia Cognoscitiva, Control de Peso Saludable</i> . E. U.	I-1 I-2 y C 148 M	17.4 (13 a 20)	3 (60)	1, 3 y 6	Si	Si	In In	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención control de peso saludable:</i> Ver Stice et al. (2001).	*	Si	No	*	Si	Si	No	*	*	No	*	Si
Matusek, Wendt y Wiseman (2004). <i>Disonancia Cognoscitiva, Psicoeducativa</i> . E. U.	I-1 26 M I-2 24 M C 34 M	19.9 (18 a 23)	1 (120)	1	Si	Si	In D	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención psicoeducativa:</i> Ver Stice y Ragan (2002).	*	Si	No	*	*	*	Si	*	*	Si	No	*
Green, Scott, Diyankova, Gasser y Pederson (2005). <i>Disonancia Cognoscitiva</i> . E. U.	I 52 M C 38 M	19.0 (17 a 22)	2 (120)	1	Si	Si	In	Aceptación de las tallas corporales. Ideal de delgadez mostrado en los medios.	*	*	*	No	No	No	No	*	No	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación

Gollings y Paxton (2006). <i>Set your Body Free.</i> Australia.	I-1 19 M I-2 21 M	22.1 (18 a 30)	8 (90)	2	Si	No	In	Imagen del cuerpo Naturaleza y causas de la insatisfacción. Riesgos para la salud de la dieta y la alimentación no saludable. Dieta y delgadez. Conductas alimentarias saludables. Imagen corporal, delgadez, preocupación por la comida y autoestima. Emociones y alimentación. Historia de la imagen del cuerpo. Pensamientos negativos sobre la imagen corporal. Estrategias para afrontar el estrés, la ansiedad y el pánico. Habilidades para la solución de problemas.	*	Si	Si	Si	Si	Si	Si	*	Si	*	Si	Si
Low et al. (2006). <i>Student Bodies.</i> E. U.	I 47 M C 14 M	- (-)	8 (-)	8	Si	Si	D	Ver Winzelberg et al. (1998).	*	No	Si	*	No	No	*	*	*	No	*	*
Pineda y Gómez-Peresmitré (2006). <i>Disonancia Cognoscitiva, Psicoeducativa.</i> México.	I-1 11 M I-2 9 M	14.6 (-)	3 (90)	1	Si	No	In D	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención psicoeducativa:</i> Figura ideal. Aceptación corporal. Presión de los pares.	* *	* *	Si Si	* *	* *	* Si	No *	* *	* *	* *	* *	

Continúa en la siguiente página

Continuación

Roehrig, Thompson, Brannick y van den Berg (2006). <i>Disonancia Cognoscitiva. Intervención contraactitudinal.</i> E. U.	I-1 30 M I-2 36 M	21.2 (18 a 28)	4 (45 a 60)	1	Si	No	In In	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención contraactitudinal:</i> Imagen corporal. Ideal de delgadez. Influencias sociales en el ideal de delgadez.	*	*	No	*	No	No	No	*	*	Si	*	Si
Scime, Cook-Cottone, Kane y Watson (2006). <i>Girl's Group.</i> E. U.	I 45 M	10.2 (-)	10 (90)	0	No	No	In	Factores de riesgo y protectores de los TCA. Autoestima corporal. Nutrición. Insatisfacción corporal. Presiones socioculturales para la delgadez.	*	Si	Si	*	*	*	*	*	*	Si	*	*
Stice, Orjada y Tristán (2006). <i>Psicoeducativa.</i> E. U.	I 25 M C 70 M	21.3 (19 a 40)	28 (90)	6	No	Si	D	<i>Intervención psicoeducativa:</i> Ver Stice y Ragan (2002).	*	*	Si	*	Si	Si	Si	*	No	Si	*	No
Stice, Shaw, Burton y Wade (2006). <i>Disonancia Cognoscitiva, Control de Peso Saludable.</i> E. U.	I y C 481 M	17.0 (-)	3 (60)	6 y 12	Si	Si	In In	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención control de peso saludable:</i> Ver Stice et al. (2001).	*	*	Si	*	Si	Si	Si	*	*	Si	*	Si
Taylor et al. (2006). <i>Student Bodies.</i> E. U.	I 244 M C 236 M	20.8 (18 a 30)	8 (-)	12	Si	Si	D	Ver Winzelberg et al. (1998).	*	Si	*	Si	Si	Si	Si	*	*	*	*	No

Continúa en la siguiente página

Continuación

Heinicke, Paxton, McLean y Wertheim (2007). <i>My Body, my Life: Body Image Program for Adolescent Girls.</i> Australia.	I 36 M C 37 M	14.4 (12 a 18)	6+1 (90)	2 y 6	Si	Si	In	Imagen corporal. Patrones alimentarios no saludables. Motivos para normalizar la alimentación. Relación entre baja autoestima, depresión, relaciones interpersonales e insatisfacción y estrategias para el cambio. Presión social relacionada con la apariencia. Cambios en las creencias irracionales. Pensamientos negativos sobre el cuerpo. Prevención de recaídas.	*	*	Si	*	Si	*	Si	*	*	Si	*	Si
Jacobi et al. (2007). <i>Student Bodies.</i> Alemania.	I 47 M C 50 M	22.5 (18 a 29) y 22.1	8 (-)	3	Si	Si	D	Ver Winzelberg et al. (1998).	Si	Si	No	No	*	*	*	*	*	*	*	No
Stice, Presnell, Gau y Shaw (2007). <i>Disonancia Cognoscitiva, Control de Peso Saludable.</i> E. U.	I-1 115 M C 123 M I-2 117 M C 126 M	17.1 (14 a 19)	3 (60)	-	Si	Si	In In	<i>Intervención con disonancia:</i> Ver Stice et al. (2000). <i>Intervención control de peso saludable:</i> Ver Stice et al. (2001).	*	*	Si	*	Si	Si	Si	Si	Si	Si	*	Si

M = mujeres; H = hombres; I = grupo con intervención; C = Grupo control; D = didáctico; In = interactivo; - = no se reportan datos; * = el resultado no fue examinado en el estudio. No = no hubo cambios; Si = si hubo cambios.

2.5. Hallazgos de los programas de prevención primaria

2.5.1. Género de los participantes

Aunque algunos programas de prevención (19.7%) han incluido tanto a hombres como a mujeres (p.e. Kater et al., 2000; O'Dea & Abraham, 2000; Smolak et al., 1998a), ninguno de ellos alteró las conductas de los varones, sin embargo, se observaron efectos positivos en sus conocimientos (Smolak et al.) y en sus actitudes (Kater et al.; O'Dea & Abraham). Debido a que sólo un programa ha sido diseñado específicamente para modificar las preocupaciones y conductas alteradas en los varones, estos resultados son alentadores. Stanford y McCabe (2005) desarrollaron una intervención de dos sesiones para varones, que se enfoca en la autoestima y la aceptación de las diferencias corporales. En este programa, los niños de 12-13 años ($n = 52$) mostraron un aumento de la satisfacción y la autoestima, así como una disminución del afecto negativo en comparación con el grupo control ($n = 69$), sin embargo, no hubo cambio en el uso de estrategias para cambiar el cuerpo, incluyendo estrategias extremas como el uso de esteroides y suplementos alimenticios o en las conductas de atracón y purga.

La mayoría de los programas para la prevención de los TCA y la promoción de una imagen positiva del cuerpo se han dirigido a mujeres (78.9%) más que a hombres, tal vez debido a que la proporción de mujeres y hombres que presentan un TCA es de 9 a 1 (Hoek & Hoeken, 2003). Sin embargo, se ha sugerido que los hombres son parte del ambiente social que crea y mantiene las normas de dieta no saludable y las burlas por el peso corporal; además, tradicionalmente se pensaba que los hombres presentan menos insatisfacción que las mujeres, pero información reciente indica que esto podría no ser cierto y que es posible que los hombres manifiesten su insatisfacción corporal de manera diferente a las mujeres (Eliot & Wood, 2001). Además, los varones tienen actitudes más negativas hacia la gente con sobrepeso y dejarlos fuera de las intervenciones significa ignorar su rol potencialmente negativo dentro del ambiente social que contribuye a la aparición de las alteraciones alimentarias, por lo que su inclusión en las intervenciones puede ser potencialmente favorable para el logro de las metas preventivas (Austin, 2000). Por tanto, los diseñadores de programas de prevención deben aumentar los esfuerzos por educar a los varones sobre los daños que provocan a sus compañeros al promover los prejuicios sobre el peso, también deben esforzarse por destacar la importancia de prevenir dichos prejuicios en sí mismos y en otros (Varnado-Sullivan & Horton, 2006). Así, en estas intervenciones, se incluyeron a

los varones con la finalidad de favorecer los cambios en el entorno social en el que se desenvuelven las mujeres.

2.5.2. Edad de los participantes

Muchos de los programas de prevención se han enfocado en participantes de preparatoria (p.e. Wiseman et al., 2004) o universidad (p.e. Mann et al., 1997), probablemente debido a que la edad de inicio de los TCA se ubica alrededor de los 19 años de edad (Hall & Hay, 1991; Kendler et al., 1991). Es relevante que el 22.5% de estudios se realizaron con participantes de más de 19 años de edad. Sin embargo, durante la adolescencia, las actitudes y conductas alimentarias alteradas parecen estar ampliamente extendidas. Se ha argumentado que implementar los programas en la adolescencia puede ser demasiado tarde para la prevención, debido a que los adolescentes ya tienen creencias relacionadas con el significado de ser delgados (Buddeberg-Fischer & Red, 2001; Smolak & Levine, 1994; Smolak et al., 1998a). Este grupo de creencias guía su conducta y los conduce a pensar que es posible alcanzar la delgadez ideal por medio de la dieta y otras prácticas de control de peso. Esto ha sido llamado el *esquema de delgadez* (Smolak & Levine; Smolak et al.) y es reforzado por las influencias socioculturales, incluyendo a la familia, los compañeros y los medios (Kater et al., 2000; Morrison, Kalin & Morrison, 2004). Como alternativa, se ha sugerido dirigir la prevención a los niños, antes de que emerjan las actitudes y conductas alimentarias no saludables. Así, los niños son mejor *blanco* para la prevención, debido a que es una edad en que estas actitudes y conductas alimentarias no saludables no han emergido. Por esta razón, mucha de la literatura sugiere que los programas de prevención deberían enfocarse en participantes de menor edad (p.e. Kater et al.; Smolak & Levine). Se ha propuesto que los programas impartidos a niños de 10 y 11 años, que cursan los últimos grados de educación básica (Kater et al.), pueden tener un impacto positivo, ya que se dirigen a una población asintomática, de tal forma que se enfoquen en aumentar la resiliencia, más que en reducir las actitudes y conductas no saludables que pudieran estar presentes (Smolak & Levine). Además, estos autores señalan que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando se dirigen a participantes de menor edad, quienes tienen una imagen corporal más positiva y presentan poca evidencia de dietas restrictivas ya que pocos niños han iniciado la transición a la adolescencia temprana, que es el período de alto riesgo para el desarrollo de una imagen corporal negativa y conductas alimentarias alteradas.

En la presente revisión, sólo seis estudios se realizaron con participantes de 10 y 11 años de edad. Por otro lado, aunque estudios recientes se han enfocado a evaluar una intervención dirigida a participantes de escuelas primarias (p.e. Ghaderi et al., 2005; McVey et al., 2003b; McVey & Davis, 2002; McVey, Davis et al., 2004), no tenemos conocimiento de que hayan comparado los efectos de una intervención en dos niveles educativos distintos.

2.5.3. *Formato de los programas*

De acuerdo al formato de presentación, los programas de prevención han sido clasificados en dos grandes categorías: *programas didácticos*, que consisten en presentar información a los participantes utilizando el método expositivo, y *programas interactivos*, con actividades de discusión, descubrimiento guiado y técnicas cognoscitivas (Stice & Shaw, 2004). A continuación se describen los hallazgos de estas categorías de los programas.

2.5.3.1. *Programas didácticos*

Los primeros programas de prevención aparecieron en la década de los 90 (Killen et al., 1993; Mann et al., 1997; Moreno & Thelen, 1993; Neumark-Sztainer et al., 1995a; Paxton, 1993; Santonastaso et al., 1999) y emplearon una aproximación didáctica (psicoeducativa), la cual consiste en proporcionar información para aumentar los conocimientos e interrumpir el inicio de las conductas alimentarias desadaptativas (Austin, 2000; Stice & Shaw, 2004). En la presente revisión, 43 estudios utilizaron este enfoque psicoeducativo para impartir el programa, la mayoría fueron universales o selectivos y se aplicaron en su mayoría con mujeres. Estos programas han cubierto temas similares: a) información sobre los TCA; b) peso, nutrición y ejercicio saludable; c) autoestima; d) resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez; e) idealización de la delgadez; y f) cambios en la adolescencia.

Un ejemplo típico de estos programas, lo encontramos en el estudio realizado por Killen et al. (1993), quienes diseñaron y evaluaron un programa de prevención universal para niños de secundaria llamado *Healthy Weight Regulation Curriculum* (currículo para la regulación saludable del peso), basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura. El objetivo del programa fue modificar las actitudes alimentarias y las prácticas no saludables de regulación de peso. Los temas incluidos fueron: proceso de desarrollo y crecimiento (ganancia de peso en la pubertad), ineficacia de la restricción

calórica como estrategia de control del peso y los efectos psicológicos asociados con la dieta. Se definió la anorexia y la bulimia, sus síntomas y las complicaciones asociadas con estos trastornos. En este programa, se les mostraron a los participantes las técnicas de dieta que pueden conducir al atracón y al ciclo atracón-purga. Se incluyó un componente para ayudar a los estudiantes a identificar y resistirse a las presiones culturales para adoptar prácticas no saludables de regulación de peso y para adoptar una alimentación balanceada y un régimen de ejercicio. El programa comprende 18 sesiones de 50 minutos cada una, impartidas por los maestros de la clase. Debido a que el contenido del programa fue transmitido por medio de diapositivas, no se propició la participación activa de los estudiantes que recibieron la intervención. Los resultados de este estudio indicaron cambios en los conocimientos de los participantes en el grupo con intervención, de la preprueba al seguimiento (18 semanas) pero no se observaron efectos en las actitudes ni en las conductas. Este estudio no aporta evidencia a favor de las intervenciones didácticas, ya que no se observó reducción de las preocupaciones por el peso y la figura.

En virtud de que la adolescencia es una etapa tardía para la prevención, Smolak et al. (1998a) aplicaron el programa *Eating Smart, Eating for Me* con niños de cuarto y quinto grado. Este programa emplea una variedad de técnicas como la discusión, el juego de roles, ejercicios de preparación de alimentos y creaciones artísticas. Este programa, impartido por los maestros, aumentó los conocimientos y disminuyó las actitudes negativas hacia la gente obesa, pero no tuvo efecto en las conductas alimentarias. De acuerdo con los autores, cerca de una tercera parte de los maestros que implementaron *Eating Smart, Eating for Me*, omitieron o alteraron gran parte de las lecciones, lo cual podría relacionarse con los resultados encontrados. En este sentido, Neumark-Sztainer et al. (2006) han sugerido que los investigadores implementen ellos mismos los programas para asegurarse de su correcta aplicación antes de hacer pruebas en el contexto natural, es decir, antes que se que sean implementados por los profesores o de su disseminación a gran escala (varias escuelas).

Muchos programas de prevención universal encontrados en la literatura reciente, siguen utilizando un formato didáctico (p.e. Heinze et al., 2000; Tilgner et al., 2004; Withers et al., 2002; Withers & Wertheim, 2004). Estos estudios han utilizado un video de 24 minutos desarrollado por Heinze et al. El efecto del video, impartido en una sesión, ha sido evaluado con mujeres de secundaria y preparatoria. Incluye temas como imagen corporal y sus determinantes, aspectos socioculturales del ideal de delgadez,

efectos negativos de la dieta restrictiva y de la alimentación alterada, alimentación emocional, hábitos alimentarios y ejercicio saludable. En esta intervención realizada por Heinze et al., no se requirió la participación activa de las mujeres de preparatoria que recibieron la intervención. Las variables medidas fueron conocimientos sobre los contenidos del programa, insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, discrepancia entre la figura actual e ideal y conductas de dieta. Los resultados indicaron que las participantes no mostraron cambios en los conocimientos y actitudes y, en este estudio, no fueron evaluadas las conductas. En la evaluación posterior de este video realizada por Withers et al., los resultados indicaron cambios positivos en los conocimientos, pero no en las actitudes ni en las conductas. Resultados similares fueron obtenidos posteriormente por Withers y Wertheim. Finalmente, en la evaluación del mismo video realizada por Tilgner et al., quienes incorporaron una discusión después de la presentación del video, se observaron cambios positivos en los conocimientos y una disminución significativa en la motivación para adelgazar y en la intención de hacer dieta, de la preprueba a la post-prueba en el grupo con intervención, que se mantuvo hasta el seguimiento (1 mes), sin embargo, no hubo cambios en la restricción alimentaria y las conductas bulímicas al comparar los grupos (control e intervención).

Entre los programas descritos previamente, se observan algunas similitudes: 1) el grupo de edad al cual se dirigen (adolescentes); 2) no se requirió la participación activa de los participantes que recibieron el programa de prevención; y 3) incluyeron información sobre los TCA y/o los efectos negativos de la restricción alimentaria. Estos hallazgos sugieren que la inclusión de personas de menor edad, una participación más activa de los participantes y la exclusión de información sobre los TCA y sus efectos, podría conducir a un cambio en las actitudes alimentarias alteradas.

Desafortunadamente es difícil plantear conclusiones sobre los programas de prevención didácticos, debido a que: 1) se han empleado diferentes instrumentos para evaluar las mismas actitudes y conductas; 2) no todos los estudios han medido conocimientos, actitudes y conductas; 3) hay una amplia variedad de rigor metodológico en los diseños empleados, mientras que algunos estudios carecen de grupo control para fines de comparación, otros no tienen seguimiento o bien, el período de seguimiento es breve (ver Tablas 2, 3 y 4). Así, los hallazgos de los estudios deben ser interpretados cuidadosamente, considerando estas limitaciones. A pesar de ello, estos estudios nos brindan un panorama sobre el estado actual de los estudios de prevención impartidos con un método didáctico.

En general, los hallazgos han sido mixtos, y los resultados de los estudios realizados a principio de la década de los 90 son similares a los obtenidos recientemente. El hallazgo más consistentemente reportado se refiere al aumento en los conocimientos sobre nutrición, ejercicio, ganancia de peso durante la pubertad, influencias socioculturales en la imagen corporal y consecuencias de las dietas (ver Tablas 2, 3 y 4). Respecto a las actitudes y conductas relacionadas con el cuerpo y la alimentación, los hallazgos son menos consistentes. Algunos estudios encontraron mejoría significativa en al menos una de las siguientes actitudes: insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, preocupación por la figura y el peso o interiorización del ideal de delgadez (p.e. Santonastaso et al., 1999; Springer et al., 1999; Stice, Orjada et al., 2006). Los resultados de los programas que evaluaron conductas tales como la dieta restrictiva, el atracón, la evitación de alimentos engordantes, el ejercicio saludable o la frecuencia de la dieta, han sido desalentadores. Pocos estudios encontraron una disminución en al menos una de las conductas alimentarias evaluadas (Piran, 1999; Santonastaso et al.; Stice, Orjada et al.). Resultados similares se han informado para la autoestima y emociones como el afecto negativo o la depresión.

Una crítica a los programas de prevención didácticos se refiere a que se apoyan en la creencia de que proporcionando información e incrementando los conocimientos sobre los TCA y sus efectos negativos, se puede lograr un cambio en las actitudes y conductas (p.e. Mann et al., 1997). Esta creencia implica que los individuos informados de las consecuencias negativas asociadas con ciertas conductas, podrían cambiar o evitar su involucramiento en dichas conductas nocivas. Sin embargo, la revisión indica que esta aproximación ha sido poco efectiva, ya que aunque incrementa los conocimientos, no necesariamente promueve cambios positivos en las actitudes y conductas alimentarias no saludables. Por ejemplo, en el programa didáctico de Killen et al. (1993) se encontraron cambios sostenidos en los conocimientos, pero estos cambios no se reflejaron en las actitudes o en las conductas de los participantes. A pesar de esto, Rosenvinge y Westjodet (2004) han argumentado que la información psicoeducativa, particularmente cuando es presentada por profesionales entrenados, puede ser útil y percibida como beneficiosa. Esta controversia puede ser resuelta en futuras investigaciones diseñadas para evaluar el efecto de programas cognitivo-conductuales y didácticos.

2.5.3.2. Programas interactivos

En lugar de recibir información pasivamente (contenido impartido didácticamente), una aproximación participativa, con un formato más experiencial que requiere mayor involucramiento de los participantes en el programa, podría conducirlos a aplicar las habilidades aprendidas y provocar un cambio más allá de los conocimientos. En este sentido, se han propuesto algunos enfoques alternativos: autoestima, alfabetización de los medios, cognitivo-conductual y disonancia cognoscitiva. Cada uno de estos enfoques se discute a continuación.

2.5.3.2.1. Autoestima.

La aproximación a la autoestima asume que promoviendo una imagen corporal positiva, mediante la construcción de la autoestima y sin enfocarse en las conductas alimentarias patológicas, los participantes en la intervención estarán más satisfechos con sus cuerpos y serán más resilientes a los ideales corporales no realistas mostrados en los medios (McVey & Davis, 2002; O'Dea & Abraham, 2000). En la presente revisión, siete estudios utilizaron esta aproximación.

Un ejemplo típico de esta aproximación lo encontramos en el estudio realizado por O'Dea y Abraham (2000), quienes intentaron alterar la imagen corporal aumentando la autoestima general. Su programa de prevención universal titulado *Everybody's Different* (todos somos diferentes) fue diseñado para niños de secundaria e impartido por los profesores. Se basa en la teoría educativa de aprendizaje cooperativo, interactivo y centrado en el alumno, e incluyó trabajo en equipo, juegos y tareas. Los temas incluidos fueron: manejo del estrés, autoestima, estereotipos sociales, autoevaluaciones positivas, involucramiento de otros significativos para mejorar la autoimagen, habilidades de relación y de comunicación. El programa comprende 9 sesiones de 50 a 80 minutos cada una. Los resultados en la postprueba indicaron una reducción en la insatisfacción corporal y la importancia de la aceptación social, la apariencia física y la habilidad atlética en el grupo con intervención en comparación con el grupo control, sin embargo, estos cambios no se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento. En el subgrupo de los participantes en la intervención considerados en alto riesgo (p.e aquellos con baja autoestima y altos rasgos de ansiedad) disminuyó la insatisfacción corporal y la importancia otorgada a la apariencia física de la preprueba a la postprueba, y este cambio se mantuvo hasta el seguimiento. Estos hallazgos son importantes, ya que la literatura revisada previamente señaló que las normas establecidas por los compañeros

tienen un impacto sobre las actitudes y conductas no saludables hacia el peso y la alimentación. La reducción del énfasis que ponen los niños en la aceptación de sus compañeros, posiblemente aumenta su resistencia para aceptar las actitudes negativas hacia su cuerpo y las conductas alimentarias no saludables. Los hallazgos positivos de este estudio pudieron deberse a que no se mencionaron los efectos negativos de las dietas restrictivas y tampoco se mencionó la naturaleza y consecuencias de los TCA. En cambio, el programa se enfocó en los aspectos positivos como la construcción de la autoestima. Adicionalmente, este estudio utilizó un método interactivo y de aprendizaje participativo.

McVey y Davis (2002) evaluaron otro programa de prevención llamado *Every BODY is a Somebody* (cada uno es alguien), el cual también enfatiza en la autoestima y comprende los siguientes temas: figuras corporales no realistas de los medios, conciencia y aceptación de una variedad de figuras y tamaños, métodos para promover la autoestima y la estima corporal, manejo del estrés, comunicación asertiva, alimentación saludable y vida activa. Las seis sesiones del programa fueron presentadas en forma participativa y activa. Sin embargo, la evaluación de este programa no indicó efectos de la intervención.

Recientemente este programa fue reevaluado por McVey, Davis et al. (2004), usando instrumentos de medición diferentes y conservando la misma población y el programa. Los nuevos instrumentos incluyeron medidas de satisfacción con la imagen del cuerpo, autoestima global, actitudes y conductas alimentarias y perfeccionismo. Los resultados indicaron que el programa provocó cambios positivos en la imagen del cuerpo y las actitudes y conductas alimentarias, tanto en la postprueba como a los 6 meses de seguimiento. Los hallazgos positivos de este estudio pudieron deberse a que se evitaron los mensajes negativos, en cambio, el programa se enfocó en los aspectos positivos como la construcción de una autoestima positiva, y no se mencionaron las consecuencias y la naturaleza de los TCA, ni los efectos negativos de las dietas restrictivas. Adicionalmente, este estudio utilizó un método interactivo y de aprendizaje participativo.

En general, las intervenciones basadas en la autoestima se dirigieron a participantes de 10 a 14 años, empleando el método didáctico o interactivo y en sesiones de 50 a 60 minutos. No asignaron al azar a los participantes, aunque todos incluyeron grupo control, y los temas abordados fueron alimentación y ejercicio saludables, presiones socioculturales para la delgadez, diversidad de figuras corporales, habilidades

de afrontamiento, autoestima y determinantes del desarrollo normal. En estos programas se excluyó información sobre TCA. Ninguno de estos programas midió los cambios en los conocimientos y, paradójicamente, ninguno de los siete estudios provocó cambios positivos en la autoestima.

2.5.3.2.2. Alfabetización de los medios.

Debido al creciente cuerpo de investigaciones que apoyan la teoría sociocultural de los TCA, no es sorprendente que la aproximación a la *alfabetización de los medios* haya sido recientemente incorporada a la prevención. Esta aproximación se enfoca en enseñar a los participantes a analizar y evaluar críticamente los mensajes de los medios. Este enfoque supone que aumentando la conciencia de los efectos y el rechazo a los estereotipos de perfección, se propicia un aumento de la autoaceptación y fue utilizada por cuatro estudios. Bajo esta aproximación, Neumark-Sztainer et al. (2000) desarrollaron un programa para preadolescentes llamado *Free to be Me*, que consta de 6 sesiones de 90 minutos de duración. Los contenidos del programa incluyen el análisis de los mensajes de los medios, una discusión del impacto de los medios en la autoestima y la estima corporal, formas para combatir las imágenes negativas de los medios y defensa de las imágenes saludables. Los participantes se involucraron en una campaña para escribir cartas a las organizaciones que promueven los mensajes no saludables relacionados con el cuerpo. El programa involucró la participación de los padres, tanto en las tareas de sus hijos, como con información que recibían por medio del correo electrónico. Los participantes del grupo con intervención mostraron más aceptación de diversos tamaños corporales en la posprueba. Sin embargo, los cambios no se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. En cambio, si hubo efecto en la interiorización del ideal de delgadez, ya que las mujeres que participaron en la intervención reportaron menos interiorización que el grupo control, tanto en la post-evaluación como en el seguimiento. También se encontró que las participantes en la intervención reportaron más autoeficacia que el grupo control en el área de influencia de los compañeros y los medios respecto a las normas sociales relacionadas con el peso. La satisfacción con el programa fue alta entre las participantes, los padres y los líderes de los grupos.

En general, las intervenciones basadas en la alfabetización se dirigieron a participantes de 10 a 14 años, empleando el método interactivo y en sesiones de 45 a 90 minutos. No asignaron al azar a los participantes y los temas abordados fueron

presiones socioculturales para la delgadez, crítica a los mensajes de los medios, imagen corporal, autoestima y determinantes del desarrollo normal. En general, estas intervenciones no lograron disminuir la interiorización de la delgadez y lograron cambios modestos en las actitudes y conductas evaluadas, aunque lograron aumentar los conocimientos de los participantes.

2.5.3.2.3. Enfoque cognitivo-conductual.

La teoría cognitivo social de Bandura (2004) postula que es más probable que ocurra un cambio si se tienen oportunidades para el desarrollo de habilidades conductuales. En la presente revisión, seis estudios utilizaron este enfoque. Por ejemplo, Stewart et al. (2001) diseñaron y evaluaron un programa de prevención dirigido a estudiantes de secundaria, con un enfoque cognitivo-conductual, que predominantemente empleó descubrimiento guiado, juego de roles, automonitoreo de hábitos alimentarios y discusión. El objetivo del programa fue reducir la restricción alimentaria y las preocupaciones sobre la figura y el peso. Comprende seis sesiones de 45 minutos, impartidas por un psicólogo graduado sin experiencia clínica, pero con experiencia en el trabajo con adolescentes. Los temas del programa incluyeron: influencias culturales en la determinación de la imagen corporal y las conductas alimentarias, desarrollo de una imagen positiva del cuerpo, comprensión de la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, comprensión de la naturaleza y consecuencias de los TCA, signos de peligro de un TCA, búsqueda de ayuda para estos problemas, construcción de la autoestima, manejo del estrés, alimentación saludable y resistencia a las presiones para hacer dieta. Los resultados de este estudio indicaron una reducción significativa en la restricción alimentaria, la preocupación por la figura y la alimentación, una reducción de los síntomas globales de un TCA y un incremento de los conocimientos de la preprueba a la postprueba, sin embargo, los resultados no se mantuvieron en el seguimiento. El programa no provocó ningún cambio en la autoestima. En ambos grupos hubo un incremento en la restricción alimentaria y un empeoramiento global en los síntomas de los TCA en el seguimiento. Es importante señalar que este programa combinó información impartida de manera didáctica con estrategias adaptadas de la terapia cognitivo-conductual.

Aunque es bien sabido que las técnicas cognitivo-conductuales favorecen la adquisición de habilidades en los participantes, la inclusión de la información sobre la naturaleza y consecuencias de los TCA, así como de los signos de peligro de estos

trastornos, pudieron conducir a los participantes a la glamorización de estos problemas de salud (Neumark-Sztainer et al., 2006; O'Dea, 2000), incrementando la patología alimentaria en el seguimiento. Por otro lado, es probable que la falta de experiencia clínica del investigador que impartió la intervención pudiera haber influido en los resultados observados en este estudio. Stewart et al. (2001) incluyeron información sobre TCA y quizá este componente contribuyó a la relativa ineficacia de este programa.

En el estudio de Buddeberg-Fisher et al. (1998) se evaluó un programa de prevención basado en un enfoque cognitivo-emocional-conductual, dirigido a grupos en los que del 21.7 al 52.9% de la clase eran participantes de alto riesgo. Se enfocó a promover la salud, incluyendo ideales de belleza, maduración psicosexual, conciencia acerca del cuerpo, conductas alimentarias saludables, fisiología de la nutrición, síntomas tempranos de TCA y enfoques terapéuticos. El programa incluyó un “día de campo” para resaltar los aspectos sociales de los alimentos. Los materiales incluyeron audiocasetes, videos, folletos y presentación de diapositivas. Los participantes fueron estudiantes de ambos sexos (205 mujeres y 109 hombres) de 14 a 19 años de edad y el programa duró tres sesiones. En este estudio, los participantes que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 10 en el Test de Actitudes Alimentarias ([EAT-26] Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982) fueron asignados al grupo de alto riesgo de desarrollar un TCA. Los resultados no mostraron diferencias entre el grupo control y el experimental de alto riesgo, después de aplicar el programa de prevención. Este es uno de los primeros estudios que incluyen tanto a hombres como a mujeres.

En la presente revisión, seis estudios emplearon un enfoque cognitivo con participantes de hasta 18 años de edad, en programas de 3 a 32 sesiones de 45 a 120 minutos, con seguimiento de uno a 12 meses y sin asignación al azar de los participantes. Incluyeron temas como alimentación y ejercicio saludables, presiones socioculturales para la delgadez, causas y consecuencias de los TCA, autoestima y determinantes del desarrollo normal. Algunos de estos estudios aumentaron los conocimientos de los participantes y disminuyeron la interiorización de la delgadez, aunque -en general- fracasaron en aumentar la autoestima y en disminuir la motivación para adelgazar, la insatisfacción corporal, la restricción alimentaria y la preocupación por el peso y la figura.

2.5.3.2.4. *Disonancia cognoscitiva.*

La teoría de la disonancia cognoscitiva propone que la inconsistencia en las cogniciones crea malestar psicológico, el cual se resuelve cuando las cogniciones son modificadas para restaurar la consistencia (Festinger, 1962). Al alentar a las participantes de un programa de prevención a hablar y actuar contra la interiorización de los ideales de delgadez, se crea disonancia y, por consiguiente, incomodidad psicológica que se resuelve modificando o restaurando la consistencia. El enfoque basado en la disonancia emplea una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales que fomentaban en los participantes la crítica del ideal de delgadez para cambiar sus creencias, actitudes y conductas (Stice et al., 2001, 2003; Stice & Ragan, 2002). Otros ejemplos, incluyen técnicas de reestructuración cognoscitiva para cambiar las cogniciones negativas acerca de la figura y el peso (Carter et al., 1997; Dalle-Grave et al., 2001), o bien, técnicas activas para promover un cambio en los hábitos alimentarios, incluyendo el automonitoreo y mensajes en video en contra de las dietas (Stewart et al., 2001). En la presente revisión, 11 estudios utilizaron esta estrategia únicamente con mujeres de 14 a 21 años de edad, con el método interactivo, en programas de una a 6 sesiones de 45 a 120 minutos y, en la mayoría de los casos, con seguimientos cortos de un mes. Los temas abordados fueron efectos nocivos de las dietas, alimentación y ejercicio saludables, presiones socioculturales para la delgadez, características de los TCA, imagen corporal y autoestima. Ninguno de estos estudios midió conocimientos en los participantes. En general, las actitudes modificadas fueron la insatisfacción corporal, la motivación para adelgazar, la interiorización del ideal de delgadez y el afecto negativo, mientras que se modificaron las conductas compensatorias, el atracón y la restricción alimentaria. Estas intervenciones fracasaron en modificar la preocupación por la figura y el peso, la autoestima y los hábitos alimentarios saludables.

Black et al. (2006) evaluaron un programa de prevención de disonancia cognoscitiva ($n = 42$) *versus* un programa de alfabetización de los medios ($n = 38$). Las participantes fueron mujeres de 18.66 años de edad. El contenido del programa de disonancia cognoscitiva comprendió un video de 7 minutos sobre la manipulación digital de las imágenes y discusión sobre el costo de buscar el ideal de delgadez, actividades contractuales sobre los atributos positivos, tanto mentales como emocionales, otorgados a la apariencia física, las estrategias para resistirse al ideal de delgadez (juego de roles) y las autoafirmaciones positivas. La intervención de alfabetización de los medios comprendió el mismo video, una discusión sobre las

estrategias para resistirse al ideal de delgadez, información sobre los TCA (excepto conductas compensatorias) y dos videos, uno sobre las mujeres en los anuncios comerciales y otro con testimonios sobre los TCA y sus efectos. En el grupo con disonancia disminuyó la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, la restricción alimentaria y los síntomas bulímicos, cambios que se mantuvieron hasta el seguimiento. En los participantes del grupo con alfabetización de los medios disminuyeron los síntomas bulímicos y los cambios permanecieron hasta el seguimiento.

2.5.4. Duración de las intervenciones

La cuarta parte de los estudios se realizaron en una o dos sesiones, y sólo lograron cambios en los conocimientos. En este sentido, el impacto de las intervenciones implementadas en una sola sesión (p.e. Martz & Bazinni, 1999) ha sido cuestionado, argumentando que las intervenciones multisesión pueden ser más favorables en comparación con las de una sesión y ofrecen más oportunidades para la interiorización del material de la intervención (Stice & Shaw, 2004).

Cerca del 30% se realizaron en 3 a 7 sesiones y modificaron algunas actitudes y conductas. El resto de los estudios aplicaron un programa de 8 o más sesiones (hasta 32 sesiones) y tuvieron más éxito en modificar las actitudes y conductas. Esto indica que los programas de más duración (al menos de 8 sesiones) tuvieron más efectos positivos en los participantes. La duración de cada sesión fue, en la mayoría de los casos, de 50 a 120 minutos.

El 22.5% de los estudios no tuvo seguimiento y el 42.2% tuvieron un seguimiento breve de uno a tres meses, lo cual dificulta la interpretación a largo plazo de los hallazgos. El resto de los estudios tuvieron seguimiento de hasta cuatro años, lo cual posibilita registrar si el efecto de los programas se mantiene a largo plazo.

2.5.5. Diseño de las intervenciones

El 64.8% no asignaron al azar a los participantes y en algunos casos sólo asignaron al azar a los grupos a las diferentes condiciones, además, el 21.1% no utilizó un grupo control, lo cual dificulta la interpretación y generalización de los hallazgos.

2.5.6. Efectos de los programas

Los programas de prevención de factores de riesgo para el desarrollo de un TCA han incluido temas como los efectos nocivos de las dietas, la alimentación y el ejercicio saludables, las presiones socioculturales para la delgadez, la crítica a los mensajes de los medios, características, causas y consecuencias de los TCA, imagen corporal, habilidades de afrontamiento, autoestima y determinantes del desarrollo normal. Se han enfocado en medir los efectos en la interiorización de los estándares sociales de apariencia física y la autoestima. Además, se han medido las actitudes como la motivación para adelgazar, la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso y la figura. En cuanto a las medidas conductuales, han examinado el tipo y frecuencia del uso de métodos para controlar el peso, la restricción alimentaria, la actividad física y los hábitos alimentarios. Además, los conocimientos evaluados se relacionaron con temas incluidos en cada intervención (p.e. conocimientos relacionados con la nutrición, los peligros de hacer dietas, los síntomas y consecuencias de un TCA y el uso de tácticas engañosas en los medios). Los tipos de emociones evaluadas incluyeron ansiedad, depresión, afecto y estrés.

Desafortunadamente, es difícil obtener conclusiones de los hallazgos de la evaluación de los programas de prevención, debido a que emplearon diferentes medidas para evaluar las mismas actitudes y conductas, y no todos los estudios han medido conocimientos, actitudes y conductas. Algunos sólo han medido los conocimientos, mientras que otros sólo han evaluado las actitudes. Por otro lado, existe una gran variedad en el rigor de los diseños de investigación empleados, ya que algunos estudios no tienen grupo control o no tienen seguimiento, o bien, su seguimiento es muy breve. Los hallazgos de esas evaluaciones deben interpretarse con precaución, considerando los aspectos antes señalados. A pesar de esto, estos son los estudios que nos informan acerca del estado de la investigación sobre prevención de factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. En general, los hallazgos de estos estudios han sido mixtos y desalentadores, aunque el hallazgo más consistente ha sido en cuanto a los conocimientos: de los TCA, de las conductas relacionadas con ellos, de la pubertad y de la nutrición.

Cuando los programas de prevención encontraron cambios en las actitudes, frecuentemente no se mantuvieron en el seguimiento y, algunas veces, no incluyeron seguimiento. Por ejemplo, Stewart et al. (2001) evaluaron un programa de seis sesiones para mujeres adolescentes de entre 12 y 14 años de edad. Los temas incluyeron

influencias de la cultura en la imagen corporal y conductas de dieta, comprensión de la regulación del peso corporal y efectos de las dietas, desarrollo de una imagen corporal positiva, naturaleza y consecuencias de los TCA, y construcción de la autoestima. Las evaluaciones se realizaron antes y después de la intervención, así como a los seis meses de seguimiento. Los conocimientos aumentaron de la pre a la postprueba y se mantuvieron en el seguimiento, sin embargo, los cambios en las actitudes no se mantuvieron en el seguimiento. Los autores sugirieron que la edad de los participantes pudo haber contribuido a que la intervención sólo reflejara efectos positivos de corto plazo, ya que en la adolescencia, las mujeres pueden haber internalizado las presiones culturales para alcanzar el ideal de delgadez, de tal forma que las sesiones no tuvieron éxito. Es posible que la implementación de este programa a edades más tempranas (p.e. 9 y 10 años), pudiera haber conducido a cambios más duraderos. Finalmente, la evaluación de estos programas con frecuencia consideró la medición de las conductas alimentarias o las intenciones de conducta como la alimentación restrictiva y la frecuencia de las dietas. Sin embargo, estos resultados son aún más desalentadores. Pocos estudios mostraron cambios en al menos una de estas conductas o intenciones de conductas, pero la mayoría no obtuvo cambios en las conductas. Por ejemplo, en el estudio de Killen et al. (1993) no se encontraron efectos en las conductas alimentarias después de que los participantes recibieron el programa de 18 sesiones. Al igual que con las actitudes, muchos de los cambios aparentes en las conductas alimentarias no se mantuvieron más allá de la postprueba. En el estudio de Stewart et al. (2001) las mejorías desaparecieron a los seis meses. Esos hallazgos contradictorios han llevado a algunos a criticar las intervenciones existentes y a ofrecer sugerencias para mejorar la efectividad de los programas de prevención.

Los resultados son prometedores en términos del cambio de actitudes disfuncionales con intervenciones interactivas universales y podrían en parte ser atribuidos a las estrategias empleadas en estos programas. La mayoría de los programas interactivos exitosos, de hecho, usaron técnicas específicas para cambiar las actitudes y conductas disfuncionales. Por ejemplo, utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva para cambiar las cogniciones acerca de la figura y el peso (Dalle-Grave et al., 2001; Stewart et al., 2001), el registro diario de alimentos para cambiar las conductas alimentarias (Stewart et al., 2001), así como estrategias para incrementar la autoestima general (O'Dea & Abraham, 2000). Una posible explicación para estos resultados es que utilizan estrategias activas (y no únicamente instruccionales) que promueven

cambios en las conductas (y no exclusivamente en los conocimientos) de los sujetos. Estos resultados agregan evidencia a las conclusiones obtenidas en otras áreas, respecto a que las intervenciones didácticas son menos efectivas que las intervenciones interactivas, ya que estas últimas involucran la participación activa de los estudiantes y la enseñanza de nuevas habilidades.

2.5.6.1. Efectos iatrogénicos

Algunos estudios de prevención han reportado efectos negativos, ya que aumentó la sintomatología de TCA (atracción, purga, conductas inapropiadas para perder peso y preocupación por la alimentación, el peso y la figura) después de la intervención. Mann et al. (1997) evaluaron un programa de prevención con mujeres universitarias. La intervención, consistente en una sesión de 90 minutos, fue impartida por dos estudiantes recuperadas de un TCA. Los temas incluidos fueron conductas alimentarias alteradas, síntomas físicos, consecuencias psicológicas, prevalencia y tratamiento de los TCA. El programa no previno las conductas alimentarias alteradas y, por el contrario, en la postprueba, las participantes en el grupo con intervención mostraron más síntomas de TCA en comparación con el grupo control, aunque este efecto no se mantuvo en el seguimiento. Este resultado condujo a los investigadores a concluir que el estigma relacionado con los TCA se redujo, lo que normalizó inadvertidamente los TCA y probablemente dio a las estudiantes la impresión de que las conductas para perder peso son comunes. Adicionalmente, Mann et al. sugirieron que los efectos encontrados pudieron deberse a que las estudiantes recuperadas eran atractivas y saludables en el momento de la presentación.

Otro estudio que encontró efectos negativos en niñas de 13 a 14 años de edad fue el de Carter et al. (1997). Este programa incluyó ocho sesiones de 45 minutos, presentadas en un formato didáctico con ejercicios, juego de roles y discusión. El programa fue aplicado por uno de los miembros del equipo de investigación, quien no tenía experiencia clínica. Los contenidos incluyeron información sobre las presiones socioculturales para la dieta y para la delgadez, imagen corporal, autoestima, efectos de las dietas, alimentación saludable e información sobre los TCA. Las evaluaciones se realizaron en la preprueba, postprueba y en el seguimiento a seis meses. En la postprueba se observó una reducción en las características de los TCA, pero a los seis meses empeoraron significativamente, incluyendo un aumento en la preocupación por la figura y en la restricción alimentaria.

Algunos programas de prevención han proporcionado información sobre los síntomas, los factores de riesgo, los efectos nocivos en la salud, física y mental, y las complicaciones y pronóstico de los TCA. La razón de esto es la creencia de que cuando la gente conoce las consecuencias, entonces ya no presenta conductas nocivas. En este sentido, la gente dejaría de hacer dietas cuando está consciente de que puede desarrollar un TCA. Sin embargo, Rosenvinge & Børresen (1999) señalan que es difícil convencer a la gente de que su conducta puede tener consecuencias nocivas en el futuro, debido a que los efectos inmediatos de la dieta, por ejemplo, son reforzantes por la admiración de parte de los compañeros, la idea de que la delgadez es sinónimo de salud física, el sentido de control y bienestar emocional que proporciona la pérdida de peso, así como los valores culturales que enfatizan la idealización de la delgadez. Más aún, estos autores indican que en el campo de la prevención de adicciones y suicidio, existen sospechas de que los programas didácticos involuntariamente enseñan las habilidades que intentan prevenir.

O'Dea (2000) discute algunas posibles explicaciones sobre los efectos negativos cuando se incluye información específica sobre TCA en una intervención. Estos programas pueden inducir al uso de métodos inapropiados para perder peso, tales como el vómito, el ayuno, el abuso de laxantes, las píldoras de dieta y el fumar para controlar la ganancia de peso. Esta información puede conducir a los niños y adolescentes susceptibles a practicar dichas conductas y a glamorizar y normalizar los TCA. En este sentido, los investigadores han sugerido no incluir en las intervenciones preventivas esta información, ni descripciones detalladas de individuos que se han recuperado, o bien, que están en proceso de recuperación (Neumark-Sztainer et al., 2006; O'Dea, 2000; O'Dea & Abraham, 2000; Wade et al., 2003). Dada la variabilidad en los contenidos de los programas y en las estrategias de intervención utilizadas en los programas de prevención, resulta importante comprender la manera en la cual la aproximación psicoeducativa *versus* cognitivo-conductual (eliminando el componente psicoeducativo), influye en la efectividad de un programa de prevención (con el mismo contenido), de factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. Estos hallazgos podrían tener importantes implicaciones para guiar las estrategias de intervención usadas en estudios futuros.

Otro efecto adverso pudo surgir de los facilitadores de la intervención, quienes pudieron transferir sus propias actitudes negativas a los participantes (O'Dea, 2000). Los facilitadores que están insatisfechos con su cuerpo y hablan de "comida chatarra",

pueden transmitir esos valores a los estudiantes y provocar que éstos desarrollen un miedo a ganar peso y a la comida. En este sentido, el argumento de O’Dea es que los temas de los TCA deben quedar fuera de los programas de prevención debido a los posibles efectos iatrogénicos.

2.6. Críticas y sugerencias a los programas de prevención

Los programas de prevención han sido criticados porque se implementan en edades tardías, utilizando principalmente presentaciones didácticas de los materiales e incluyen temas de TCA. Se ha sugerido que los programas de prevención se enfoquen en participantes de menor edad, incluyendo formatos más interactivos para la impartición de los materiales del programa y excluyendo la discusión de los TCA.

Otra crítica se relaciona con el enfoque empleado, y es que muchos de los enfoques tradicionales para la prevención de TCA han utilizado el modelo de prevención de enfermedad, el cual se dirige a modificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar el trastorno (McVey & Davis, 2002). En el caso de los TCA, esto incluye dirigirse a los factores de riesgo específicos como la dieta, la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal (Levine & Piran, 2001). Debido a los efectos potencialmente negativos de proporcionar información sobre los TCA, se ha argumentado que las intervenciones deben enfatizar los factores de riesgo generales y los factores de protección (WHO, 2004). Los factores de riesgo generales son aquéllos que incrementan la probabilidad de desarrollar una alimentación alterada y que no se relacionan específicamente con los TCA o con un trastorno en particular (Shisslak et al., 1995); un ejemplo son la baja autoestima y la falta de habilidades de afrontamiento. Los factores protectores disminuyen la probabilidad de desarrollar una alimentación alterada, fortaleciendo la resistencia y la resiliencia (McVey & Davis, 2002). Esto concuerda con el enfoque de promoción de la salud, cuya meta principal es dotar a los individuos de habilidades que les permitan controlar las variables que afectan su salud (Huon, 1994). Existen temas clave en la promoción de la salud que son relevantes para la prevención de los TCA, por ejemplo, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, el manejo del estrés y la autoestima (Rosenvinge & Børresen, 1999). Desde esta perspectiva, los programas de promoción de la salud se dirigen a aumentar el control que las personas tienen sobre su entorno (Huon, 1994). Así, por medio de la acción comunitaria los individuos trabajan juntos para transformarse positivamente y transformar su ambiente.

En conclusión, es necesario que los programas de prevención incorporen las experiencias de los estudios previos realizados en este campo. Primero, los programas de prevención deben incluir factores de riesgo asociados con la aparición de los TCA. Segundo, debido a que las conductas alimentarias alteradas aparecen entre los 15 y 16 años, es importante que los programas de prevención se dirijan a participantes de mayor edad, antes de que ellos hayan interiorizado los mensajes negativos relacionados con el ideal de belleza. Es importante considerar que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando previenen la aparición de conductas de dieta no saludables, que cuando ya están establecidas dichas conductas (Neumark-Sztainer et al., 1995a). Por lo anterior, es necesario desarrollar y evaluar intervenciones preventivas para preadolescentes y adolescentes tempranos, con la finalidad de evitar la aparición de las conductas de riesgo de TCA.

En tercer lugar, se debe evitar dar información sobre la naturaleza y consecuencias de los TCA y sobre los métodos para el control del peso (saludables o no saludables). Cuarto, se deben desarrollar programas multisesión, orientados para ayudar a los participantes a reconocer sus fortalezas y a valorar sus competencias no relacionadas con la apariencia física. Quinto, es importante que las intervenciones sean universales, ya que disminuyen la probabilidad de que los participantes sean estigmatizados y evitan las dificultades relacionadas con la identificación de los adolescentes en alto riesgo, resultado de la alta prevalencia de actitudes y conductas alimentarias anormales en la población. Sexto, la evaluación debe incluir instrumentos validados.

En séptimo lugar, la inclusión de varones en los programas de prevención puede facilitar el cambio de las normas que guían los procesos mediante los cuales se relacionan unos con otros, también puede promover el hecho de que los participantes trabajen juntos para transformar las normas del grupo relacionadas con la idealización de la delgadez. Por lo anterior, es importante evaluar el efecto de las intervenciones dirigidas a grupos mixtos (hombres y mujeres), ya que los hombres tienen más actitudes desfavorables hacia la gente con sobrepeso, y con frecuencia molestan y acosan a sus compañeros, por lo que dejarlos fuera de los programas de prevención, ignora tanto su papel negativo como su influencia positiva para apoyar los cambios preventivos (Austin, 2000), además de que limita la posibilidad de que ellos mismos pudieran recibir los beneficios de la intervención.

Finalmente, ninguno de los estudios (previamente citados en esta revisión) de prevención universal de TCA comparó el efecto de un programa cognitivo-conductual,

vs un programa didáctico, por lo que se requiere evaluar el efecto del mismo programa impartido en las dos modalidades, para comprender si los efectos se relacionan con la estrategia con la que son impartidos los programas.

III. SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Los efectos de las intervenciones han sido tradicionalmente evaluados con análisis estadísticos que involucran comparaciones entre las medias de los grupos. Sin embargo, el uso exclusivo de estos análisis ha sido criticado y es clínicamente insuficiente, debido a que estos análisis no informan si una intervención tuvo un impacto clínicamente significativo en la vida de los participantes (Sheldrick, Kendall & Heimberg, 2001), mientras que las medias de los grupos representan valores que dicen poco acerca de la variabilidad de los resultados individuales dentro de una muestra (Jacobson & Truax, 1991).

Mientras que la significancia estadística se ocupa de la probabilidad de cambio, la significancia clínica se ocupa de su relevancia (Jacobson & Truax, 1991). Debido a que la significancia clínica considera el error de la medida y muestras normativas estadísticamente distintas, el cambio clínicamente significativo es estadísticamente significativo. Lo contrario no es verdadero, ya que la significancia estadística no garantiza la significancia clínica. Además, si el tamaño de las muestras es lo suficientemente grande, se pueden encontrar diferencias significativas en los casos donde el cambio es relativamente pequeño, así, los resultados pueden ser estadísticamente significativos, pero no clínicamente significativos.

Aunque se han propuesto métodos alternativos (distribuciones de frecuencias, el tamaño del efecto y el estudio de casos) para resolver los problemas antes descritos, Sheldrick et al. (2001) señalan que estos métodos presentan limitaciones: 1) las distribuciones de frecuencias brindan un panorama con relación a la proporción de casos que muestran cambio, pero no ofrecen criterios para interpretar qué cantidad de cambio es significativa; 2) los tamaños del efecto estandarizan los cambios en términos de unidades de desviación estándar, pero no se pueden traducir fácilmente para propósitos clínicos y están sujetos a mostrar grandes tamaños de efecto, con cambios pequeños, si la variabilidad es baja; y 3) las evaluaciones individuales son útiles para medir el cambio en base a caso por caso, pero el hecho de que las evaluaciones están vinculadas a casos individuales, dificulta las comparaciones con otros participantes y estudios.

La significancia clínica se refiere al valor o importancia práctica del efecto de una intervención, es decir, si la intervención promueve una diferencia real en la vida de las personas que participan en ella, o en la vida de quienes interactúan con ellas (Kazdin, 1999). Fue propuesta por Jacobson y Truax (1991) como una alternativa para resolver

los problemas de la evaluación de la eficacia de las intervenciones con pruebas tradicionales, y puede ser usada como una herramienta adicional a las comparaciones tradicionales.

Se han establecido dos niveles para el análisis de la significancia clínica: análisis a nivel individual y a nivel grupal. En el nivel individual, Jacobson y Truax (1991) recomiendan examinar los datos de acuerdo con dos criterios: a) un punto de corte establecido para el cambio clínicamente significativo y b) un índice que mida la confiabilidad de ese cambio. Los casos que se mueven más allá del punto de corte clínico, con cambios lo suficientemente grandes (no atribuibles al error), son clínicamente significativos. Este enfoque permite tener un panorama determinado por una distribución de frecuencias e incluye criterios para interpretar la significancia de los datos.

La metodología de la significancia clínica requiere comparaciones normativas que se realizan definiendo las distribuciones de la muestra funcional y disfuncional que pertenecen a la población contra la que se desea comparar la muestra. Después de definir las comparaciones apropiadas, se establece un punto de corte, el cual indica el punto en el que la probabilidad de que una puntuación caiga entre la población funcional y disfuncional es la misma. Un participante en el rango disfuncional debe cruzar este umbral para ser considerado “recuperado” después del tratamiento.

El método de Jacobson y Truax (1991) se divide en dos fases. La primera, incluye el cálculo del punto de corte que es clínicamente significativo. La segunda comprende el cálculo del índice de cambio confiable, para determinar si la cantidad de cambio ocurrida en los pacientes es lo suficientemente confiable para considerarla más allá del error de medición.

3.1. Punto límite

Un supuesto básico para el cálculo del punto de corte es que cuando las personas acuden a tratamiento, forman parte de la población disfuncional y, conforme avanza la intervención, los pacientes se mueven de la población disfuncional a la funcional. Para realizar esta evaluación, Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999) describieron tres métodos: a) cuando se conocen las normas de ejecución de la población disfuncional y se esperaría que al final de la intervención, los participantes estuvieran a dos desviaciones estándar por debajo del promedio de ejecución de la población disfuncional (cuando el problema es un exceso en la variable de interés) o a dos

desviaciones estándar arriba del promedio (cuando el problema se trata de un déficit en la variable de interés); *b*) cuando se conocen las normas de ejecución para la población funcional, los participantes en la intervención deben caer al menos a dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población funcional; y *c*) cuando se conocen las normas de ejecución, tanto para la población funcional como disfuncional. Es importante considerar que si las poblaciones son mutuamente excluyentes, los métodos *a* y *b* no presentan dificultades, sin embargo, si se traslapan, es posible que un determinado sujeto pueda caer dentro de ambas distribuciones simultáneamente. Aunque la elección de un método para el cálculo del punto de corte depende de las circunstancias, el método *c* es preferible cuando se dispone de normas y se traslapan las distribuciones de las poblaciones (Jacobson et al., 1999), y se determina con la siguiente fórmula:

$$c = \frac{(S_0 M_1) + (S_1 M_0)}{S_0 + S_1}$$

Donde:

S_0 = desviación estándar de la población funcional.

S_1 = desviación estándar de la población disfuncional en la preprueba.

M_0 = promedio de la población funcional.

M_1 = promedio de la población disfuncional en la preprueba.

3.2. Índice de Cambio Confiable

La segunda fase del método de Jacobson et al. (1999) permite determinar si la cantidad de cambio ocurrida en los participantes es lo suficientemente confiable para considerar que no se debió al error de medición. Para este fin, los autores propusieron el procedimiento llamado Índice de Cambio Confiable (ICC), y se calcula con la siguiente fórmula:

$$ICC = \frac{M_{pre} - M_{post}}{S_{diff}}$$

En donde M_{pre} y M_{post} son las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en la preprueba y la postprueba, y S_{diff} es el error estándar de la diferencia entre las mediciones. Esta última medida describe la amplitud de la distribución de las puntuaciones del cambio que podrían esperarse si no ocurriera algún cambio y se calcula con la fórmula:

$$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$$

En donde S_E es el error estándar de la medición y se calcula con la siguiente fórmula:

$$S_E = SD_{pre} \sqrt{1 - r_{xx}}$$

En donde SD_{pre} es la desviación estándar de la preprueba para la muestra normativa y r_{xx} es la confiabilidad test-retest de la escala.

Un ICC mayor a 1.96 ($p < .05$) indica que un cambio en el sujeto no se debió al azar, sino al efecto del tratamiento, y es de suficiente magnitud para ser confiable. Un paciente que rebasa el punto de corte descrito en ambos pasos, es considerado como cambiado en un grado clínicamente significativo. Este procedimiento se completa al calcular la proporción de casos que cumplen ambos criterios en una muestra determinada. Los participantes que presentan un ICC mayor a 1.96 o que rebasan el punto límite después de aplicar una intervención, se consideran mejorados.

La significancia clínica del cambio puede calcularse independientemente para cada participante e incluso con muestras pequeñas, por lo que evita limitaciones de poder, asociadas con tamaños de muestra pequeños al usar las pruebas estadísticas tradicionales.

Se ha sugerido que “recuperado” puede ser un criterio demasiado severo para las poblaciones con enfermedades mentales crónicas, y que el cambio que solamente es confiable (mayor que los valores del ICC) es suficiente para explicar la mejoría, si no “la recuperación”. La aplicación de la metodología de significancia clínica ha recibido el apoyo empírico de Lunnen y Ogles (1998); por consiguiente, el cambio de los participantes en las escalas clínicas puede presentarse como deteriorado (cambio mayor que ICC en una dirección negativa), ningún cambio (sin cambio mayor que ICC),

mejorado (cambio mayor que ICC en una dirección positiva), o recuperado (cambio mayor que ICC en una dirección positiva y cruzando el punto de corte hacia la distribución funcional) (Sikkema et al., 2004).

3.3. Comparaciones normativas

Mientras Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) propusieron procedimientos para determinar la significancia clínica a nivel individual, Kendall et al. (1999) propusieron realizar comparaciones normativas a nivel grupal, para probar que después de la intervención, los grupos de individuos tratados presentan niveles de sintomatología similares o inferiores a los de la población general, es decir, si el grupo con intervención y el grupo normativo son clínicamente equivalentes. Estos enfoques han sido utilizados en la evaluación de la eficacia de los tratamientos (Beretta et al., 2005; Openshaw, Waller & Sperlinger, 2004; Sheldrick et al., 2001) y en la evaluación de intervenciones con poblaciones normales que participan en programas de prevención (Hawley, 1995; Roberts, Neal, Kivlahan, Baer & Marlatt, 2000). Además, se ha utilizado para realizar evaluaciones meta-analíticas de la significancia clínica del cambio en trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz, 1998).

De acuerdo con Kendall et al. (1999), las comparaciones normativas consisten en realizar pruebas de equivalencia clínica y pruebas estadísticas tradicionales. Las pruebas de equivalencia clínica, se calculan con las siguientes fórmulas:

$$C.E. = \frac{M_N - M_C - 1S_1}{SE}$$

$$SE = \left\{ \left[\frac{(n_N - 1)SD_C^2 + (n_C - 1)SD_C^2}{n_N + n_C - 2} \right] \left[\frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{1/2}$$

y las pruebas de significancia estadística, se calculan con la siguiente fórmula:

$$t = \frac{M_N - M_C}{SE}$$

Donde:

C.E. = equivalencia clínica

M_N = media del grupo normativo

M_C = media del grupo sintomático en la postprueba

$1S_1$ = una desviación estándar del grupo normativo

SE = error estándar de la diferencia entre las medias de ambos grupos

n_N = tamaño de la muestra del grupo normativo

n_C = tamaño de la muestra del grupo sintomático en la postprueba

SD_C = desviación estándar del grupo normativo

Una vez calculados, los valores de las pruebas de equivalencia clínica y las pruebas estadísticas tradicionales se comparan con el valor de t de tablas ($p = .05$), considerando que si son mayores al valor de tablas, se rechazan ambas hipótesis nulas, las cuales establecen que:

Ho para la equivalencia clínica: la diferencia entre la media en la postprueba del grupo sintomático y la media del grupo normativo, no cae dentro del rango especificado de cercanía.

Ho para la prueba de significancia estadística: no existen diferencias entre la media en la postprueba del grupo sintomático y la media del grupo normativo.

Posteriormente, para clasificar los resultados, se utiliza la matriz de la Tabla 5.

La celda I incluye resultados en los cuales se rechazan ambas hipótesis nulas, y se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media del grupo sintomático y la del grupo normativo. La prueba de equivalencia clínica indicaría que la diferencia entre la media del grupo sintomático y la media del grupo normativo cae dentro del rango especificado de cercanía.

Tabla 5. Clasificación de los resultados de las pruebas de significancia estadística de los efectos, usando pruebas de equivalencia clínica y estadística (Kendall, 1999).

		Prueba estadística tradicional	
		Efecto significativo	Efecto no significativo
Prueba de equivalencia clínica	Significativa	Celda I Estadísticamente diferente, clínicamente equivalente	Celda II Estadísticamente igual, clínicamente equivalente
	No significativa	Celda III Diferente (clínicamente no equivalente)	Celda IV Hallazgos erróneos (no existe evidencia suficiente para tomar una decisión)

La celda II incluye resultados en los cuales se acepta la hipótesis nula de la prueba estadística y se rechaza la hipótesis nula de la equivalencia clínica, y se concluye que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media del grupo sintomático y la del grupo normativo. La prueba de equivalencia clínica indicaría que la diferencia entre la media del grupo sintomático y la media del grupo normativo cae dentro del rango especificado de cercanía, y se puede concluir que el grupo sintomático ha regresado al rango normativo en las variables de interés. Éste es el caso ideal, e indicaría que las comparaciones normativas apoyan la significancia clínica de los resultados.

La celda III incluye resultados en los cuales se rechaza la hipótesis nula de la prueba estadística y se acepta la hipótesis nula de la equivalencia clínica, y se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media del grupo sintomático y la del grupo normativo. La prueba de equivalencia clínica indicaría que la diferencia entre la media del grupo sintomático y la media del grupo normativo no cae dentro del rango especificado de cercanía. En este caso, la media del grupo sintomático en la postprueba y la media del grupo normativo no son iguales, y se concluye que el tratamiento no regresó al grupo sintomático al rango normativo.

La celda IV incluye resultados en los cuales se aceptan ambas hipótesis nulas, y se concluye que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media del grupo sintomático y la del grupo normativo. La prueba de equivalencia clínica indicaría

que la diferencia entre la media del grupo sintomático y la media del grupo normativo no cae dentro del rango especificado de cercanía. Este resultado se obtendría cuando no existe suficiente poder estadístico.

3.4. Significancia clínica y prevención

Al igual que en los estudios clínicos, es importante evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas. La mayoría de los estudios que evalúan intervenciones enfocadas a aumentar los factores de protección y/o disminuir los de riesgo para el desarrollo de un TCA, se han enfocado en evaluar la significancia estadística y están sujetos a las limitaciones antes mencionadas. Pocos estudios han evaluado los cambios clínicamente significativos (Wilksch et al., 2006). Debido a que ambos tipos de significancia proveen información complementaria y relevante, el presente estudio se enfocó en obtener información tanto de la significancia estadística como clínica del efecto de la intervención, para disminuir los factores de riesgo para el desarrollo de un TCA. La evaluación de la significancia clínica, puede ser de gran valor para los investigadores que se enfocan en la prevención, como un método complementario de análisis.

Una limitación importante de este enfoque es que la naturaleza de la población que busca servicios preventivos tiende a ser no clínica, ya que en la significancia clínica se parte de la suposición de que un paciente acude a tratamiento como parte de una población clínica disfuncional, con el objetivo de moverse hacia una población no clínica. Sin embargo, por definición, una muestra no clínica no tiene una distribución más “normal” a la cual pueda moverse. En consecuencia, la pregunta que surge es si la primera fase de este procedimiento puede ser usada con una muestra que presumiblemente inicia dentro de una distribución no clínica.

Jacobson y Truax (1991) señalaron que la única alternativa disponible cuando no existen normas, es utilizar el criterio de las dos desviaciones estándar por encima de la media en la distribución en la cual un paciente actualmente se ubica. Sin embargo, el “efecto de techo” puede hacer que esta opción sea inapropiada para muestras no clínicas. Para sobrepasar el punto de corte clínicamente significativo, un paciente debería estar dentro del 5% superior. Claramente, los cambios significativos pueden ocurrir con métodos preventivos para participantes que no alcanzan los niveles altos de funcionamiento.

Una posibilidad para abordar este dilema es crear un grupo de normas con una muestra no clínica que rebase los puntos de corte de un instrumento de tamizaje diseñado para identificar sintomatología asociada con anorexia y bulimia (grupo con sintomatología) y una muestra que no rebasa los puntos de corte del instrumento (muestra normativa). La distribución resultante podría ser usada para crear un punto de corte entre la muestra normativa y la muestra con sintomatología. En resumen, esta investigación plantea una alternativa para aplicar el procedimiento completo para evaluar la significancia clínica de las intervenciones preventivas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A pesar de la prevalencia baja de los TCA en la población, se ha observado que las conductas de dieta para perder peso, el deseo de estar más delgados y la insatisfacción con el peso corporal, se presentan en un rango de 14 al 55% de la población de hombres y mujeres de 7 a 13 años (Gómez-Peresmitré, 1997; Krahnstoever et al., 2003; Maloney et al., 1989). Aunado a ello, se ha ubicado el inicio de las dietas restrictivas entre los 9 y los 11 años (Austin, 2001; Gómez-Perezmitré & Ávila, 1998; Horm & Anderson, 1993; Mellin et al., 1992), y sufre un considerable aumento durante la transición hacia la escuela secundaria (Richards et al., 1990).

Los primeros síntomas de los TCA comúnmente aparecen en la adolescencia temprana (Neumark-Sztainer et al., 1995a), lo cual en parte se debe a que la pubertad es una etapa de alto riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal (O'Dea & Abraham, 1999). Por lo tanto, debido a que las mujeres comienzan a estar insatisfechas con sus cuerpos a edades cada vez más tempranas, el presente estudio se implementó con preadolescentes y adolescentes tempranos.

Se ha sugerido que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando previenen la aparición de conductas de dieta no saludables, que cuando se dirigen a la supresión de esas conductas (Neumark-Sztainer et al., 1995a). Con base en la revisión de la literatura, parece que la prevención debería iniciar en la preadolescencia y en la adolescencia temprana, ya que se ha señalado que el esquema de delgadez en estas etapas aún no está bien consolidado. Además, conforme aumenta la grasa corporal y el interés por el sexo opuesto, se ha observado que también aumentan las actitudes y conductas alimentarias alteradas, por lo que se ha sugerido implementar las intervenciones preventivas en edades tempranas. Por otro lado, se ha señalado que los hombres forman parte del ambiente social que crea y mantiene las normas de dieta no saludables y ejercen presión para la delgadez; además tienen una actitud más negativa hacia la gente con sobrepeso, por lo que es importante incluirlos en el programa de prevención porque dejarlos fuera implica ignorar su influencia potencialmente positiva para apoyar los cambios preventivos (Austin, 2000)

En un metaanálisis realizado por Stice y Shaw (2004), concluyeron que los programas interactivos (*vs* didácticos) pueden tener más efectos positivos en los participantes. Esta conclusión fue obtenida al comparar diferentes estudios que incluyeron una u otra modalidad de presentación del programa de prevención, por lo

que sería importante comparar, en un mismo estudio, el efecto de un programa didáctico y uno cognitivo-conductual.

La prevención primaria de los TCA ha recibido mucha atención en los últimos 10 años. Los programas de prevención típicamente se han enfocado a reducir la preocupación por el cuerpo y las prácticas de dieta no saludables en mujeres adolescentes, usando presentaciones didácticas e interactivas en los salones de clase. Globalmente, los hallazgos de estos estudios han sido mixtos. Mientras que las intervenciones más recientes lograron mejores resultados que los estudios tempranos, los cambios han sido pequeños y en pocas ocasiones se han mantenido en el seguimiento. Se han planteado ciertas críticas a estos estudios. Primero, muchos programas no tienen grupo control o seguimiento. Segundo, los programas no tienen un esquema teórico sobre el cual organizan y presentan los materiales del programa. Por lo anterior, es necesario realizar investigaciones sobre los efectos de los programas de prevención de los TCA con relación al género y edad de los participantes, el formato de las intervenciones (cognitivo-conductual o didáctico) y la población a la que se dirigen.

Para evaluar la eficacia de los programas de prevención, se han utilizado tradicionalmente pruebas de significancia estadística, las cuales se ocupan de evaluar la probabilidad de cambio y no evalúan la eficacia de la intervención en términos del número de participantes que reducen los riesgos relacionados con el problema, es decir, no proporcionan datos sobre la variabilidad de los resultados, por lo que Jacobson y Truax (1991) propusieron evaluar la significancia clínica mediante el índice de cambio confiable (ICC). Adicionalmente, se ha sugerido realizar comparaciones normativas para determinar si las medias de los grupos son clínica y estadísticamente equivalentes (Kendall et al., 1999).

La presente investigación plantea las siguientes preguntas: a) ¿Cuál será el efecto del programa cognitivo-conductual sobre la preocupación por la comida, la insatisfacción corporal, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, las conductas compensatorias, la interiorización de los modelos estéticos corporales y la autoestima en estudiantes de primaria y secundaria?; b) ¿El programa cognitivo-conductual tendrá más efectos en comparación con el didáctico?; c) ¿Cuál será el impacto por género (hombres y mujeres) y por nivel escolar (primaria y secundaria)?; y d) ¿habrá diferencias en los cambios provocados por el programa, desde el punto de vista de la significancia clínica y estadística?

Los propósitos de la presente investigación fueron: 1) evaluar un programa de prevención, usando un grupo control y un seguimiento (6 meses); 2) integrar la teoría cognitivo-conductual para examinar la efectividad del programa de prevención; y 3) evaluar la significancia clínica y estadística del programa, sobre las actitudes hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), las conductas alimentarias (evitación de alimentos engordantes, atracón y conductas compensatorias), la interiorización de los modelos estéticos corporales y la autoestima.

El programa incorporó las experiencias aprendidas en estudios de prevención previos. Fue impartido a hombres y mujeres preadolescentes y adolescentes tempranos. Se diseñó con un enfoque cognitivo-conductual y tiene como finalidad proporcionar a los participantes habilidades y un sentido de control sobre sí mismos para enfrentar los retos de la adolescencia, sin recurrir a actitudes y conductas no saludables.

IV. FASE UNO: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y DISTRIBUCIONES NORMATIVAS

La finalidad de esta fase del estudio fue: a) evaluar las propiedades psicométricas del ChEAT para niños de primaria; b) calcular la confiabilidad de todas las escalas y subescalas, tanto para hombres como para mujeres de primaria y secundaria; y c) obtener las distribuciones normativas y los puntos límite de cada escala y subescala, entre la población normativa y la población con sintomatología, para realizar las comparaciones, en la fase tres del estudio. En los siguientes apartados se describen los estudios realizados para alcanzar estos objetivos.

4.1. Propiedades psicométricas del ChEAT

Método

Participantes

Para evaluar las propiedades psicométricas del ChEAT se utilizó una muestra no probabilística de 279 estudiantes de quinto grado de primaria. El 52.3% fueron mujeres ($n = 146$) y el 47.7% fueron hombres ($n = 133$). La media de edad fue de 10.33 años ($DE = 0.66$), con un rango de 9 a 13 años.

Instrumentos

El Test de Actitudes Alimentarias Infantil (ChEAT) fue desarrollado por Maloney et al. (1988) para evaluar la sintomatología y preocupaciones características de la AN a partir de 26 reactivos con seis opciones de respuesta. Ha sido ampliamente utilizado como instrumento de tamizaje para niños, para lo que Halvarsson, Lunner, Westerberg, Anteson y Sjödén (2002) proponen un punto de corte de 15, eliminando los reactivos 19 y 25, ya que han mostrado una baja confiabilidad ítem-total. Por otro lado, Sancho, Asorey, Arija y Canals (2005), conjuntando una muestra de 1336 niños y niñas españoles de 9 a 14 años de edad, reportaron una confiabilidad de .71. En esta investigación se utilizaron las puntuaciones obtenidas por los participantes de primaria en las siguientes tres subescalas: 1) motivación para adelgazar (cinco preguntas), 2) evitación de alimentos engordantes (tres preguntas), y 3) preocupación por la comida

(cuatro preguntas). Cabe destacar que no existen datos de confiabilidad en México para esta escala.

Procedimiento

Antes de la aplicación, los alumnos y sus padres fueron informados de la naturaleza del estudio, firmaron su consentimiento para la participación y el uso anónimo de los resultados de sus hijos. Todos los participantes completaron el cuestionario dentro de los horarios de clase. En la aplicación del instrumento, se solicitó a los niños que llenaran los datos sociodemográficos requeridos para el estudio. Posteriormente se leyeron las instrucciones en voz alta a los participantes. Una vez que todos comprendieron cómo responder las preguntas –que utilizan una escala tipo Likert– el investigador leyó cada pregunta y después lentamente la repitió. A cada participante se le entregó una hoja blanca para que la usaran como guía para señalar el renglón de las opciones de respuesta correspondiente a cada pregunta del cuestionario. Al finalizar cada página, se les solicitó que revisaran si habían contestado todas las preguntas, para continuar leyendo la siguiente página. La aplicación del ChEAT fue realizada por la autora.

Análisis

Para los análisis, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, ver. 10.0 para Windows). Posteriormente se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del ChEAT, que incluyó la definición de la estructura factorial, la confiabilidad de las escalas y subescalas y por género, empleando el análisis de componentes principales con rotación VARIMAX y el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados

Las propiedades psicométricas del ChEAT se determinaron empleando conjuntamente la muestra de 279 niños y niñas de primaria, ya que no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones totales de ambos grupos ($t = 0.24$, $p = .81$).

La puntuación promedio en el ChEAT-26 fue de 11.80, con una desviación estándar de 9.51. El pico de frecuencia se ubicó en el rango de puntuación de 3 a 7, mientras que -de acuerdo a la curva de normalidad- éste se situó en el rango comprendido entre 10 y 15 (Figura 1). La puntuación promedio, eliminando los ítems

19 y 25 como sugieren Maloney et al. (1988), fue de 9.34 con una desviación estándar de 8.86.

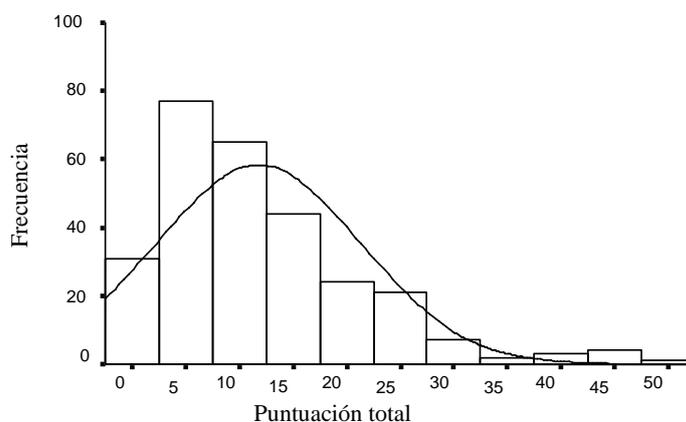


Figura 1. Distribución de frecuencias y curva de distribución en la puntuación total del ChEAT.

El análisis de confiabilidad se realizó con el coeficiente Alfa de Cronbach. Este análisis indicó que el ChEAT cuenta con una consistencia interna adecuada ($\alpha = .82$) y lo mismo se observó en cuanto al alfa estandarizada (.82). Solamente si se anularan el ítem 19 y el 25, como recomiendan Maloney et al. (1988), el alfa aumentaría mínimamente (.83), por lo que se decidió incluirlos en el análisis.

Al analizar la confiabilidad de la escala por el método de división por mitades, se observó que el coeficiente de correlación entre las dos partes fue aceptable (.66); además, al emplear las fórmulas de Guttman y de Spearman-Brown, también se obtuvieron coeficientes adecuados (.80 en ambos casos), lo cual indica que el ChEAT posee una consistencia interna adecuada.

Con respecto a la correlación ítem-total, el coeficiente de Pearson indicó que todos los ítems correlacionaron positiva y significativamente con la puntuación total. Se encontró que los ítems 11, 12, 14, 16, 22 y 23 mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para considerarse con capacidad para predecir ($r \geq .50$). Adicionalmente, 14 ítems mostraron una correlación moderada ($r \geq .30$), 4 ítems mostraron una correlación débil ($r \geq .20$) y los ítems 4 y 25 mostraron correlaciones pobres ($r \leq .20$) con la puntuación total del ChEAT.

El análisis de componentes principales extrajo siete factores con valores propios mayores a uno, que explican 52.24% de la variabilidad total. Posteriormente se aplicó el procedimiento de rotación VARIMAX para minimizar el número de ítems con saturaciones altas en un sólo factor (Tabla 6), y se observó que se conserva la estructura

de siete factores (Tabla 7). Los criterios para la inclusión de los ítems en un factor fueron: a) carga ponderal mayor o igual a .40; b) los ítems se incluyeron en un solo factor, aquél en el que presenten mayor saturación y/o que mantengan congruencia conceptual con los ítems del factor; y c) un factor debe estar conformado por al menos tres ítems (Yela, 1997).

Tabla 6. Estructura factorial para el ChEAT con rotación VARIMAX.

Factor	Valor propio	% de varianza explicada	% acumulado
1	5.70	21.92	21.92
2	1.69	6.49	28.41
3	1.51	5.80	34.21
4	1.27	4.89	39.09
5	1.21	4.65	43.74
6	1.13	4.36	48.10
7	1.08	4.14	52.24

El primer factor, denominado Motivación para adelgazar incluyó cinco ítems y explicó 21.92% de la variabilidad total ($\alpha = .74$). El segundo factor, denominado Conductas compensatorias, incluyó tres ítems y explicó 6.49% de la variabilidad ($\alpha = .70$). El tercer factor, llamado Preocupación por la comida, incluyó seis ítems y explicó 5.80% de la variabilidad ($\alpha = .62$). El cuarto factor, llamado Evitación de alimentos engordantes, incluyó cuatro ítems y explicó 4.89% de la variabilidad ($\alpha = .65$). Finalmente, el quinto factor, llamado Presión social percibida, incluyó cuatro ítems y explicó 4.65% de la variabilidad ($\alpha = .55$). Los dos factores restantes no cumplieron los criterios, ya que incluyeron sólo uno o dos ítems, por lo que se eliminaron, quedando conformada una estructura de 5 factores (22 ítems) que explican 43.74% de la varianza total.

Tabla 7. Estructura factorial del ChEAT.

Factor	Ítem	Carga
Factor 1: Motivación para adelgazar		
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.80
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)	.72
1	Me da mucho miedo pesar demasiado	.71
12	Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio	.61
23	Me comprometo a hacer dietas	.55
Factor 2: Conductas compensatorias		
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas	.74
24	Me gusta sentir el estómago vacío	.51
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	.40
Factor 3: Preocupación por la comida		
18	Siento que los alimentos controlan mi vida	.68
22	Me siento incómodo(a) después de comer dulces	.61
10	Me siento culpable después de comer	.58
3	Me preocupo mucho por la comida	.51
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	.47
4	A veces me he atracado de comida	.41
Factor 4: Evitación de alimentos engordantes		
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos	.67
16	Procuro no comer alimentos con azúcar	.59
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.57
17	Como alimentos dietéticos	.44
Factor 5: Presión social percibida		
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	.72
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.71
15	Tardo en comer más que las otras personas	.58
20	Noto que los demás me presionan para que coma	.55

4.2. Confiabilidad de las escalas y subescalas

Método

Participantes

Para calcular la confiabilidad de todas las escalas y subescalas, se aplicaron los instrumentos a una muestra no probabilística de 684 sujetos de ambos sexos: 279 estudiantes de quinto grado de primaria (146 mujeres y 133 hombres) con un rango de edad entre 9 y 13 años, y 405 de segundo grado de secundaria (199 mujeres y 206 hombres) con un rango de edad entre 12 y 14 años, pertenecientes todos a escuelas de la zona norte del área metropolitana de la Ciudad de México.

Instrumentos

Para evaluar las actitudes y conductas alimentarias alteradas en participantes de secundaria, se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), mientras que en primaria se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias Infantil (ChEAT). Por otro lado, la autoestima fue evaluada usando la Escala de Autoestima Infantil (PAI) en participantes de primaria, mientras que en secundaria se evaluó con la Escala de Autoestima para Adolescentes (PAI-A). A continuación se describen los instrumentos utilizados en esta etapa.

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) fue desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) para evaluar la sintomatología y preocupaciones características de la AN, a partir de 40 reactivos con seis opciones de respuesta. Ha sido ampliamente utilizado para identificar conductas y actitudes alimentarias alteradas en muestras de estudiantes de 9 a 19 años de edad (Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol & Ferrer, 2002; Jones, Bennett, Olmsted, Lawson & Rodin, 2001; Rhyne-Winkler, 1994). En México - con una muestra de 2169 mujeres de 13 a 30 años- la escala tiene un punto de corte de 28 y una confiabilidad adecuada ($\alpha = .83$), y está compuesta por siete factores: 1) motivación para adelgazar, 2) evitación de alimentos engordantes, 3) preocupación por la comida, 4) presión social percibida, 5) obsesiones y compulsiones, 6) patrones y estilos alimentarios, y 7) conductas compensatorias (Alvarez, Vázquez, Mancilla et al., 2002). En esta investigación sólo se utilizaron las puntuaciones obtenidas por los participantes de secundaria en las siguientes subescalas: 1) motivación para adelgazar (cinco preguntas), 2) evitación de alimentos engordantes (tres preguntas), y 3)

preocupación por la comida (cuatro preguntas). La confiabilidad de estas subescalas, de acuerdo con Alvarez (2000), para muestras comunitarias es de .79, .63 y .64, respectivamente.

El Test de Actitudes Alimentarias Infantil (ChEAT) fue desarrollado por Maloney et al. (1988). Este instrumento fue descrito previamente (ver apartado 4.1).

El Test de Bulimia (BULIT), desarrollado por Smith y Thelen (1984), consta de 36 reactivos con cinco opciones de respuesta. Permite identificar la presencia de sintomatología y preocupaciones características de la BN. En México se agruparon 22 reactivos, con una confiabilidad total de .88, un punto de corte mayor o igual a 85 para una muestra de 2168 estudiantes de 15 a 30 años de edad, y consta de tres subescalas: 1) atracón, 2) sentimientos negativos posteriores al atracón, y 3) conductas compensatorias (Alvarez, 2000; Alvarez, Mancilla et al., 2000). Este instrumento ha sido utilizado con niños de 10 a 14 años de edad (Baez, 2003; Fuentes, 2003). Para fines de esta investigación se utilizó la puntuación obtenida en las subescalas de atracón (11 preguntas) y conductas compensatorias.

El Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) fue desarrollado por Cooper et al. (1987), evalúa la insatisfacción con la imagen corporal. En México, la escala tiene una confiabilidad de .98, consta de 34 reactivos con seis opciones de respuesta, su punto de corte es de 110 y está compuesta por dos factores: malestar normativo e insatisfacción corporal (Galán, 2004). El BSQ fue adaptado para población hispana (Raich et al., 1996) y ha sido utilizado con niños españoles de 12 años de edad (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario, Martínez-Delgado, 2004) y niños mexicanos de 10 años de edad (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla & Ruiz, 2006). En la presente investigación sólo se utilizó la puntuación total de este instrumento.

El Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) fue desarrollado por Toro, Salamero y Martínez (1994) para medir el grado en el que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal, y propusieron un punto de corte entre 23 y 24. Esta escala está conformada por 40 items con 3 opciones de respuesta y ha sido utilizado con niños de 10 años (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla & Ruiz, 2006) y adolescentes de 11 a 18 años de edad (Toro et al., 2006). En México se proponen cuatro factores: 1) influencia de la publicidad (14 preguntas), 2) malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso (10 preguntas), 3) influencia de los modelos sociales (6 preguntas), y 4) influencia de las relaciones sociales (5 preguntas). El instrumento tiene una confiabilidad de .94

(Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000). En la presente investigación se utilizó la puntuación total de este instrumento.

La Escala de Autoestima Infantil (PAI), desarrollada por Pope et al. (1988), evalúa la percepción de uno mismo (visión objetiva) y el ideal de uno mismo (lo que le gustaría ser), con base a 21 ítems con tres opciones de respuesta. En México fue adaptada y validada por Caso (1999), quien encontró una confiabilidad de .82 y tres factores: 1) Percepción de competencia (7 ítems), 2) evaluación negativa (6 ítems), y 3) evaluación positiva (8 ítems). En la presente investigación se utilizó la puntuación total de este instrumento con los participantes de primaria.

La Escala de Autoestima para Adolescentes (PAI-A) adaptada y validada en México por Caso (1999), con base a la versión de Pope et al. (1988). La escala consta de 21 ítems con cinco opciones de respuesta. Caso encontró una confiabilidad de .84 y los ítems se distribuyen en cuatro factores: 1) Percepción de sí mismo (7 ítems), 2) percepción de competencia (7 ítems), 3) relación familiar (3 ítems), y 4) enojo (4 ítems). En la presente investigación se utilizó la puntuación total de este instrumento en secundaria.

Es importante mencionar que en estas escalas y subescalas, una mayor puntuación indica más conductas y/o actitudes negativas, excepto en la Escala de Autoestima, en donde puntuaciones altas indican mayor autoestima.

Procedimiento

Antes de la aplicación de los instrumentos, los alumnos y sus padres fueron informados de la naturaleza del estudio, y firmaron su consentimiento para la participación y el uso anónimo de los resultados de sus hijos. Todos los participantes completaron los cuestionarios en cinco sesiones, dentro de los horarios de clase, y en el siguiente orden: EAT o ChEAT, subescalas de atracción y conductas compensatorias del BULIT, CIMEC, BSQ y PAI o PAI-A. La aplicación de los instrumentos fue realizada por la autora, de acuerdo con el procedimiento descrito en la sección 4.1.

Análisis

Para los análisis, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, ver. 10.0 para Windows). Se calculó la confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas.

Resultados

La muestra fue no probabilística y quedó conformada por 684 participantes (Tabla 8), los cuales pertenecían a dos niveles escolares: primaria y secundaria. El rango de edad de la muestra de quinto grado de primaria ($n = 279$) fluctuó entre los 9 y 13 años de edad. En la muestra de secundaria ($n = 405$), el rango de edad fue de 12 a 14 años. No se encontraron diferencias entre las edades de hombres y mujeres por nivel escolar.

Tabla 8. Comparación de las edades por género y nivel educativo.

Nivel escolar	Mujeres				Hombres				<i>t</i>
	<i>n</i>	%	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>n</i>	%	\bar{X}	<i>DE</i>	
Primaria	146	(21.4)	10.25	0.62	133	(19.4)	10.34	0.51	1.25
Secundaria	199	(29.1)	12.65	0.59	206	(30.1)	12.75	0.67	1.66

n = número de sujetos, % = porcentaje de sujetos, \bar{X} = media, *DE* = desviación estándar.

La confiabilidad de los instrumentos se calculó para cada nivel (primaria y secundaria) y por género. La Tabla 9 muestra los coeficientes alfa de Cronbach de cada escala y subescala utilizadas en la presente investigación. Los resultados indican que los instrumentos presentan buena confiabilidad. Para mujeres de primaria, los coeficientes varían de .60 a .93, mientras que para los hombres varía de .60 a .92. En secundaria, los coeficientes varían de .69 a .97 para mujeres y de .62 a .95 para hombres. Estos datos indican que las escalas y subescalas poseen una consistencia interna aceptable.

Tabla 9. Confiabilidad (alfa de Cronbach) de las escalas y subescalas utilizadas en este estudio.

Escala y subescala	Secundaria			Primaria		
	Mujeres <i>n</i> = 199	Hombres <i>n</i> = 206	Total <i>n</i> = 405	Mujeres <i>n</i> = 146	Hombres <i>n</i> = 133	Total <i>n</i> = 279
Actitudes hacia la figura y el peso						
Preocupación por la comida ¹	.72	.75	.74	.60	.63	.62
Insatisfacción corporal ²	.97	.95	.96	.93	.92	.93
Motivación para adelgazar ¹	.88	.83	.86	.75	.73	.74
Conductas alimentarias						
Evitación de alimentos engordantes ¹	.69	.70	.70	.67	.61	.65
Atracón ³	.82	.79	.80	.62	.71	.69
Conductas compensatorias ³	.72	.62	.66	.68	.60	.64
Interiorización de los modelos estéticos corporales						
Interiorización de los modelos ⁴	.94	.92	.93	.93	.91	.92
Autoestima						
Autoestima ⁵	.91	.89	.90	.84	.83	.84
Sintomatología de TCA						
Puntuación total en el EAT/ChEAT	.88	.88	.88	.84	.80	.82

¹En el caso de primaria se aplicó el Cuestionario Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) y en secundaria la versión para adolescentes (EAT). ²BSQ. ³Subescalas del BULIT. ⁴CIMEC. ⁵En el caso de primaria se aplicó el Cuestionario de Autoestima versión infantil (PAI) y, en el caso de secundaria, la versión para adolescentes (PAI-A).

4.3. Distribuciones normativas

Método

Participantes

Para obtener las distribuciones normativas relativas a la significancia clínica entre los sujetos expuestos al programa de prevención, se requiere contar con información sobre las medias y desviaciones estándar de la muestra con sintomatología y la muestra normativa o sin sintomatología (Jacobson & Truax, 1991), las cuales se formaron utilizando como criterio el punto de corte del EAT para secundaria y del ChEAT para primaria, por lo que se aplicaron los instrumentos a una muestra no probabilística de 684 sujetos de ambos sexos, previamente descritos en el apartado 4.2.

Instrumentos

Se utilizó la puntuación total del EAT-40 para conformar los grupos de participantes de secundaria con sintomatología y sin sintomatología, y la del ChEAT para conformar ambos grupos en primaria.

Además se aplicaron el Test de Bulimia (BULIT), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), la Escala de Autoestima Infantil (PAI) y la Escala de Autoestima para Adolescentes (PAI-A), descritos en la sección anterior (ver sección 4.2).

Variable de clasificación

Sintomatología de TCA

Se define como el conjunto de actitudes y conductas autopercebidas características de la alimentación alterada. Incluye el desacuerdo con el cuerpo y el deseo de cambiarlo perdiendo peso mediante la restricción alimentaria extrema o las purgas (Garner & Garfinkel, 1979). Fue obtenida mediante la puntuación total en el EAT-40, en el caso de los participantes de secundaria, o mediante la puntuación total en el ChEAT, en el caso de los niños de primaria. Los participantes de secundaria que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 28 en el EAT, fueron clasificados en el grupo con sintomatología. Los participantes de primaria que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 20 en el ChEAT, fueron clasificados en el grupo con sintomatología. Aquellos hombres y

mujeres que obtuvieron una puntuación menor a estos puntos de corte, fueron clasificados en el grupo sin sintomatología.

Procedimiento

Para una descripción detallada del procedimiento ver la sección 4.2.

Análisis

Para los análisis, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, ver. 10.0 para Windows). Se obtuvieron las distribuciones de la muestra por nivel escolar y por género, incluyendo las medias, desviaciones y/o errores estándar para cada escala y subescala. Se clasificó a los participantes de cada nivel escolar en dos grupos: con sintomatología y sin sintomatología, de acuerdo con los puntos de corte del instrumento de tamizaje (EAT o ChEAT) y, finalmente, se obtuvieron los puntos límite (c), mediante el procedimiento descrito por Jacobson et al. (1999).

En la Figura 2 se muestra un ejemplo de las distribuciones para los grupos normativo y con sintomatología, así como el punto límite.

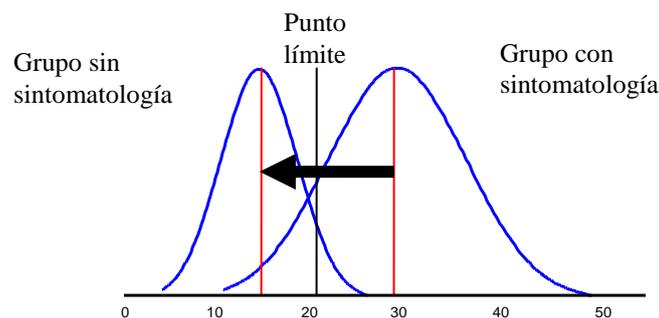


Figura 2. Ejemplo de las distribuciones de los grupos con sintomatología y normativo, así como la ubicación del punto límite.

Resultados

De la muestra de 279 niños de primaria, 72 (25.8%) rebasaron el punto de corte del ChEAT (40 niñas y 32 niños); y en el caso de secundaria ($n = 405$), 40 participantes (18 hombres y 22 mujeres) rebasaron el punto de corte del EAT (9.9%), por lo que fueron incluidos en los grupos respectivos con sintomatología. El resto de participantes en cada nivel, fue incluido en el grupo normativo.

Se compararon los promedios obtenidos por hombres y mujeres en las diferentes escalas y subescalas por nivel escolar, para determinar si en las distribuciones normativas se incluirían tanto a hombres como a mujeres o se analizarían por separado.

Los resultados de la prueba *t* para primaria, indicaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el atracón. Fueron los hombres quienes mostraron puntuaciones más altas que las mujeres (Tabla 10), por lo que en esta escala, los puntos límite se calcularon de manera separada, mientras que en el resto de las escalas se conjuntaron a hombres y mujeres.

Tabla 10. Comparación de las puntuaciones en las escalas entre mujeres y hombres de primaria.

Escala	Mujeres (<i>n</i> = 146)		Hombres (<i>n</i> = 133)		<i>t</i>
	\bar{x}	(<i>DE</i>)	\bar{x}	(<i>DE</i>)	
Actitudes hacia la figura y el peso					
Preocupación por la comida	0.91	(1.85)	1.02	(1.95)	0.49
Insatisfacción corporal	65.98	(27.71)	72.41	(28.69)	1.91
Motivación para adelgazar	3.08	(4.34)	2.95	(3.96)	0.26
Conductas alimentarias					
Evitación de alimentos engordantes	1.31	(2.03)	0.93	(1.39)	1.79
Atracón	18.36	(5.44)	20.69	(6.31)	3.31***
Conductas compensatorias	7.47	(3.35)	7.49	(3.30)	0.06
Interiorización de los modelos estéticos corporales					
Interiorización de los modelos	15.92	(12.53)	16.94	(12.14)	0.69
Autoestima					
Autoestima	56.18	(31.36)	55.86	(29.10)	0.09

n = número de sujetos; \bar{x} = media; *DE* = desviación estándar; *** *p* < .001

Los resultados de la prueba *t* para secundaria (Tabla 11), indicaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la insatisfacción corporal, en la motivación para adelgazar y en la interiorización de los modelos estéticos corporales, destacando éstas en las mujeres. Debido a que las puntuaciones en estas tres escalas fueron diferentes entre hombres y mujeres, los puntos límite se calcularon de manera separada, y en el resto de las escalas se conjuntó a hombres y mujeres.

Tabla 11. Comparación de las puntuaciones en las escalas entre mujeres y hombres de secundaria en la fase uno.

Escala	Mujeres (<i>n</i> = 199)		Hombres (<i>n</i> = 206)		<i>t</i>
	\bar{x}	(<i>DE</i>)	\bar{x}	(<i>DE</i>)	
Actitudes hacia la figura y el peso					
Preocupación por la comida	0.46	(1.32)	0.33	(1.26)	0.95
Insatisfacción corporal	66.89	(33.40)	56.30	(25.28)	3.60**
Motivación para adelgazar	2.32	(3.91)	1.39	(2.91)	2.70*
Conductas alimentarias					
Evitación de alimentos engordantes	0.75	(1.65)	0.61	(1.47)	0.89
Atracón	16.94	(6.50)	17.20	(5.79)	0.43
Conductas compensatorias	6.61	(3.24)	6.23	(2.22)	1.37
Interiorización de los modelos estéticos corporales					
Interiorización de los modelos	17.40	(12.91)	11.80	(10.37)	4.80**
Autoestima					
Autoestima	85.24	(13.72)	87.50	(12.33)	1.75

\bar{x} = media; *DE* = desviación estándar; * *p* < .05; ** *p* < .01

Se calculó el punto límite para cada nivel (primaria y secundaria) en cada escala y subescala, con los criterios propuestos por Jacobson et al. (1984), los cuales fueron utilizados más tarde para evaluar los efectos de los programas de prevención, esto en la tercera fase del estudio.

La Tabla 12 muestra las medias y desviaciones estándar de los grupos normativo y con sintomatología, así como los puntos límite encontrados para primaria en cada escala y subescala. La Tabla 13 presenta los mismos resultados para secundaria.

Tabla 12. Promedios, desviaciones estándar y puntos límite para primaria.

Escalas y subescalas	Grupo normativo			Con sintomatología de TCA			Punto límite
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la comida	207	0.35	0.91	72	2.41	2.68	0.87
Insatisfacción corporal	207	59.81	21.82	72	90.86	30.02	72.88
Motivación para adelgazar	207	1.30	2.18	72	7.06	4.85	3.09
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	207	0.64	1.31	72	2.27	2.13	1.26
Atracón (mujeres)	106	16.74	4.24	40	22.00	6.08	18.90
Atracón (hombres)	101	19.38	5.61	32	23.97	6.84	21.45
Conductas compensatorias	207	5.57	2.32	72	7.16	3.04	6.26
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos	207	13.82	10.31	72	22.51	14.46	17.44
Autoestima							
Autoestima	207	55.37	30.98	72	57.59	28.57	56.52

Tabla 13. Promedios, desviaciones estándar y puntos límite para secundaria

Escala y subescalas	Grupo normativo			Con sintomatología de TCA			Punto límite
	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la comida	365	0.18	0.70	40	1.72	2.64	0.50
Insatisfacción corporal (mujeres)	177	60.56	25.87	22	104.00	46.68	76.05
Insatisfacción corporal (hombres)	188	52.53	19.39	18	80.25	41.23	61.40
Motivación para adelgazar (mujeres)	177	1.48	2.81	22	7.28	5.56	3.43
Motivación para adelgazar (hombres)	188	0.72	1.82	18	5.64	4.58	2.12
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	365	0.39	1.03	40	2.46	2.69	0.96
Atracón	365	15.90	4.40	40	24.25	9.55	18.53
Conductas compensatorias	365	5.88	1.69	40	9.67	5.02	6.83
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos (mujeres)	177	15.27	10.46	22	29.86	18.19	20.60
Interiorización de los modelos (hombres)	188	10.10	7.67	18	22.57	17.08	13.96
Autoestima							
Autoestima	365	87.35	12.32	40	80.53	15.83	84.37

V. FASE DOS: ESTUDIO PILOTO

Objetivo

El objetivo de esta fase fue realizar los ajustes necesarios a los programas, por lo que no se aplicaron los instrumentos a los participantes, y solamente se recopiló información sobre los contenidos, la duración y el número de sesiones.

Método

Participantes

En esta fase se trabajó con una escuela primaria y una secundaria diferentes a las que participaron en las fases tres y cuatro del estudio, aunque con características similares, ya que todas eran públicas y de la misma zona (Coacalco-Ecatepec). De cada una de ellas se tomaron dos grupos para realizar el estudio piloto de las intervenciones. Se aplicó el programa a un total de 40 participantes seleccionados al azar dentro de cada uno de sus grupos: un grupo de quinto de primaria para el programa didáctico ($n = 10$), un grupo de quinto de primaria para el programa cognitivo-conductual ($n = 10$), un grupo de segundo de secundaria para el programa didáctico ($n = 10$) y un grupo de segundo de secundaria para el programa cognitivo-conductual ($n = 10$). El rango de edad de los participantes de primaria fue de 9 a 11 años y el de secundaria fue de 11 a 14 años. En cada grupo, la mitad fueron hombres y la mitad mujeres.

Descripción del programa

Se diseñó un programa, titulado Programa de Imagen Corporal (PIC), dirigido a estudiantes de ambos géneros de entre 9 y 15 años de edad.

El programa fue conceptualizado bajo un esquema del desarrollo (Seiffge-Krenke, 1998) y está dirigido a: 1) disminuir en los participantes el énfasis puesto en la figura y el peso con el fin de aumentar la satisfacción corporal; 2) desarrollar en ellos habilidades para resistirse a las presiones socioculturales para la delgadez; 3) aumentar su autoestima, mediante el reconocimiento de sus cualidades no relacionadas con la apariencia física; 4) desarrollar en los participantes estrategias de afrontamiento y manejo del estrés; y 5) fomentar conductas alimentarias saludables. Comprende ocho sesiones, cada una de las cuales se impartió en 60 minutos una vez a la semana. En el

programa se excluyó información sobre TCA, las dietas restrictivas y las conductas no saludables para el control del peso, debido a sus posibles efectos iatrogénicos.

El programa fue impartido con dos modalidades: cognitivo-conductual o didáctica. Para la aplicación del programa se elaboraron dos manuales para el facilitador, que detallan las actividades a realizar en cada sesión. Los contenidos de ambas modalidades fueron similares. La Tabla 14 muestra un esquema general de los contenidos.

Tabla 14. Contenidos del Programa de Imagen Corporal (PIC).

Sesión I. Presentación del programa.
Reglas del programa.
Presentación de los participantes.
Sesión II. Autoestima.
Autoafirmaciones positivas.
Nuestras cualidades.
Meditación: mis cualidades.
Sesión III. Cambios en la adolescencia.
Prejuicios sobre el peso.
Mitos sobre la grasa corporal.
Sesión IV. Asertividad.
Mensajes “tú”.
Conductas agresivas.
Respuestas asertivas.
Monitoreo del cuerpo.
Sesión V. Resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez.
Valores personales y de los medios.
Crítica a las revistas para adolescentes.
Resistencia a los mensajes de los medios.
Sesión VI. Alimentación saludable.
Comida saludable/comida chatarra.
Elaboración de un menú.
Debate sobre alimentación.
Sesión VII. Alimentación emocional.
Hambre emocional.
Meditación: manejo de las emociones.
Respuestas al hambre emocional.
Sesión VIII. Relaciones saludables.
Relaciones sociales saludables.
Solución de conflictos.

El programa cognitivo-conductual comprendió un conjunto de técnicas agrupadas en un *manual de entrenamiento*. Las técnicas utilizadas fueron: 1) compañeros como sujetos y agentes de enseñanza; 2) entrenamiento autoinstruccional, que incluyó verbalizaciones antes, durante y después de la realización de una actividad; 3) instrucción verbal, que consistió en decir en voz alta las instrucciones que se van dando

a sí mismos, lo cual permitió al participante no sólo observar la ejecución, sino también seguir el hilo del pensamiento, su autoconversación y su diálogo interno; 4) modelado, que consistió en exponer a los participantes a uno o varios modelos que exhiben las conductas de interés; 5) moldeamiento, consistió en reforzar las aproximaciones sucesivas a la conducta deseada y/o los componentes de la respuesta que reflejen algún cambio; 6) juego de roles, consistió en situaciones simuladas en las que el participante adoptó un rol y ensayó la conducta deseada, imitando las conductas previamente observadas en los modelos; 7) reforzamiento, que consistió en decir o hacer algo agradable al participante después de una buena ejecución; 8) retroalimentación, consistió en proporcionar información al participante sobre su actuación, y fue proporcionada inmediatamente después de la actuación en el juego de roles y del ensayo de la conducta que se estaba adquiriendo; 9) reflexiones personales; 10) meditación guiada; y 11) tareas. Al finalizar cada unidad, los participantes se llevaron de tarea una actividad llamada *aplicación a la vida cotidiana*, la cual era revisada al inicio de la siguiente sesión. El principal objetivo fue hacerles pensar sobre las ideas más destacables de cada uno de los temas, e invitarles a que obtuvieran sus propias conclusiones. Al finalizar la última sesión, se estableció un contrato psicológico con los participantes, para la aplicación permanente de las habilidades adquiridas en el taller, en la vida cotidiana.

El programa didáctico incluyó los mismos temas que el programa cognitivo-conductual, pero los contenidos fueron presentados mediante el método expositivo por parte del facilitador. Incluyó técnicas como cuestionarios, lectura y discusión de textos relacionados con los temas, análisis de artículos de revistas, reflexiones personales, ejercicios de escritura libre y tareas (ver Anexo 1).

Procedimiento

Se solicitó la autorización correspondiente en cada institución educativa. Antes de la aplicación de los programas en esta fase del estudio, los alumnos y sus padres fueron informados de la naturaleza del estudio, y firmaron su consentimiento para la participación y el uso anónimo de los resultados de sus hijos.

Una vez finalizada la aplicación, se recibió retroalimentación de los participantes en relación al programa. Para este propósito se contó con una hoja de registro, que incluyó información sobre materiales, técnicas utilizadas, observaciones para hacer más

efectivo el programa, contenidos y número de sesiones, ello con la finalidad de realizar los ajustes necesarios al programa, de acuerdo con la retroalimentación obtenida.

Resultados

Debido a que de cada grupo se tomó una muestra de 10 participantes y el resto del grupo permaneció con el maestro titular, no fue posible obtener retroalimentación del programa por parte del profesor, solamente se recopiló información y comentarios por parte de los alumnos. Se observó que en algunas actividades, el lenguaje utilizado en las actividades no fue comprendido por los participantes, por lo que se realizaron los ajustes necesarios para adaptar el lenguaje al nivel cognoscitivo de los alumnos. Por otro lado, las sesiones estaban planeadas para 60 minutos, pero no fue suficiente y tuvieron que extenderse a 90 minutos, previa autorización del director de cada escuela. Algunas actividades contemplaban que el alumno tomara notas o que escribiera indicaciones en hojas blancas, lo cual restaba tiempo a la sesión, por lo que se decidió fotocopiar estos materiales. Cabe mencionar que ni los contenidos ni el número de sesiones (ocho) se modificaron.

FASE TRES: INTERVENCIÓN EN PRIMARIA

Hipótesis

H1. En el grupo de primaria con programa cognitivo-conductual se observará en la postprueba un cambio positivo en sus actitudes hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), conductas alimentarias (evitación de alimentos engordantes, atracón y conductas compensatorias), interiorización de los modelos estéticos corporales y autoestima, en comparación con los grupos con programa didáctico y control. El cambio se mantendrá a los seis meses.

H2: Los cambios en las mujeres del grupo expuesto al programa cognitivo-conductual serán mayores respecto a los hombres expuestos al mismo programa, en las variables antes descritas.

Método

Participantes

Para evaluar las intervenciones, se invitó a tomar parte en el estudio a tres escuelas primarias públicas de la zona norte del área metropolitana de la Ciudad de México. Dichas escuelas no habían tomado parte en un programa de educación formal sobre TCA. La muestra quedó conformada por 120 participantes, de los cuales 61 fueron mujeres (50.8%) y 59 hombres (49.2%), con una media de edad de 9.93 años ($DE = 0.44$). El rango de edad de la muestra fluctuó entre los 9 y 11 años de edad. Los grupos fueron asignados al azar a una de tres condiciones (Tabla 15).

El tamaño de la muestra para este estudio fue determinado utilizando el programa G3 Power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Para detectar un tamaño del efecto grande, utilizando los criterios de Cohen (1988, cit. en Kazdin, 2001), con un poder de .90 y un alfa de .05, se requería un tamaño de muestra de 34 participantes por grupo. En consecuencia, se incluyeron de 39 a 41 participantes en cada grupo.

Tabla 15. Distribución de la muestra de primaria por género y por grupo.

Grupo	Género		Total	
	Femenino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	<i>n</i>	(%)
Cognitivo-conductual	21 (17.5)	20 (16.7)	41	(34.17)
Didáctico	19 (15.8)	21 (17.5)	40	(33.33)
Control	21 (17.5)	18 (15.0)	39	(32.50)
Total	61 (50.8)	59 (49.2)	120	(100.00)

Variables

Variable independiente

Intervención preventiva.

Consistió en la aplicación de un programa de prevención universal cognitivo-conductual.

Variables dependientes

Actitudes hacia la figura y el peso.

Las actitudes hacia la figura y el peso incluyó los factores: motivación para adelgazar, la preocupación por la comida y la insatisfacción corporal (Garner, 1990). Fueron medidas con la puntuación obtenida en las subescalas de motivación para adelgazar y preocupación por la comida del ChEAT (Maloney et al., 1988). Estos factores fueron derivados a partir del análisis factorial realizado en la fase uno del presente estudio.

Además se midió la insatisfacción corporal, definida como el grado en el cual al individuo le disgusta el tamaño y forma de su cuerpo, e implica conocimientos, creencias, valores, expectativas y actitudes que un sujeto interioriza, adopta y construye como parte de su cultura (Garner, 1990; Gómez-Peresmitré, 1999). Para la insatisfacción corporal se utilizó la puntuación total obtenida en el BSQ, desarrollado por Cooper et al. (1987).

Conductas alimentarias no saludables.

Las conductas alimentarias no saludables incluyeron la dieta restrictiva, la presencia de episodios de atracón y las conductas compensatorias (Garner & Garfinkel, 1979).

La dieta restrictiva fue definida como la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordantes” (altos en hidratos de carbono), así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con el propósito de perder peso (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998). Fue medida con la puntuación obtenida en la subescala de evitación de alimentos engordantes del ChEAT (Maloney et al., 1988), derivado a partir del análisis factorial realizado en la fase uno del presente estudio.

El atracón fue definido como el consumo de grandes cantidades de alimento en períodos cortos de tiempo, en ausencia de hambre y en presencia de pérdida de control (American Psychiatric Association, 2000). Para medir esta conducta se utilizó la subescala correspondiente de atracón del BULIT (Smith & Thelen, 1984), retomando la conformación del factor propuesto para México por Alvarez (2000).

Las conductas compensatorias se definieron como aquellas conductas encaminadas a evitar la ganancia de peso resultante del atracón (American Psychiatric Association, 2000). Para medir operacionalmente estas conductas, en primaria, se utilizaron los ítems 9 y 26 del ChEAT, así como el 7, 15, 27, 30 y 34 del BULIT.

Interiorización de los modelos estéticos corporales.

Consiste en el grado en el cual se han interiorizado las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (Toro, 1999), y fue medida con la puntuación total obtenida en el CIMEC, desarrollado por Toro et al. (1994).

Autoestima.

Es la evaluación de la información contenida en el autoconcepto y procede de los sentimientos acerca de lo que somos. Combina la evaluación subjetiva y objetiva de la información, en donde la autoestima se define como la discrepancia entre la percepción de uno mismo (visión objetiva) y el ideal de uno mismo (visión subjetiva). Una gran discrepancia produce baja autoestima (Pope et al., 1988). Esta variable fue medida con la puntuación total obtenida en la Escala de Autoestima (PAI), desarrollada por Pope et al., misma que fue adaptada para niños mexicanos por Caso (1999).

Diseño de investigación

Este proyecto de investigación fue un estudio de intervención con tres grupos (tratamiento cognitivo-conductual, didáctico y grupo control en lista de espera). Los participantes contestaron los cuestionarios en tres puntos en el tiempo: preprueba, postprueba y a los seis meses de seguimiento después del tratamiento. Los grupos se asignaron al azar a cada condición (diseño cuasiexperimental).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el ChEAT (Maloney et al., 1988), el BSQ (Cooper et al., 1987), el BULIT (Smith & Thelen, 1984), el CIMEC (Toro et al., 1994) y el PAI (Pope et al., 1988). Estos instrumentos fueron descritos en la fase uno de la investigación.

Procedimiento

Se seleccionó al azar un grupo de cada escuela para participar en el estudio, con la finalidad de evitar que los participantes comentaran acerca de los contenidos del programa. Antes de la preprueba, los alumnos y sus padres fueron informados de la naturaleza del programa, quienes firmaron su consentimiento para la participación y el uso anónimo de los resultados de sus hijos. Se les informó que el propósito de la investigación era aprender más acerca de las actitudes y conductas alimentarias de los niños. Todos los participantes completaron los cuestionarios antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y a los seis meses, dentro de los horarios de clase. En cada aplicación de los instrumentos, se solicitó a los niños que llenaran los datos sociodemográficos requeridos para el estudio. Posteriormente se leyeron las instrucciones en voz alta a los participantes. Una vez que todos comprendieron cómo responder las preguntas, el investigador leyó cada pregunta de la escala y después - lentamente- la repitió. A cada participante se le entregó una hoja blanca que usaron como guía para señalar el renglón correspondiente a cada pregunta del cuestionario. Al finalizar cada página, se les solicitó que revisaran si habían contestado todas las preguntas, para continuar leyendo la siguiente página. Los participantes contestaron los cuestionarios en cinco sesiones (uno por sesión), en el siguiente orden: ChEAT, subescalas de atracción y conductas compensatorias, CIMEC, BSQ y PAI. Se utilizó el mismo procedimiento en la preprueba, postprueba y seguimiento. Una semana después de la aplicación de la preprueba, se implementó el programa de prevención en las

instalaciones de cada escuela, dentro del horario normal de clase y como parte del currículo escolar, en presencia del profesor titular de la clase. La autora administró las intervenciones a subgrupos de 13 a 14 participantes.

Análisis

Cambio estadísticamente significativo

Para evaluar el cambio estadísticamente significativo, se utilizó el siguiente procedimiento:

Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos por los tres grupos (cognitivo-conductual, didáctico y control) para garantizar la equivalencia inicial en la preprueba, mediante el ANOVA de una vía.

Para probar la hipótesis 1, se realizaron comparaciones intra e intergrupo entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos por los grupos a través del tiempo, mediante un ANOVA factorial de medidas repetidas por grupo (cognitivo-conductual, didáctico y control) y tiempo (antes, después y a los 6 meses de seguimiento).

Para probar la hipótesis 2, se realizaron comparaciones por género entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos por el grupo expuesto a la intervención preventiva a través del tiempo, mediante un ANOVA factorial (hombres y mujeres) de medidas repetidas (antes *vs.* después *vs.* 6 meses de seguimiento).

Cambio clínicamente significativo

Para evaluar el cambio clínicamente significativo de la intervención, se utilizaron los siguientes procedimientos: Índice de Cambio Confiable, punto límite, comparaciones normativas del efecto entre los tratamientos y tamaño del efecto. Los procedimientos se describen a continuación.

Índice de Cambio Confiable.

Se compararon las puntuaciones obtenidas por los participantes en la preprueba con la postprueba y el seguimiento, para cada grupo (cognitivo-conductual, didáctico y control).

Se calculó la confiabilidad test-retest para las escalas y subescalas y, posteriormente, se estimó el Índice de Cambio Confiable (ICC) con la fórmula propuesta por Jacobson y Truax (1991).

Punto límite.

Se compararon las puntuaciones de cada grupo con sintomatología (cognitivo-conductual, didáctico y control) con los puntos límite obtenidos en la fase uno, tanto para primaria como para secundaria (ver Tablas 10 y 11). Los participantes cuyos cambios en las puntuaciones fueron confiables (utilizando el criterio del ICC) o que obtuvieron una puntuación por debajo del punto límite, después de aplicar el programa de prevención, fueron considerados como mejorados (con algún cambio en la sintomatología).

Comparaciones normativas.

Se realizaron pruebas de equivalencia clínica y pruebas estadísticas tradicionales (Kendall et al., 1999).

Tamaño del efecto.

Se calculó el tamaño del efecto por grupo y por nivel escolar, con la siguiente fórmula:

$$TE = \frac{M_{PRE} - M_{POST}}{DE_{PROM}}$$

Donde:

TE = tamaño del efecto

M_{PRE} = media del grupo con tratamiento en la preprueba

M_{POST} = media del grupo con tratamiento en la postprueba.

DE_{PROM} = desviación estándar promedio de la preprueba y la postprueba

De acuerdo con Cohen (cit. en Kazdin, 2001), un valor de .20 indica un efecto pequeño, de .50 denota un efecto mediano y de .80 indica un efecto grande.

Resultados

Equivalencia inicial

No se observaron diferencias significativas entre las actitudes hacia la figura y el peso, las conductas alimentarias, la interiorización de los modelos estéticos corporales ni en la autoestima entre los tres grupos en la preprueba (Tabla 16). Tampoco se observaron diferencias significativas en la edad entre los grupos cognitivo-conductual, didáctico y control ($F = 1.00, p > .05$), por lo que se estableció que existe equivalencia inicial entre las condiciones.

Cambio estadísticamente significativo

Efectos de los programas por grupo

Se realizaron comparaciones con el ANOVA de una vía. La Tabla 16 muestra las comparaciones entre los grupos para cada tiempo (preprueba, posprueba y seguimiento). La Tabla 17 muestra las comparaciones intragrupo a lo largo del tiempo (preprueba, posprueba y seguimiento) para cada grupo. En los casos donde el ANOVA indicó diferencias, se retomó lo reportado por la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene. Si las varianzas eran diferentes ($p \leq .05$), se empleó la prueba post hoc de Games-Howell, ya que permite un mejor control sobre la tasa de error; y si las varianzas eran iguales ($p > .05$), se utilizó la prueba de Scheffé. Por último, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para identificar los efectos principales (tiempo y grupo) y la interacción entre estas variables (la Tabla 18 muestra los valores F y p para cada variable).

Actitudes hacia la figura y el peso.

El ANOVA de una vía indicó diferencias estadísticamente significativas en la preocupación por la comida, pero solamente en el grupo cognitivo-conductual de la preprueba al seguimiento (Figura 3a), en tanto que el ANOVA de medidas repetidas señaló efectos principales del tiempo, del grupo y de la interacción Tiempo x Grupo, para la preocupación por la comida (Tabla 18).

Tabla 16. Comparaciones entre los grupos (cognitivo-conductual, didáctico y control) para cada escala en primaria.

Escala/medición	Grupo			<i>F</i>	
	Cognitivo-conductual \bar{X} (<i>EE</i>)	Didáctico \bar{X} (<i>EE</i>)	Control \bar{X} (<i>EE</i>)		
Actitudes hacia la figura y el peso					
PC	Preprueba	1.44 (0.45)	1.80 (0.47)	2.13 (0.54)	0.51
	Postprueba	1.05 (0.28)	1.73 (0.54)	1.97 (0.50)	1.13
	Seguimiento	0.05 _a (0.05)	0.73 _b (0.25)	2.77 _c (0.53)	18.09***
IC	Preprueba	65.73 (4.50)	74.45 (4.61)	74.82 (4.59)	1.28
	Postprueba	50.56 _a (2.94)	63.10 _b (4.27)	73.08 _b (4.90)	7.63**
	Seguimiento	51.56 _a (2.50)	65.45 _b (3.56)	72.82 _b (5.43)	7.44***
MA	Preprueba	2.24 (0.50)	2.63 (0.56)	3.23 (0.60)	0.81
	Postprueba	1.49 (0.46)	1.85 (0.40)	2.90 (0.63)	2.09
	Seguimiento	0.29 _a (0.13)	1.43 _b (0.42)	3.97 _c (0.63)	18.64***
Conductas alimentarias					
EAE	Preprueba	2.17 (0.36)	1.43 (0.30)	2.13 (0.42)	1.33
	Postprueba	1.15 (0.31)	2.08 (0.41)	2.13 (0.44)	2.06
	Seguimiento	0.20 _a (0.11)	0.53 _a (0.22)	2.31 _b (0.40)	17.87***
AT	Preprueba	19.27 (1.15)	19.50 (0.94)	19.92 (0.96)	0.11
	Postprueba	17.37 (1.10)	21.08 (1.42)	17.92 (1.06)	2.76
	Seguimiento	14.46 _a (0.70)	17.05 _a (0.89)	20.85 _b (0.82)	15.77***
CC	Preprueba	7.68 (0.50)	7.83 (0.48)	7.23 (0.51)	0.39
	Postprueba	8.56 (0.65)	8.10 (0.49)	7.46 (0.60)	0.89
	Seguimiento	5.86 _a (0.22)	7.32 _b (0.49)	10.16 _c (0.59)	23.00***
Interiorización de los modelos estéticos corporales					
IM	Preprueba	17.20 (2.75)	19.40 (2.55)	15.10 (1.64)	0.80
	Postprueba	12.07 (2.40)	15.75 (2.00)	18.79 (2.14)	2.37
	Seguimiento	8.90 _a (1.34)	13.50 (2.35)	15.92 _b (2.03)	3.38*
Autoestima					
AE	Preprueba	57.15 (1.01)	54.50 (1.09)	55.10 (1.10)	1.71
	Postprueba	55.98 (1.22)	53.68 (1.23)	53.85 (1.26)	1.09
	Seguimiento	60.22 _a (0.55)	57.95 (0.85)	56.56 _b (0.98)	5.21**

\bar{X} = media; *EE* = error estándar; PC = Preocupación por la comida del ChEAT; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; MA = motivación para adelgazar del ChEAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del ChEAT; AT = atracón del BULIT; CC = Conductas compensatorias; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Las medias en el mismo renglón que NO comparten subíndices, son significativamente diferentes.

Tabla 17. Comparaciones intragrupo (pre, post y seguimiento) de las escalas en primaria.

Escala/grupo	Medición			<i>F</i>	
	Pre \bar{X} (<i>EE</i>)	Post \bar{X} (<i>EE</i>)	Seguimiento \bar{X} (<i>EE</i>)		
Actitudes hacia la figura y el peso					
PC	CogCon	1.44 _a (0.45)	1.05 _a (0.28)	0.05 _b (0.05)	5.41**
	Didáctico	1.80 (0.47)	1.73 (0.54)	0.73 (0.25)	1.89
	Control	2.13 (0.54)	1.97 (0.50)	2.77 (0.53)	0.65
IC	CogCon	65.73 _a (4.50)	50.56 _b (2.94)	51.56 _b (2.50)	6.14**
	Didáctico	74.45 (4.61)	63.10 (4.27)	65.45 (3.56)	2.06
	Control	74.82 (4.59)	73.08 (4.90)	72.82 (5.43)	0.05
MA	CogCon	2.24 _a (0.50)	1.49 _a (0.46)	0.29 _b (0.13)	6.12**
	Didáctico	2.63 (0.56)	1.85 (0.40)	1.43 (0.42)	1.71
	Control	3.23 (0.60)	2.90 (0.63)	3.97 (0.63)	0.79
Conductas alimentarias					
EAE	CogCon	2.17 _a (0.36)	1.15 _b (0.31)	0.20 _c (0.11)	12.40***
	Didáctico	1.43 _a (0.30)	2.08 _a (0.41)	0.53 _b (0.22)	5.98**
	Control	2.13 (0.42)	2.13 (0.44)	2.31 (0.40)	0.06
AT	CogCon	19.27 _a (1.15)	17.37 _a (1.10)	14.46 _b (0.70)	5.83**
	Didáctico	19.50 _a (0.94)	21.08 _a (1.42)	17.05 _a (0.89)	3.33*
	Control	19.92 (0.96)	17.92 (1.06)	20.85 (0.82)	2.47
CC	CogCon	7.68 _a (0.50)	8.56 _a (0.65)	5.86 _b (0.22)	7.89***
	Didáctico	7.83 (0.48)	8.10 (0.49)	7.32 (0.49)	0.67
	Control	7.23 _a (0.51)	7.46 _a (0.60)	10.16 _b (0.59)	8.27***
Interiorización de los modelos estéticos corporales					
IM	CogCon	17.20 _a (2.75)	12.07 _a (2.40)	8.90 _b (1.34)	3.47*
	Didáctico	19.40 (2.55)	15.75 (2.00)	13.50 (2.35)	1.67
	Control	15.10 (1.64)	18.79 (2.14)	15.92 (2.03)	0.99
Autoestima					
AE	CogCon	57.15 _a (1.01)	55.98 _a (1.22)	60.22 _b (0.55)	5.14**
	Didáctico	54.50 _a (1.09)	53.68 _a (1.23)	57.95 _b (0.85)	4.50*
	Control	55.10 (1.10)	53.85 (1.26)	56.56 (0.98)	1.47

\bar{X} = media; *EE* = error estándar; CogCon = Cognitivo conductual; PC = Preocupación por la comida del ChEAT; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; MA = motivación para adelgazar del ChEAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del ChEAT; AT = atracón del BULIT; CC = Conductas compensatorias; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI-A; * *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001. Las medias en el mismo renglón que NO comparten subíndices, son significativamente diferentes.

En el grupo cognitivo-conductual se observó una diferencia significativa en la insatisfacción corporal de la preprueba a la postprueba y se mantuvo en el seguimiento; en cambio, los grupos didáctico y control no mostraron disminución en esta variable

(Figura 3b). Se encontraron efectos principales del tiempo y del grupo, pero no de la interacción Tiempo x Grupo.

En cuanto a la motivación para adelgazar, de la preprueba al seguimiento, sólo en el grupo cognitivo-conductual se observó una diferencia significativa (Figura 3c). Se observaron efectos principales del tiempo, de grupo y de la interacción Tiempo x Grupo.

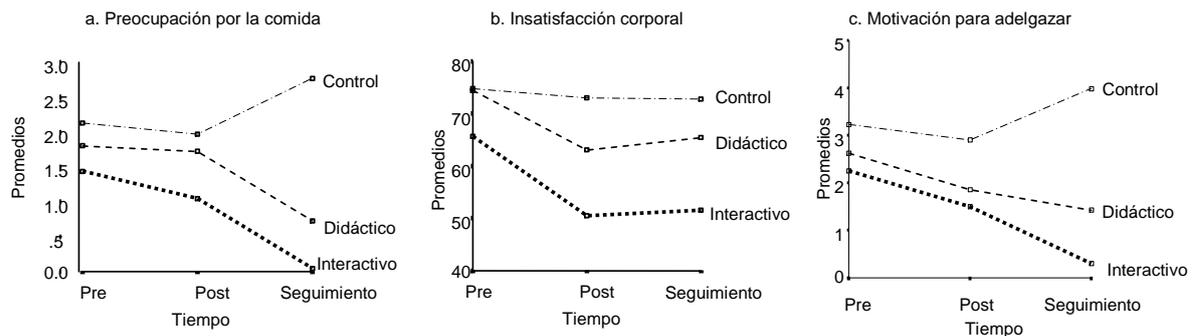


Figura 3. Efectos de las intervenciones sobre las actitudes hacia la figura y el peso en primaria.

Conductas alimentarias.

En el grupo cognitivo-conductual se observaron diferencias estadísticamente significativas en la evitación de alimentos engordantes, de la preprueba a la postprueba y de la preprueba al seguimiento; mientras que en el grupo didáctico sólo se encontraron diferencias significativas de la preprueba al seguimiento (Figura 4a). Se identificaron efectos principales del tiempo, grupo y de la interacción Tiempo x Grupo.

En atracción, el grupo cognitivo-conductual presentó diferencias significativas de la preprueba al seguimiento, mientras que en los grupos didáctico y control no se observaron diferencias (Figura 4b). Se encontraron efectos principales del tiempo y de la interacción Tiempo x Grupo, pero no del grupo.

En el grupo cognitivo-conductual se encontró una diferencia significativa en las conductas compensatorias de la preprueba al seguimiento, y no así en el grupo didáctico (Figura 4c). Si bien, no se observaron efectos principales del tiempo o del grupo, si de su interacción.

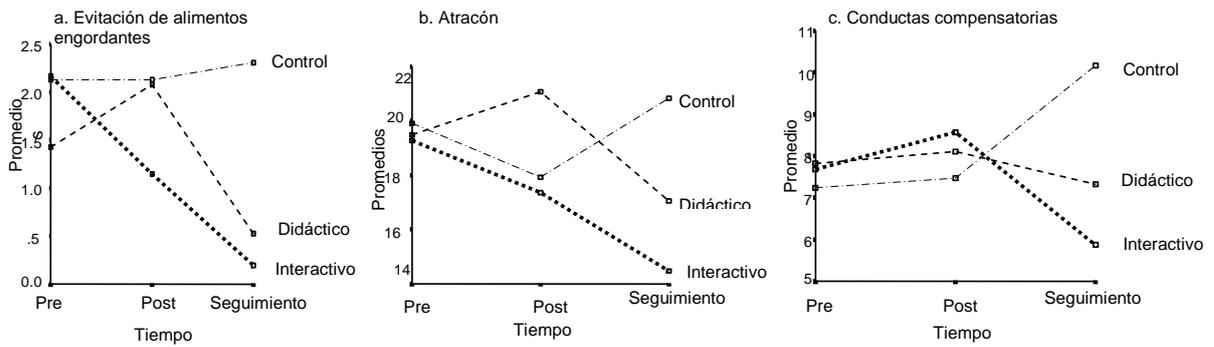


Figura 4. Efectos de las intervenciones sobre las conductas alimentarias en primaria.

Interiorización de los modelos estéticos corporales

El grupo cognitivo-conductual presentó una diferencia significativa en la interiorización de los modelos estéticos corporales, de la preprueba al seguimiento (Figura 5); por el contrario, no se observaron diferencias en las mediciones del grupo didáctico ni en el control. Además, se observaron efectos principales del tiempo y de la interacción Tiempo x Grupo, pero no de este último por sí solo.

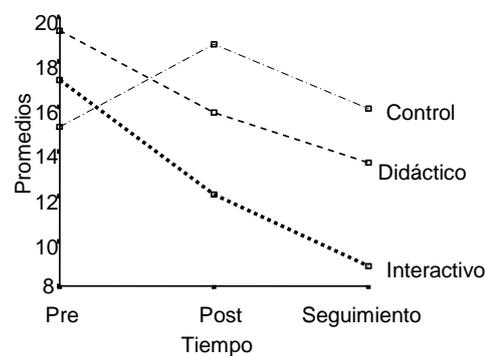


Figura 5. Efectos de las intervenciones sobre la interiorización de los modelos estéticos corporales en primaria.

Tabla 18. ANOVA de medidas repetidas para las escalas en primaria.

Escala		<i>F</i> (2, 117)	<i>P</i>	<i>Eta cuadrada</i>
Actitudes hacia la figura y el peso				
PC	Grupo (CC, D, C)	4.02	.02	.06
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	3.70	.03	.03
	Tiempo x Grupo	4.80	.001	.07
IC	Grupo (CC, D, C)	6.27	.003	.10
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	10.98	.0001	.09
	Tiempo x Grupo	1.97	.10	.03
MA	Grupo (CC, D, C)	6.10	.01	.09
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	4.74	.01	.04
	Tiempo x Grupo	4.92	.001	.08
Conductas alimentarias				
EAE	Grupo (CC, D, C)	4.00	.02	.06
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	10.69	.0001	.08
	Tiempo x Grupo	6.62	.0001	.10
AT	Grupo (CC, D, C)	2.71	.07	.04
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	6.50	.002	.05
	Tiempo x Grupo	8.28	.0001	.12
CoC	Grupo (CC, D, C)	1.27	.28	.02
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	1.09	.34	.01
	Tiempo x Grupo	15.33	.0001	.21
Interiorización de los modelos estéticos corporales				
IM	Grupo (CC, D, C)	1.38	.26	.02
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	7.25	.001	.06
	Tiempo x Grupo	3.54	.008	.06
Autoestima				
AE	Grupo (CC, D, C)	3.24	.04	.05
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	16.48	.0001	.12
	Tiempo x Grupo	0.48	.75	.01

CC = grupo con intervención cognitivo-conductual; D = grupo con intervención didáctica; C = grupo control; t₁ = preprueba; t₂ = postprueba; t₃ = seguimiento; PC = Preocupación por la comida del ChEAT; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; MA = motivación para adelgazar del ChEAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del ChEAT; AT = atracón del BULIT; CoC = Conductas compensatorias; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI.

Autoestima

En los grupos cognitivo-conductual y didáctico se observó una diferencia significativa en la autoestima, de la preprueba al seguimiento, pero no en el grupo

control. Se observaron efectos principales del tiempo y del grupo, pero no para la interacción Tiempo x Grupo.

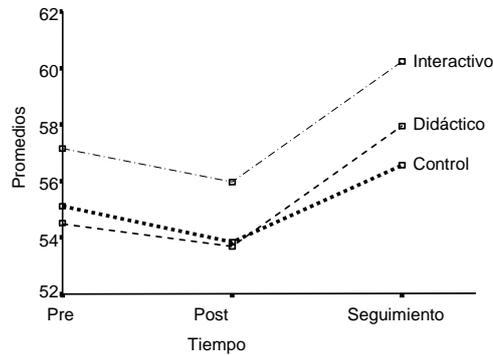


Figura 6. Efectos de las intervenciones en la autoestima, en primaria.

Es de relevancia destacar que el grupo cognitivo-conductual presentó diferencias significativas en las ocho escalas, mientras que en el didáctico sólo se observaron diferencias en dos escalas.

Finalmente, el porcentaje de participantes que rebasaron el punto de corte del ChEAT disminuyó en mayor proporción en el grupo con intervención cognitivo-conductual en el seguimiento, seguido por el grupo con intervención didáctica, mientras que en el grupo control se incrementó ligeramente en la postprueba y en el seguimiento (Figura 7).

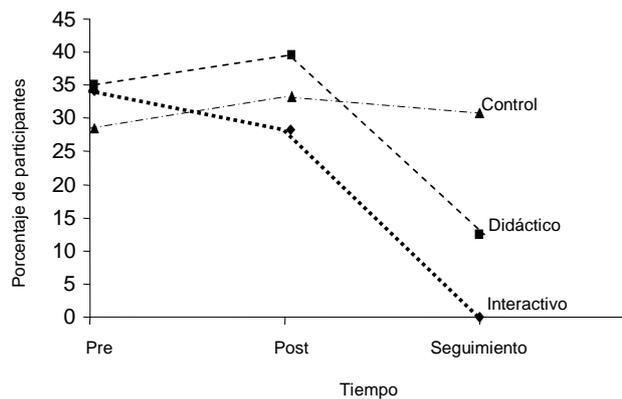


Figura 7. Porcentaje de participantes de primaria con sintomatología en los tres tiempos para los tres grupos.

Efectos de los programas por género

En la preprueba del grupo cognitivo-conductual se observó que las niñas presentaron menor preocupación por la comida, $t(39) = 2.39, p = .03$, y mayor autoestima, $t(39) = 3.33, p = .002$, en comparación con los niños; pero en el resto de las

escalas no se encontraron diferencias. En el grupo didáctico y control no se observaron diferencias por género en las escalas ($p > .05$). Posteriormente, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para analizar los efectos principales del género en las ocho escalas (Tabla 19). En el grupo cognitivo-conductual sólo se observó efecto principal del género en la preocupación por la comida y en la autoestima. Las niñas mostraron menor preocupación por la comida que los niños en la preprueba, $t(39) = 2.39$, $p = .03$, y la postprueba, $t(39) = 3.20$, $p = .004$, pero no en el seguimiento, $t(39) = 1.00$, $p = .33$. Por otro lado, la autoestima fue diferente para niñas y niños en la preprueba, $t(39) = 3.33$, $p = .002$, pero no en la postprueba, $t(39) = 0.58$, $p = .57$ ni en el seguimiento, $t(39) = 1.28$, $p = .21$. Cabe destacar que en los grupos didáctico y control no se observaron efectos del género en ninguna de las escalas.

Tabla 19. Promedios por género de los grupos cognitivo-conductual, didáctico y control de primaria.

Escala	Mujeres ¹			Hombres ¹			Efectos principales	
	Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Género <i>F</i> (<i>gl</i>)	
Actitudes hacia la figura y el peso								
PC	CC	0.43 (0.20)	0.24 (0.17)	0.00 (-)	2.50 (0.84)	1.90 (0.49)	0.10 (0.01)	9.82** (1, 39)
	D	1.68 (0.65)	2.00 (0.90)	0.74 (0.36)	1.90 (0.68)	1.48 (0.66)	0.71 (0.35)	0.03 (1, 38)
	C	2.19 (0.64)	2.48 (0.61)	2.86 (0.67)	2.06 (0.91)	1.39 (0.80)	2.67 (0.86)	0.22 (1, 37)
IC	CC	58.67 (5.63)	45.67 (2.72)	47.43 (2.54)	73.15 (6.84)	55.70 (5.14)	55.90 (4.23)	3.93 (1, 39)
	D	75.84 (5.74)	66.53 (6.72)	69.00 (5.11)	73.19 (7.21)	60.00 (5.47)	62.24 (4.98)	0.70 (1, 38)
	C	73.33 (6.05)	74.24 (6.77)	75.33 (7.45)	75.56 (7.17)	71.72 (7.27)	69.89 (8.09)	0.03 (1, 37)
MA	CC	1.86 (0.64)	1.00 (0.55)	0.00 (-)	2.65 (0.77)	2.00 (0.74)	0.60 (0.24)	1.71 (1, 39)
	D	2.74 (0.96)	1.95 (0.71)	2.11 (0.69)	2.52 (0.66)	1.76 (0.43)	0.81 (0.47)	0.73 (1, 38)
	C	2.95 (0.76)	3.76 (0.86)	4.33 (0.86)	3.56 (0.97)	1.89 (0.90)	3.56 (0.94)	0.34 (1, 37)
Conductas alimentarias								
EAE	CC	2.19 (0.56)	0.81 (0.40)	0.14 (0.14)	2.15 (0.47)	1.50 (0.46)	0.25 (0.18)	0.47 (1, 39)
	D	1.42 (0.49)	2.21 (0.68)	0.63 (0.37)	1.43 (0.37)	1.95 (0.49)	0.43 (0.27)	0.14 (1, 38)
	C	2.90 (0.61)	2.52 (0.59)	2.71 (0.57)	1.22 (0.52)	1.67 (0.67)	1.83 (0.55)	2.20 (1, 37)

Continúa en la siguiente página

Tabla 19. Continuación

Escala		Mujeres ¹			Hombres ¹			Efectos principales
		Pre \bar{X} (<i>EE</i>)	Post \bar{X} (<i>EE</i>)	Seguimiento \bar{X} (<i>EE</i>)	Pre \bar{X} (<i>EE</i>)	Post \bar{X} (<i>EE</i>)	Seguimiento \bar{X} (<i>EE</i>)	Género <i>F</i> (<i>gl</i>)
AT	CC	17.14 (1.16)	15.86 (1.59)	13.95 (1.01)	21.50 (1.91)	18.95 (1.47)	15.00 (0.98)	3.08 (1, 39)
	D	19.58 (1.40)	20.74 (2.04)	17.63 (1.55)	19.43 (1.30)	21.38 (2.03)	16.52 (0.99)	0.01 (1, 38)
	C	19.76 (1.27)	18.43 (1.70)	20.62 (1.16)	20.11 (1.50)	17.33 (1.21)	21.11 (1.18)	0.01 (1, 37)
CoC	CC	7.10 (0.50)	8.24 (0.88)	5.88 (0.28)	8.30 (0.87)	8.90 (0.98)	5.85 (0.35)	0.67 (1, 39)
	D	7.58 (0.67)	8.00 (0.79)	6.76 (0.61)	8.05 (0.69)	8.19 (0.63)	7.82 (0.74)	0.59 (1, 38)
	C	7.81 (0.79)	8.33 (0.98)	11.16 (0.91)	6.56 (0.58)	6.44 (0.55)	9.00 (0.64)	3.71 (1, 37)
Interiorización de los modelos estéticos corporales								
IM	CC	15.29 (4.02)	9.90 (2.78)	7.05 (1.14)	19.20 (3.81)	14.35 (3.96)	10.85 (2.44)	1.05 (1, 39)
	D	21.42 (3.55)	16.32 (2.85)	18.58 (4.12)	17.57 (3.68)	15.24 (2.86)	8.90 (2.10)	2.12 (1, 38)
	C	14.33 (2.21)	19.05 (2.92)	17.29 (2.94)	16.00 (2.49)	18.50 (3.23)	14.33 (2.82)	0.03 (1, 37)
Autoestima								
AE	CC	60.10 (0.98)	56.67 (1.83)	60.90 (0.77)	54.05 (1.53)	55.25 (1.62)	59.50 (0.78)	5.20* (1, 39)
	D	54.95 (1.63)	54.84 (1.67)	58.68 (1.08)	54.10 (1.50)	52.62 (1.79)	57.29 (1.31)	0.87 (1, 38)
	C	55.10 (1.25)	54.05 (1.62)	56.38 (1.33)	55.11 (1.94)	53.61 (2.03)	56.78 (1.50)	0.01 (1, 37)

\bar{X} = media; *EE* = error estándar; ¹ El grupo cognitivo-conductual (CC) estuvo conformado por 21 niñas y 20 niños, el didáctico (D) por 19 niñas y 21 niños, y el control (C) por 21 niñas y 18 niños. PC = Preocupación por la comida del ChEAT; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; MA = motivación para adelgazar del ChEAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del ChEAT; AT = atracción del BULIT; CoC = Conductas compensatorias; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Cambio clínicamente significativo

Índice de cambio confiable

La confiabilidad test-retest para las escalas y subescalas se muestra en la Tabla 20, mientras que los porcentajes de participantes que mostraron una mejoría en la postprueba y en el seguimiento, de acuerdo con los resultados del ICC, se muestran en la Tabla 21.

Tabla 20. Confiabilidad test-retest para las escalas y subescalas del grupo control de primaria

Escala	Confiabilidad	SD _{pre}	S _{diff}
Actitudes hacia la figura y el peso			
Preocupación por la comida	.70	2.57	1.99
Insatisfacción corporal	.89	28.64	13.43
Motivación para adelgazar	.87	4.37	2.23
Conductas alimentarias			
Evitación de alimentos engordantes	.69	2.15	1.69
Atracón	.58	5.80	5.32
Conductas compensatorias	.44	3.61	3.82
Interiorización de los modelos estéticos corporales			
Interiorización de los modelos	.86	10.24	5.42
Autoestima			
Autoestima	.66	2.30	1.90

SD_{pre} = desviación estándar de la preprueba para la muestra normativa; S_{diff} = error estándar de la diferencia entre las dos medias.

Actitudes hacia la figura y el peso.

En la preocupación por la comida, 4.9% de los participantes del grupo cognitivo-conductual mostraron cambios positivos en la postprueba que se mantuvieron en el seguimiento. El cambio en el grupo didáctico fue todavía menor en el seguimiento (2.5%) y en el grupo control no se observaron cambios.

Tabla 21. Participantes que mostraron una mejoría de la preprueba a la postprueba y al seguimiento en primaria

Escala	Cognitivo- conductual (<i>n</i> = 41)		Didáctico (<i>n</i> = 40)		Control (<i>n</i> = 39)	
	%		%		%	
	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento
Actitudes hacia la figura y el peso						
Preocupación por la comida	4.9	4.9	0.0	2.5	0.0	0.0
Insatisfacción corporal	29.3	24.4	20.0	20.0	0.0	0.0
Motivación para adelgazar	22.0	19.5	10.0	12.5	0.0	0.0
Conductas alimentarias						
Evitación de alimentos engordantes	26.8	22.0	0.0	7.5	0.0	0.0
Atracón	7.3	9.8	2.5	7.5	0.0	0.0
Conductas compensatorias	12.2	19.5	5.0	15.0	0.0	0.0
Interiorización de los modelos estéticos corporales						
Interiorización de los modelos	29.3	36.6	20.0	32.5	0.0	0.0
Autoestima						
Autoestima	9.8	9.8	7.5	5.0	0.0	0.0

En la insatisfacción corporal, 29.3% de los participantes del grupo cognitivo-conductual mostraron cambios positivos de la preprueba a la postprueba; mientras que en el seguimiento, el porcentaje fue 24.4%. En el grupo didáctico, 20% de participantes mostraron cambios de la preprueba a la postprueba, y este porcentaje se mantuvo hasta el seguimiento, en tanto que el grupo control no cambió en esta escala.

La motivación para adelgazar del grupo cognitivo-conductual reflejó cambios positivos clínicamente significativos en al menos el 20% de los participantes, de la preprueba a la postprueba, y este porcentaje se mantuvo hasta el seguimiento. En el grupo didáctico, 10% de participantes disminuyeron la motivación para adelgazar de la preprueba a la postprueba, y este porcentaje aumentó ligeramente en el seguimiento (12.5%). El grupo control no presentó cambios en esta variable.

Conductas alimentarias.

En la evitación de alimentos engordantes, 26.8% de los participantes del grupo cognitivo-conductual presentaron cambios clínicamente significativos de la preprueba a la postprueba, que en general se mantuvieron en el seguimiento. El grupo con intervención didáctica sólo presentó cambio en 7.5% de participantes en el seguimiento, y en el grupo control no se presentaron cambios en esta variable.

Menos del 10% de los participantes de los grupos cognitivo-conductual y didáctico mostraron cambios clínicamente significativos en el atracón de la preprueba a la postprueba, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento. El grupo control no cambió en esta variable.

En las conductas compensatorias, el 12.2% de los participantes del grupo cognitivo-conductual cambiaron significativamente de la preprueba a la postprueba y 19.5% en el seguimiento. Por otro lado, el grupo didáctico reveló cambios en el 5% y 15% de los participantes de la preprueba a la postprueba y al seguimiento, respectivamente.

Interiorización de los modelos estéticos corporales.

La intervención en el grupo cognitivo-conductual reveló cambios en la interiorización de los modelos en 29.3% y 36.6% de los participantes en la postprueba y seguimiento, respectivamente; mientras que el 20% y el 32.5% de los participantes del grupo didáctico reportaron menor interiorización de los modelos en la postprueba y seguimiento, respectivamente. No se observaron cambios en el grupo control.

Autoestima.

El 9.8% de los participantes mostraron cambios tanto en la posprueba como en el seguimiento. En el grupo didáctico, los porcentajes fueron de 7.5% y 5.0%, respectivamente. No se observaron cambios en el grupo control.

Punto límite

El porcentaje de participantes de los grupos con sintomatología que rebasaron el punto límite en la postprueba y en el seguimiento, es decir, que mejoraron, se muestra en la Tabla 22. Se encontraron cambios positivos en todas las escalas en el grupo con intervención cognitivo-conductual en la postprueba. En este grupo se observó un mayor

porcentaje de mejoría en la evitación de alimentos engordantes y en la motivación para adelgazar. En el grupo con intervención didáctica también se reflejaron cambios positivos en todas las escalas, excepto en la evitación de alimentos engordantes. Es importante notar que el porcentaje de mejoría en este grupo fue inferior al del grupo cognitivo-conductual en la mayoría de las escalas, excepto en la preocupación por la comida en la postprueba. Finalmente, un participante del grupo control mejoró en la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos estéticos corporales.

Tabla 22. Participantes con sintomatología, que rebasaron el punto límite (mejorados) en la postprueba y en el seguimiento en primaria.

Escala	Cognitivo- conductual (n = 11)		Didáctico (n = 11)		Control (n = 11)	
	%		%		%	
	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento
Actitudes hacia la figura y el peso						
Preocupación por la comida	18.2	81.8	27.3	45.5	0.0	0.0
Insatisfacción corporal	18.2	90.9	18.2	54.5	9.1	9.1
Motivación para adelgazar	54.5	100	45.5	63.6	0.0	0.0
Conductas alimentarias						
Evitación de alimentos engordantes	63.6	63.6	0.0	90.9	0.0	0.0
Atracón	18.2	81.8	9.1	54.5	0.0	0.0
Conductas compensatorias	18.2	90.9	18.2	63.6	0.0	0.0
Interiorización de los modelos estéticos corporales						
Interiorización de los modelos	9.1	81.8	9.1	72.7	9.1	9.1
Autoestima						
Autoestima	18.2	81.8	9.1	63.6	0.0	0.0

En el seguimiento, el grupo con intervención cognitivo-conductual mejoró en todas las escalas. En este grupo se encontró un mayor porcentaje de mejoría en la motivación para adelgazar, seguido por las conductas compensatorias y la insatisfacción corporal. El grupo con intervención didáctica mejoró en todas las escalas, aunque en menor porcentaje que en el grupo con intervención cognitivo-conductual. Finalmente, un participante del grupo control mejoró en la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos estéticos corporales.

Comparaciones normativas

La Tabla 23 muestra los cambios en los participantes de los grupos de primaria que fueron identificados con sintomatología en la preprueba y que fueron sometidos a la intervención cognitivo-conductual ($n = 11$) o a la intervención didáctica ($n = 11$).

Tabla 23. Distribución en la postprueba y en el seguimiento de los grupos por celda en primaria.

Escala	Tiempo	Cogn. cond Celda				Didáctico Celda			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
Actitudes hacia la figura y el peso									
Preocupación por la comida	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Insatisfacción corporal	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Motivación para adelgazar	Postprueba	x							x
	Seguimiento		x			x			
Conductas alimentarias									
Evitación de alimentos engordantes	Postprueba		x			x			
	Seguimiento		x					x	
Atracón	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x					x	
Conductas compensatorias	Postprueba	x							x
	Seguimiento		x			x			
Interiorización de los modelos estéticos corporales									
Interiorización de los modelos	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x					x	
Autoestima									
Autoestima	Postprueba		x					x	
	Seguimiento		x					x	

La intervención cognitivo-conductual sólo favoreció cambios clínicamente significativos en la postprueba, en la escala de evitación de alimentos engordantes y en la autoestima (celda II); mientras que la intervención didáctica sólo promovió efectos clínicamente significativos en la autoestima. En el seguimiento, la intervención cognitivo-conductual promovió cambios clínicamente significativos (celda II) en todas las escalas; mientras que la intervención didáctica favoreció cambios clínicamente significativos en la evitación de alimentos engordantes, en el atracón, en la interiorización de los modelos estéticos corporales y en la autoestima. Es importante mencionar que en ningún caso se obtuvieron resultados equívocos (celda IV).

Tamaño del efecto

Los resultados del tamaño de efecto en la postprueba y en el seguimiento para el grupo con intervención cognitivo-conductual y el grupo con intervención didáctica de primaria, se muestran en las Tablas 24 y 25, respectivamente.

Tabla 24. Tamaño del efecto en la postprueba y en el seguimiento para el grupo cognitivo-conductual de primaria.

Escala	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la com.	0.80	0.73	0.32	1.67	1.46	.04	.33
Insatisfacción corporal	65.51	50.34	51.37	24.03	22.64	.63	.62
Motivación para adelgazar	2.76	1.20	0.68	3.08	2.48	.51	.84
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	1.95	0.59	0.56	1.73	1.61	.79	.86
Atracón	19.15	17.15	14.90	6.63	5.87	.30	.72
Conductas compens.	6.27	6.63	4.54	2.80	2.13	-.13	.81
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos	17.20	12.07	8.90	16.49	13.12	.31	.63
Autoestima							
Autoestima	56.92	55.67	60.22	7.20	5.01	.17	.66

M_{PRE} = media del grupo cognitivo-conductual en la preprueba; M_{POST} = media del grupo cognitivo-conductual en la postprueba; M_{SEG} = media del grupo cognitivo-conductual en el seguimiento; DE_{POST} = desviación estándar promedio del grupo cognitivo-conductual en la preprueba y la postprueba; DE_{SEG} = desviación estándar promedio del grupo cognitivo-conductual en la preprueba y el seguimiento; TE_{POST} = Tamaño del efecto en la postprueba; TE_{SEG} = tamaño del efecto en el seguimiento.

Tabla 25. Tamaño del efecto en la postprueba y en el seguimiento para el grupo didáctico de primaria.

Escala	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la comida	1.18	1.40	0.73	2.18	1.79	-.10	.25
Insatisfacción corporal	74.35	63.00	65.35	28.21	25.95	.40	.35
Motivación para adelgazar	3.08	1.85	1.73	3.33	3.66	.37	.37
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	0.93	1.20	0.53	1.69	1.45	-.16	.28
Atracón	19.18	20.40	17.02	7.23	5.75	-.17	.38
Conductas compensatorias	7.73	6.75	5.68	3.16	3.08	.31	.67
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos	19.40	15.75	13.50	14.39	15.50	.25	.38
Autoestima							
Autoestima	54.50	53.47	57.95	7.49	6.16	.14	.56

M_{PRE} = media del grupo didáctico en la preprueba; M_{POST} = media del grupo didáctico en la postprueba; M_{SEG} = media del grupo didáctico en el seguimiento; DE_{POST} = desviación estándar promedio del grupo didáctico en la preprueba y la postprueba; DE_{SEG} = desviación estándar promedio del grupo didáctico en la preprueba y el seguimiento; TE_{POST} = Tamaño del efecto en la postprueba; TE_{SEG} = tamaño del efecto en el seguimiento.

En el seguimiento, la intervención cognitivo-conductual en el grupo de primaria presentó un efecto grande en la motivación para adelgazar, en la evitación de alimentos engordantes y en las conductas compensatorias. También se observó un efecto mediano en el atracón, en la insatisfacción corporal, en la interiorización de los modelos estéticos corporales y en la autoestima. Por último, se observó un efecto pequeño en la preocupación por la comida. Por otra parte, en cuanto a la postprueba, la intervención cognitivo-conductual en el grupo de primaria presentó un efecto mediano en la motivación para adelgazar, en la evitación de alimentos engordantes y en la insatisfacción corporal; y un efecto pequeño en el atracón y en la interiorización de los modelos estéticos corporales.

La intervención didáctica, en la postprueba, únicamente reflejó efectos pequeños en la motivación para adelgazar, en las conductas compensatorias, en la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos estéticos corporales. Finalmente, en el

seguimiento, la intervención didáctica presentó un efecto mediano en las conductas compensatorias y en la autoestima.

FASE CUATRO: INTERVENCIÓN EN SECUNDARIA

Hipótesis

H1. En el grupo de secundaria con programa cognitivo-conductual se observará en la postprueba un cambio positivo en sus actitudes hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), conductas alimentarias (evitación de alimentos engordantes, atracón y conductas compensatorias), interiorización de los modelos estéticos corporales y autoestima, en comparación con los grupos con programa didáctico y control. El cambio se mantendrá a los seis meses.

H2: En el grupo de secundaria, expuesto al programa cognitivo-conductual, el cambio positivo será mayor en las mujeres respecto a los hombres expuestos al mismo programa, en las variables antes descritas.

Método

Participantes

Para evaluar las intervenciones, se invitó a tomar parte en el estudio a tres escuelas secundarias públicas de la zona norte del área metropolitana de la Ciudad de México. Dichas escuelas no habían participado en un programa de educación formal sobre TCA. Participaron en el estudio 124 estudiantes (hombres y mujeres), seleccionados al azar. La muestra quedó formada por 124 participantes, de los cuales 55 fueron mujeres (44.4%) y 69 hombres (56.6%), con una media de edad de 13.07 años ($DE = 0.60$). El rango de edad de la muestra fluctuó entre los 11 y 14 años de edad. Los grupos fueron asignados al azar a una de tres condiciones (Tabla 26).

El tamaño de la muestra para este estudio fue determinado utilizando el programa G3 Power (Faul et al., 2007). Para detectar un tamaño del efecto grande, utilizando los criterios de Cohen (1988, cit. en Kazdin, 2001), con un poder de .90 y un alfa de .05, se requería un tamaño de muestra de 34 participantes por grupo. En consecuencia, se incluyeron de 36 a 41 participantes en cada grupo.

Tabla 26. Distribución de la muestra de secundaria por género y por grupo.

Programa	Género		Total	
	Femenino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	<i>n</i>	(%)
Cognitivo-conductual	19 (15.3)	17 (13.7)	36	(29.0)
Didáctico	15 (12.1)	32 (25.8)	47	(37.9)
Control	21 (17.0)	20 (16.1)	41	(33.1)
Total	55 (44.4)	69 (56.6)	124	(100.00)

n = número de sujetos, % = porcentaje de sujetos.

Variables

Variable independiente

Intervención preventiva.

Consistió en la aplicación de un programa de prevención universal cognitivo-conductual.

Variables dependientes

Actitudes hacia la figura y el peso.

Las actitudes hacia la figura y el peso incluyeron la motivación para adelgazar, la preocupación por la comida y la insatisfacción corporal (Garner, 1990). Fueron medidas con la puntuación obtenida en las subescalas de motivación para adelgazar y preocupación por la comida del EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979).

Además se midió la insatisfacción corporal con la puntuación total obtenida en el BSQ. Para una descripción de este instrumento ver la fase tres.

Conductas alimentarias no saludables.

Las conductas alimentarias no saludables incluyen la dieta restrictiva, la presencia de episodios de atracón y las conductas compensatorias (Garner & Garfinkel, 1979).

La dieta restrictiva fue definida como la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordantes” (altos en carbohidratos), así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día, con el propósito de perder peso (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998). Fueron medidas con la puntuación

obtenida en la subescala de evitación de alimentos engordantes del EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979).

Para medir el atracón se utilizó la subescala de atracón del BULIT (Smith & Thelen, 1984), retomando la conformación del factor propuesto para México por Alvarez (2000). La descripción de este instrumento se presentó en la fase tres.

Para medir las conductas compensatorias en secundaria, se utilizaron los ítems 13 y 40 del EAT, así como el 7, 15, 27, 30 y 34 del BULIT.

Interiorización de los modelos estéticos corporales.

Fue medida con la puntuación total obtenida en el CIMEC, desarrollado por Toro et al. (1994). Este instrumento fue descrito en la fase tres.

Autoestima.

Esta variable fue medida con la puntuación total obtenida en la Escala de Autoestima para Adolescentes (PAI-A), desarrollada por Pope et al. (1988), misma que fue adaptada para adolescentes mexicanos por Caso (1999). La descripción de este instrumento se presentó en la fase tres.

Diseño de investigación

Este proyecto de investigación fue un estudio de intervención longitudinal, con tres grupos (cognitivo-conductual, didáctico y control en lista de espera). Los participantes contestaron los cuestionarios en tres puntos en el tiempo: preprueba, postprueba y a los seis meses de seguimiento después del tratamiento. Los grupos fueron asignados al azar a cada condición (diseño cuasiexperimental).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados, fueron el EAT (Garner & Garfinkel, 1979), el BSQ (Cooper et al., 1987), el BULIT (Smith & Thelen, 1984), el CIMEC (Toro et al., 1994) y el PAI-A (Pope et al., 1988). Estos instrumentos fueron descritos en la fase uno de la investigación.

Procedimiento

Se seleccionó al azar un grupo de cada escuela para participar en el estudio, esto con la finalidad de evitar que los participantes comentaran acerca de los contenidos del

programa. El procedimiento es el mismo que se describió en la fase tres del estudio. Las intervenciones fueron administradas por la autora a subgrupos de 12 a 14 participantes.

Análisis

Para evaluar la significancia estadística y clínica, se utilizaron los procedimientos descritos en la fase tres.

Resultados

Equivalencia inicial

No se observaron diferencias significativas entre las actitudes hacia la figura y el peso, las conductas alimentarias, la interiorización de los modelos estéticos corporales ni en la autoestima entre los tres grupos en la preprueba (Tabla 27). Tampoco se observaron diferencias significativas en la edad entre los grupos cognitivo-conductual, didáctico y control ($F = 0.82$, $p = .44$), por lo que se asumió que existe equivalencia inicial entre las condiciones.

Cambio estadísticamente significativo

Efectos de los programas por grupo

Se realizaron comparaciones con el ANOVA de una vía. La Tabla 27 muestra las comparaciones entre los grupos para cada tiempo (preprueba, posprueba y seguimiento). La Tabla 28 muestra las comparaciones intragrupo a lo largo del tiempo (preprueba, posprueba y seguimiento) para cada grupo. En los casos donde el ANOVA indicó diferencias, se retomó lo reportado por la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene. Si las varianzas eran diferentes ($p \leq .05$), se empleó la prueba post hoc de Games-Howell, ya que permite un mejor control sobre la tasa de error; y si las varianzas eran iguales ($p > .05$), se utilizó la prueba de Scheffé. Por último, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para identificar los efectos principales (tiempo y grupo) y la interacción entre estas variables (la Tabla 29 muestra los valores F y p para cada variable).

Actitudes hacia la figura y el peso.

El ANOVA de una vía no indicó cambios en ninguno de los tres grupos en la preocupación por la comida de la preprueba a la posprueba, ni al seguimiento (Figura 8a). El ANOVA de medidas repetidas no indicó efectos principales del tiempo para la preocupación por la comida, de la interacción Tiempo x Grupo, pero sí efectos principales del grupo (Tabla 29).

Tabla 27. Comparaciones entre los grupos (cognitivo-conductual, didáctico y control) para cada escala en secundaria.

Escala/medición	Grupo			F	
	Cognitivo-conductual \bar{X} (EE)	Didáctico \bar{X} (EE)	Control \bar{X} (EE)		
Actitudes hacia la figura y el peso					
PC	Preprueba	0.33 (0.18)	0.43 (0.19)	0.71 (0.25)	0.83
	Postprueba	0.42 (0.15)	0.51 (0.21)	1.15 (0.34)	2.43
	Seguimiento	0.03 _a (0.03)	0.43 (0.17)	0.98 _b (0.27)	6.74**
IC	Preprueba	61.89 (4.16)	70.49 (3.96)	73.17 (5.81)	1.43
	Postprueba	55.58 (3.06)	65.79 (4.44)	69.34 (5.86)	2.12
	Seguimiento	48.89 _a (2.50)	63.55 (3.77)	74.41 _b (5.70)	8.69***
MA	Preprueba	1.75 (0.60)	2.87 (0.52)	2.90 (0.65)	1.06
	Postprueba	1.42 (0.52)	2.57 (0.52)	2.83 (0.64)	1.65
	Seguimiento	0.86 _a (0.32)	2.15 (0.52)	3.88 _b (0.78)	6.34**
Conductas alimentarias					
EAE	Preprueba	0.64 (0.27)	0.81 (0.28)	0.63 (0.19)	0.16
	Postprueba	0.61 (0.31)	0.70 (0.17)	0.61 (0.20)	0.06
	Seguimiento	0.17 _a (0.14)	0.53 (0.16)	0.95 _b (0.20)	4.84**
AT	Preprueba	18.50 (1.06)	18.13 (0.81)	20.22 (1.42)	1.03
	Postprueba	15.97 (0.70)	17.00 (0.89)	19.44 (1.32)	2.93
	Seguimiento	14.72 _a (0.58)	16.89 (0.98)	19.59 _b (1.26)	5.52**
CC	Preprueba	10.11 (0.53)	11.09 (0.73)	9.90 (0.82)	0.78
	Postprueba	9.61 (0.48)	11.38 (0.88)	11.12 (0.78)	1.03
	Seguimiento	7.03 (0.40)	7.83 (0.67)	8.29 (0.77)	2.02
Interiorización de los modelos estéticos corporales					
IM	Preprueba	14.83 (1.58)	18.57 (1.97)	19.15 (2.40)	1.20
	Postprueba	14.42 (1.83)	17.26 (2.04)	19.32 (2.31)	1.27
	Seguimiento	9.25 _a (1.28)	17.64 _b (2.34)	19.20 _c (2.38)	5.79**
Autoestima					
AE	Preprueba	81.89 (2.45)	81.83 (2.09)	85.56 (2.14)	0.93
	Postprueba	84.44 (2.35)	84.21 (1.85)	83.56 (2.26)	0.04
	Seguimiento	85.33 (2.28)	83.43 (2.02)	85.05 (2.32)	0.30

\bar{X} = media; EE = error estándar; PC = Preocupación por la comida del EAT; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; MA = motivación para adelgazar del EAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del EAT; AT = atracón del BULIT; CC = Conductas compensatorias; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI-A; ** p < .01; *** p < .001. Las medias en el mismo renglón que NO comparten subíndices, son significativamente diferentes.

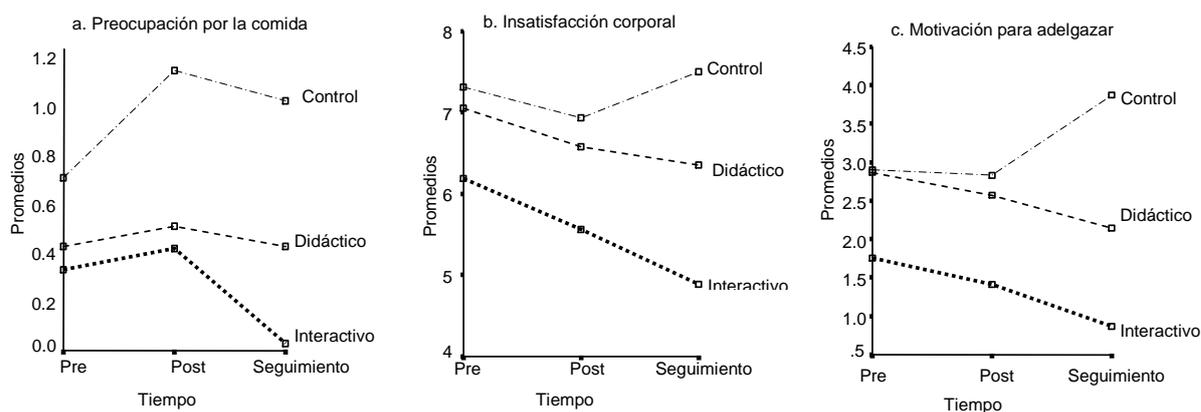


Figura 8. Efectos de las intervenciones sobre las actitudes hacia la figura y el peso en secundaria.

En el grupo cognitivo-conductual se observó una disminución significativa en la insatisfacción corporal de la preprueba a la postprueba, misma que se mantuvo en el seguimiento; en cambio, los grupos didáctico y control no mostraron disminución en esta variable (Figura 8b). Se observaron efectos principales del tiempo y del grupo, pero no de la interacción Tiempo x Grupo (Tabla 29).

No se observaron cambios en la motivación para adelgazar de la preprueba a la posprueba, ni al seguimiento en los tres grupos (Figura 8c). Tampoco se encontraron efectos principales del tiempo, ni de grupo, pero si de la interacción Tiempo x Grupo (Tabla 29).

Conductas alimentarias.

No se observaron cambios en la evitación de alimentos engordantes de la preprueba a la posprueba, ni al seguimiento (Figura 9a). No se encontraron efectos principales del tiempo ni del grupo, pero si de la interacción Tiempo x Grupo (Tabla 29).

En el atracón, el grupo cognitivo-conductual disminuyó significativamente de la preprueba a la postprueba, y el cambio se mantuvo en el seguimiento; mientras que en los grupos didáctico y control, no se observaron cambios (Figura 9b). Se encontraron efectos principales del tiempo y del grupo, pero no de la interacción Tiempo x Grupo.

En el grupo cognitivo-conductual y didáctico se encontró una disminución significativa en las conductas compensatorias de la preprueba al seguimiento y en el grupo control, no se observaron cambios (Figura 9c). Se observaron efectos principales del tiempo, pero no del grupo, ni de la interacción Tiempo x Grupo (Tabla 29).

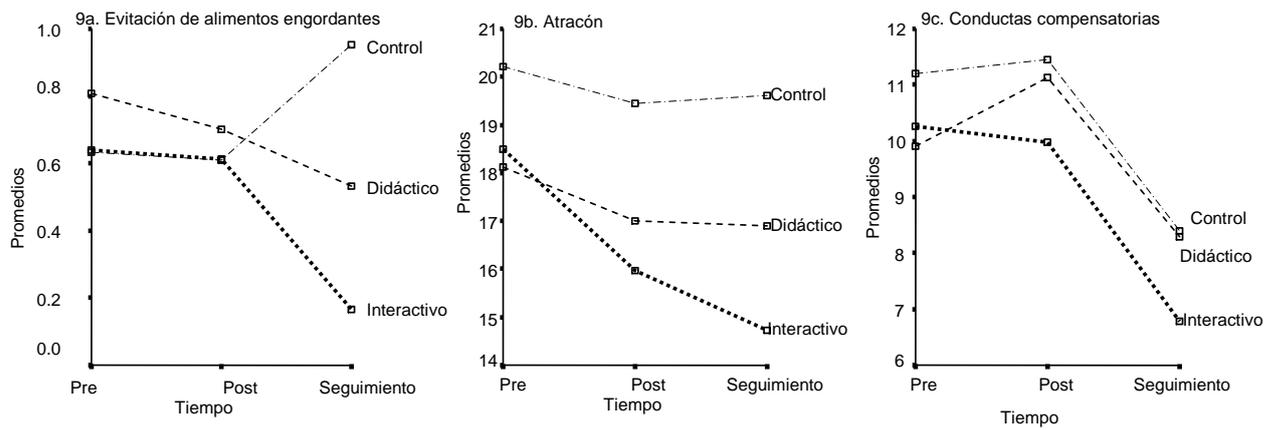


Figura 9. Efectos de las intervenciones sobre las conductas alimentarias en secundaria.

Interiorización de los modelos estéticos corporales.

En el grupo cognitivo-conductual se observó una disminución significativa en la interiorización de los modelos estéticos corporales, de la preprueba al seguimiento. Por el contrario, no se encontraron cambios en las mediciones del grupo didáctico ni en el control (Figura 10). Se observaron efectos principales del tiempo y de la interacción Tiempo x Grupo, pero no del efecto del grupo (Tabla 29).

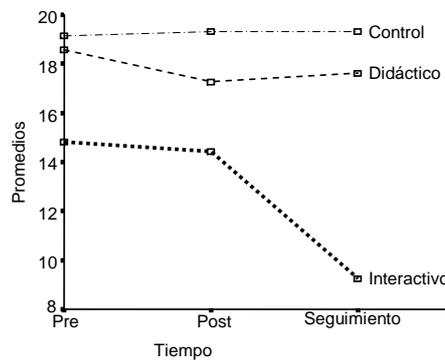


Figura 10. Efectos de las intervenciones sobre la interiorización de los modelos estéticos corporales en secundaria.

Tabla 28. Comparaciones intra grupos de secundaria para el grupo cognitivo-conductual, didáctico y control.

Instrumento/grupo	Medición							
	Pre		Post		Seguimiento		<i>F</i>	
	\bar{X}	(<i>EE</i>)	\bar{X}	(<i>EE</i>)	\bar{X}	(<i>EE</i>)		
Actitudes hacia la figura y el peso								
PC	Cog-Cond	0.33	(0.18)	0.42	(0.15)	0.03	(0.03)	2.27
	Didáctico	0.43	(0.19)	0.51	(0.21)	0.43	(0.17)	0.07
	Control	0.71	(0.25)	1.15	(0.34)	0.98	(0.27)	0.58
IC	Cog-Cond	61.89 _a	(4.16)	55.58 _b	(3.06)	48.89 _b	(2.50)	3.85*
	Didáctico	70.49	(3.96)	65.79	(4.44)	63.55	(3.77)	0.80
	Control	73.17	(5.81)	69.34	(5.86)	74.41	(5.70)	0.21
MA	Cog-Cond	1.75	(0.60)	1.42	(0.52)	0.86	(0.32)	0.83
	Didáctico	2.87	(0.59)	2.57	(0.52)	2.15	(0.52)	0.45
	Control	2.90	(0.65)	2.83	(0.64)	3.88	(0.78)	0.72
Conductas alimentarias								
EAE	Cog-Cond	0.64	(0.27)	0.61	(0.31)	0.17	(0.14)	1.14
	Didáctico	0.81	(0.28)	0.70	(0.17)	0.53	(0.16)	0.44
	Control	0.63	(0.19)	0.61	(0.20)	0.95	(0.20)	0.92
AT	Cog-Cond	18.50 _a	(1.06)	15.97 _b	(0.70)	14.72 _b	(0.58)	5.68**
	Didáctico	18.13	(0.81)	17.00	(0.89)	16.89	(0.98)	0.58
	Control	20.22	(1.42)	19.44	(1.32)	19.59	(1.26)	0.10
CC	Cog-Cond	10.11 _a	(0.53)	9.61 _a	(0.48)	7.03 _b	(0.40)	12.19**
	Didáctico	11.09 _a	(0.73)	11.38 _a	(0.88)	7.83 _b	(0.67)	6.66**
	Control	9.90	(0.82)	11.12	(0.78)	8.29	(0.77)	3.21
Interiorización de los modelos estéticos corporales								
IM	Cog-Cond	14.83 _a	(1.58)	14.42 _a	(1.83)	9.25 _b	(1.28)	3.88*
	Didáctico	18.57	(1.97)	17.26	(2.04)	17.64	(2.34)	0.10
	Control	19.15	(2.40)	19.32	(2.31)	19.29	(2.38)	0.01
Autoestima								
AE	Cog-Cond	81.89	(2.45)	84.44	(2.35)	85.33	(2.28)	0.58
	Didáctico	81.83	(2.09)	84.21	(1.85)	83.43	(2.02)	0.37
	Control	85.56	(2.14)	83.56	(2.26)	85.05	(2.32)	0.22

\bar{X} = media; *EE* = error estándar; MA = motivación para adelgazar del EAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del EAT; PC = Preocupación por la comida del EAT; AT = Atracón del BULIT; CC = Conductas compensatorias; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI-A; * $p < .05$; ** $p < .01$. Las medias en el mismo renglón que NO comparten subíndices, son significativamente diferentes.

Tabla 29. ANOVA de medidas repetidas para las escalas en secundaria.

Escala		<i>F</i> (2, 121)	<i>p</i>	<i>Eta cuadrada</i>
Actitudes hacia la figura y el peso				
PC	Grupo (CC, D, C)	3.31	.04	.05
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	2.70	.07	.02
	Grupo x tiempo	1.79	.13	.03
IC	Grupo (CC, D, C)	4.18	.02	.07
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	4.69	.01	.04
	Grupo x tiempo	2.32	.06	.04
MA	Grupo (CC, D, C)	2.74	.07	.04
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	0.72	.49	.01
	Grupo x tiempo	4.48	.02	.07
Conductas alimentarias				
EAE	Grupo (CC, D, C)	0.48	.62	.01
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	0.92	.40	.01
	Grupo x tiempo	3.09	.02	.05
AT	Intervención (CC, D, C)	3.46	.04	.05
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	7.27	.001	.06
	Grupo x tiempo	1.63	.17	.03
CC	Grupo (CC, D, C)	1.24	.29	.02
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	35.65	.0001	.23
	Grupo x tiempo	1.16	.33	.02
Interiorización de los modelos estéticos corporales				
IM	Grupo (CC, D, C)	2.68	.07	.04
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	4.70	.01	.04
	Grupo x tiempo	3.99	.004	.06
Autoestima				
AE	Grupo (CC, D, C)	0.16	.85	.01
	Tiempo (t ₁ , t ₂ , t ₃)	1.46	.23	.01
	Grupo x tiempo	1.65	.16	.03

CC = grupo con intervención cognitivo-conductual; D = grupo con intervención didáctica; C = grupo control; t₁ = preprueba; t₂ = postprueba; t₃ = seguimiento; MA = motivación para adelgazar del EAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del EAT; PC = Preocupación por la comida del EAT; AT = atracón del BULIT; CoC = Conductas compensatorias; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI-A.

Autoestima.

No se encontraron cambios en la autoestima en ninguno de los tres grupos (Figura 11). Tampoco se observaron efectos principales del tiempo, del grupo o de la interacción Tiempo x Grupo (Tabla 29).

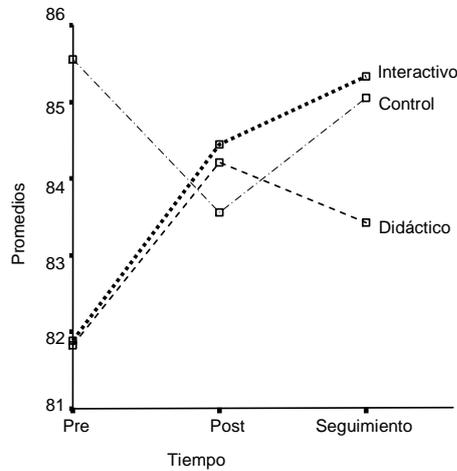


Figura 11. Efectos de las intervenciones sobre la autoestima en secundaria.

Es de relevancia destacar que el grupo cognitivo-conductual cambió positiva y significativamente en cuatro escalas, mientras que el didáctico solamente en una escala. Finalmente, el porcentaje de participantes de secundaria con sintomatología (que rebasaran el punto de corte del EAT) disminuyó en las tres mediciones, pero en mayor proporción en el grupo con intervención cognitivo-conductual en el seguimiento, seguido por el grupo con intervención didáctica; en cambio, en el grupo control se incrementó en el seguimiento (Figura 12).

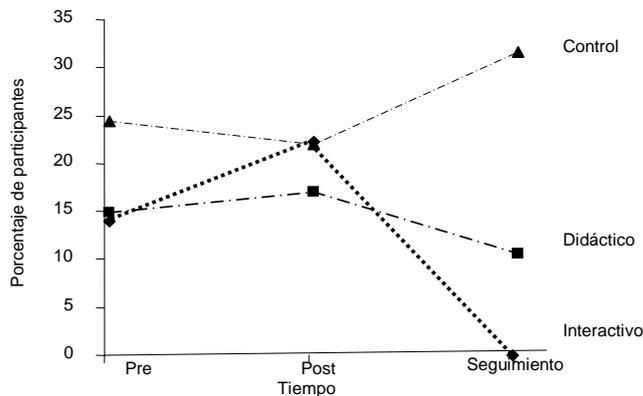


Figura 12. Porcentaje de participantes de secundaria con sintomatología en las tres mediciones para los tres grupos.

Efectos de los programas por género

En la preprueba del grupo cognitivo-conductual no se observaron diferencias en las escalas entre hombres y mujeres. En el grupo didáctico, las mujeres mostraron mayor insatisfacción corporal, $t(45) = 2.18, p = .04$, e interiorización de los modelos estéticos corporales, $t(45) = 3.37, p = .004$, que los hombres; y en el resto de las escalas no se encontraron diferencias ($p > .05$). En el grupo control, las mujeres presentaron mayor interiorización de los modelos estéticos corporales, $t(45) = 2.09, p = .04$, que los hombres; nuevamente, en el resto de las escalas no se encontraron diferencias ($p > .05$). Posteriormente, se realizaron ANOVAs de medidas repetidas para analizar los efectos principales del género en las ocho escalas (Tabla 30). En el grupo cognitivo-conductual no se observó efecto principal de género en ninguna de las escalas. En el grupo didáctico se encontró efecto principal del género en la interiorización de los modelos estéticos corporales, fueron las mujeres quienes mostraron, en la postprueba, mayor interiorización de los modelos en comparación con los hombres, $t(45) = 2.86, p = .01$. Por otro lado, en el grupo control se observó efecto principal del género en la interiorización de los modelos estéticos corporales (postprueba) y en la autoestima (postprueba y seguimiento). Otra vez, fueron las mujeres quienes presentaron mayor interiorización de los modelos en la postprueba, en comparación con los hombres.

Tabla 30. Promedios por género de los grupos cognitivo-conductual, didáctico y control de secundaria.

Escala	Mujeres ¹			Hombres ¹			Efectos principales	
	Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Género <i>F</i> (gl)	
Actitudes hacia la figura y el peso								
PC	CC	0.37 (0.22)	0.47 (0.23)	0.00 (0.00)	0.29 (0.29)	0.35 (0.19)	0.05 (0.05)	0.05 (1, 34)
	D	1.13 (0.53)	1.13 (0.58)	1.00 (0.45)	0.09 (0.09)	0.22 (0.12)	0.16 (0.10)	6.88 (1, 45)
	C	1.05 (0.41)	1.48 (0.53)	1.43 (0.41)	0.35 (0.26)	0.80 (0.44)	0.60 (0.31)	2.06 (1, 39)
IC	CC	63.74 (6.97)	52.00 (3.55)	46.74 (3.55)	59.82 (4.33)	59.59 (5.06)	51.29 (3.53)	0.33 (1, 34)
	D	82.60 (8.73)	69.00 (8.25)	68.20 (8.70)	64.81 (3.84)	64.28 (5.32)	61.38 (3.80)	1.85 (1, 45)
	C	83.67 (10.09)	80.90 (9.90)	83.86 (9.11)	62.15 (4.57)	57.20 (4.96)	65.75 (6.19)	3.84 (1, 39)
MA	CC	2.53 (1.01)	2.05 (0.93)	1.37 (0.57)	0.88 (0.53)	0.71 (0.33)	0.29 (0.14)	2.78 (1, 34)
	D	4.20 (1.30)	3.60 (1.17)	3.47 (1.27)	2.25 (0.59)	2.09 (0.52)	1.53 (0.45)	2.84 (1, 45)
	C	3.71 (1.10)	3.81 (1.05)	4.86 (1.20)	2.05 (0.64)	1.80 (0.63)	2.85 (0.95)	2.11 (1, 39)
Conductas alimentarias								
EAE	CC	1.00 (0.47)	1.00 (0.56)	0.32 (0.27)	0.24 (0.18)	0.18 (0.13)	0.00 (0.00)	2.08 (1, 34)
	D	0.80 (0.46)	0.60 (0.29)	0.53 (0.27)	0.81 (0.35)	0.75 (0.22)	0.53 (0.21)	0.02 (1, 45)
	C	0.67 (0.27)	0.71 (0.26)	1.05 (0.24)	0.60 (0.28)	0.50 (0.31)	0.85 (0.33)	0.22 (1, 39)

Continúa en la siguiente página

Tabla 30. Continuación

Escala		Mujeres ¹			Hombres ¹			Efectos principales
		Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Pre \bar{X} (EE)	Post \bar{X} (EE)	Seguimiento \bar{X} (EE)	Género <i>F</i> (2, 39)
AT	CC	18.47 (1.40)	15.47 (0.93)	14.74 (0.85)	18.53 (1.66)	16.53 (1.07)	14.71 (0.81)	0.08 (1, 34)
	D	19.27 (1.45)	17.53 (1.68)	17.20 (1.90)	17.59 (0.98)	16.75 (1.06)	16.75 (1.14)	0.39 (1, 45)
	C	22.86 (2.42)	21.10 (2.07)	20.90 (2.08)	17.45 (1.22)	17.70 (1.56)	18.25 (1.37)	2.44 (1, 39)
CoC	CC	10.95 (0.90)	10.84 (0.89)	7.37 (0.67)	11.47 (0.94)	12.12 (1.35)	9.53 (1.25)	1.45 (1, 34)
	D	8.93 (0.30)	9.07 (0.41)	5.73 (0.36)	10.88 (0.97)	10.41 (1.07)	7.28 (0.67)	1.77 (1, 45)
	C	10.76 (1.42)	11.62 (1.16)	12.86 (1.36)	9.00 (0.75)	10.60 (1.07)	10.70 (0.71)	0.96 (1, 39)
Interiorización de los modelos estéticos corporales								
IM	CC	15.79 (2.08)	16.42 (2.77)	9.63 (1.76)	13.76 (2.46)	12.18 (2.28)	8.82 (1.91)	0.69 (1, 34)
	D	29.13 (4.40)	26.60 (4.50)	24.60 (5.15)	13.63 (1.36)	12.88 (1.68)	14.38 (2.29)	11.69*** (1, 45)
	C	23.86 (3.73)	24.24 (3.71)	23.29 (3.47)	14.20 (2.65)	14.15 (2.27)	15.20 (3.06)	4.56* (1, 39)
Autoestima								
AE	CC	80.89 (3.80)	83.47 (3.46)	85.42 (3.30)	83.00 (3.06)	85.53 (3.22)	85.24 (3.19)	0.10 (1, 34)
	D	76.00 (3.87)	79.67 (3.15)	79.87 (2.68)	84.56 (2.36)	86.34 (2.21)	85.09 (2.67)	3.32 (1, 45)
	C	81.67 (3.47)	79.14 (3.79)	80.43 (3.78)	89.65 (2.17)	88.20 (2.01)	89.90 (2.25)	4.78* (1, 39)

\bar{X} = media; EE = error estándar; ¹El grupo cognitivo-conductual (CC) estuvo conformado por 19 mujeres y 17 hombres, el didáctico (D) por 15 mujeres y 32 hombres y el control (C) por 21 mujeres y 20 hombres. MA = motivación para adelgazar del EAT; EAE = Evitación de alimentos engordantes del EAT; PC = Preocupación por la comida del EAT; AT = atracón del BULIT; CoC = Conductas compensatorias; IC = Insatisfacción corporal del BSQ; IM = Interiorización de los modelos estéticos corporales del CIMEC; AE = Autoestima del PAI-A; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Cambio clínicamente significativo

Índice de cambio confiable

La confiabilidad test-retest para las escalas y subescalas se muestran en la Tabla 31; en tanto que los porcentajes de participantes que mostraron una mejoría en la postprueba y en el seguimiento, de acuerdo con los resultados del ICC, se muestran en la Tabla 32.

En la insatisfacción corporal se encontró un mayor porcentaje de mejoría en el grupo con intervención cognitivo-conductual en la postprueba (Tabla 32), seguido por la autoestima, la motivación para adelgazar y la interiorización de los modelos. Por otro lado, en la preocupación por la comida se presentaron los menores porcentajes de mejoría en los grupos con intervención, sin embargo, el grupo cognitivo-conductual consiguió mayor porcentaje de mejoría que el didáctico. Finalmente, el grupo control no mejoró en las escalas.

Tabla 31. Confiabilidad test-retest para las escalas y subescalas del grupo control de secundaria.

Escala	Confiabilidad	SD _{pre}	S _{diff}
Actitudes hacia la figura y el peso			
Preocupación por la comida	.61	1.58	1.40
Insatisfacción corporal	.93	37.23	13.93
Motivación para adelgazar	.94	4.17	1.44
Conductas alimentarias			
Evitación de alimentos engordantes	.58	1.24	1.13
Atracón	.80	9.12	5.77
Conductas compensatorias	.74	2.94	0.71
Interiorización de los modelos estéticos corporales			
Interiorización de los modelos	.91	15.38	6.52
Autoestima			
Autoestima	.78	13.70	9.09

SD_{pre} = desviación estándar de la preprueba para la muestra normativa; S_{diff} = error estándar de la diferencia entre las dos medias

En el grupo con intervención cognitivo-conductual en el seguimiento (Tabla 32), se encontró mejoría en todas las escalas. En la interiorización de los modelos estéticos corporales y en la insatisfacción corporal se observó un mayor porcentaje de mejoría, seguido por la autoestima y la motivación para adelgazar; además, en el grupo cognitivo-conductual el porcentaje de mejoría fue mayor que en el grupo didáctico. Finalmente, el grupo control no reflejó mejoría en las escalas.

Tabla 32. Participantes que mostraron una mejoría de la preprueba a la postprueba y al seguimiento en secundaria.

Escala	Cognitivo- conductual (n = 36) Didáctico (n = 47) Control (n = 41)					
	%		%		%	
	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento
Actitudes hacia la figura y el peso						
Preocupación por la comida	5.6	8.3	2.1	2.1	0.0	0.0
Insatisfacción corporal	27.8	22.2	14.9	14.9	0.0	0.0
Motivación para adelgazar	11.1	16.7	2.1	6.4	0.0	0.0
Conductas alimentarias					0.0	0.0
Evitación de alimentos engordantes	5.6	11.1	2.1	2.1	0.0	0.0
Atracón	8.3	13.9	2.1	4.3	0.0	0.0
Conductas compensatorias	8.3	13.9	2.1	10.6	0.0	0.0
Interiorización de los modelos estéticos corporales						
Interiorización de los modelos	11.1	25.0	2.1	8.5	0.0	0.0
Autoestima						
Autoestima	13.9	16.7	4.3	2.1	0.0	0.0

Punto límite

El porcentaje de participantes de los grupos con sintomatología que rebasaron el punto límite en la postprueba y en el seguimiento, es decir, los que mejoraron, se muestra en la Tabla 33. Se encontraron cambios positivos en el grupo con intervención cognitivo-conductual en todas las escalas, excepto en la evitación de alimentos engordantes en la postprueba; particularmente se observó un mayor porcentaje de mejoría en la insatisfacción corporal. El grupo con intervención didáctica mejoró en todas las escalas, menos en la preocupación por la comida. Es importante notar que el porcentaje de mejoría en este grupo fue inferior al del grupo cognitivo-conductual en la mayoría de las escalas, excepto en la evitación de alimentos engordantes. Finalmente, el grupo control no mejoró en las escalas.

En el seguimiento, el grupo con intervención cognitivo-conductual mejoró en todas las escalas. El porcentaje más alto se encontró en la preocupación por la comida, seguida por la evitación de alimentos engordantes, atracón, la insatisfacción corporal y la interiorización de los modelos estéticos corporales. Del mismo modo, el grupo con intervención didáctica mejoró en todas las escalas, aunque cabe destacar que el porcentaje de mejoría en este grupo fue inferior al del grupo cognitivo-conductual en todas las escalas. Finalmente, el grupo control no presentó mejoría en las escalas.

Tabla 33. Participantes con sintomatología que rebasaron el punto límite (mejorados) en la postprueba y en el seguimiento en secundaria.

Escala	Cognitivo- conductual (n = 5)		Didáctico (n = 7)		Control (n = 10)	
	%		%		%	
	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento
Actitudes hacia la figura y el peso						
Preocupación por la comida	20.0	100.0	0.0	42.9	0.0	0.0
Insatisfacción corporal	40.0	80.0	28.6	42.9	0.0	0.0
Motivación para adelgazar	20.0	60.0	14.3	42.9	0.0	0.0
Conductas alimentarias						
Evitación de alimentos engordantes	0.0	80.0	28.6	42.9	0.0	0.0
Atracón	20.0	80.0	14.3	57.1	0.0	0.0
Conductas compensatorias	20.0	60.0	14.3	57.1	0.0	0.0
Interiorización de los modelos estéticos corporales						
Interiorización de los modelos	20.0	80.0	14.3	57.1	0.0	0.0
Autoestima						
Autoestima	20.0	60.0	14.3	28.6	0.0	0.0

Comparaciones normativas

La Tabla 34 muestra los cambios en los participantes de los grupos de secundaria que fueron identificados con sintomatología en la preprueba, y que fueron sometidos a la intervención cognitivo-conductual ($n = 5$) o a la intervención didáctica ($n = 7$).

En la postprueba, la intervención cognitivo-conductual promovió cambios clínicamente significativos (celda II) en la interiorización de los modelos estéticos corporales, mientras que la intervención didáctica favoreció cambios clínicamente significativos en el atracón (Tabla 34). En el seguimiento, la intervención cognitivo-conductual promovió cambios clínicamente significativos (celda II) en todas las escalas, excepto en la autoestima; mientras que la intervención didáctica sólo promovió efectos clínicamente significativos en el atracón y en la autoestima. En ningún caso se encontraron resultados equívocos (celda IV).

Tabla 34. Distribución en la postprueba de los grupos por celda en secundaria.

Escala	Tiempo	Cognitivo-conductual Celda				Didáctico Celda			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
Actitudes hacia la figura y el peso									
Preocupación por la comida	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Insatisfacción corporal	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Motivación para adelgazar	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Conductas alimentarias									
Evitación de alimentos engordantes	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x						x
Atracón	Postprueba			x				x	
	Seguimiento		x					x	
Conductas compensatorias	Postprueba	x				x			
	Seguimiento		x			x			
Interiorización de los modelos estéticos corporales									
Interiorización de los modelos	Postprueba		x			x			
	Seguimiento		x			x			
Autoestima									
Autoestima	Postprueba	x				x			
	Seguimiento	x						x	

Tamaño del efecto

Los resultados del tamaño de efecto para el grupo con intervención cognitivo-conductual y el grupo con intervención didáctica de secundaria, se muestran en las Tablas 35 y 36.

En la postprueba, la intervención cognitivo-conductual en el grupo de secundaria sólo presentó efectos pequeños, específicamente en el atracón y en la insatisfacción corporal. En el seguimiento, el efecto de la intervención cognitivo-conductual en el grupo de secundaria fue mediano en el atracón, la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos estéticos corporales. En el resto de las escalas, la intervención provocó un efecto pequeño.

Tabla 35. Tamaño del efecto en la postprueba y en el seguimiento para el grupo cognitivo-conductual de secundaria.

Escala	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la comida	0.33	0.42	0.03	0.99	0.62	-.09	.48
Insatisfacción corporal	61.89	55.58	48.89	21.68	20.00	.29	.65
Motivación para adelgazar	1.75	1.42	0.86	3.36	2.74	.10	.32
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	0.64	0.61	0.17	1.73	1.23	.02	.38
Atracón	18.50	15.97	14.72	5.29	4.93	.48	.77
Conductas compensatorias	5.14	5.06	4.56	2.31	1.84	.03	.32
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos	14.83	14.42	9.25	10.23	8.59	.04	.65
Autoestima							
Autoestima	81.89	84.44	85.33	14.39	14.18	.18	.24

M_{PRE} = media del grupo cognitivo-conductual en la preprueba; M_{POST} = media del grupo cognitivo-conductual en la postprueba; M_{SEG} = media del grupo cognitivo-conductual en el seguimiento; DE_{POST} = desviación estándar promedio del grupo cognitivo-conductual en la preprueba y la postprueba; DE_{SEG} = desviación estándar promedio del grupo cognitivo-conductual en la preprueba y el seguimiento; TE_{POST} = Tamaño del efecto en la postprueba; TE_{SEG} = tamaño del efecto en el seguimiento.

En la postprueba, la intervención didáctica no presentó efecto en las escalas, mientras que en el seguimiento se observó un efecto pequeño en la insatisfacción corporal (.26).

Tabla 36. Tamaño del efecto en la postprueba y en el seguimiento para el grupo didáctico de secundaria.

Escala	M _{PRE}	M _{POST}	M _{SEG}	DE _{POST}	DE _{SEG}	TE _{POST}	TE _{SEG}
Actitudes hacia la figura y el peso							
Preocupación por la comida	0.43	0.51	0.43	1.37	1.23	-.06	.00
Insatisfacción corporal	70.49	65.79	63.55	28.78	26.49	.16	.26
Motivación para adelgazar	2.87	2.57	2.15	3.78	3.78	.08	.19
Conductas alimentarias							
Evitación de alimentos engordantes	0.81	0.70	0.53	1.55	1.52	.07	.18
Atracón	18.13	17.00	16.89	5.84	6.13	.19	.20
Conductas compensatorias	5.68	5.77	6.02	2.37	2.54	-.04	-.13
Interiorización de los modelos estéticos corporales							
Interiorización de los modelos	18.57	17.26	17.64	13.73	14.77	.10	.06
Autoestima							
Autoestima	81.83	84.21	83.43	13.48	14.09	.18	.11

M_{PRE} = media del grupo didáctico en la preprueba; M_{POST} = media del grupo didáctico en la postprueba; M_{SEG} = media del grupo didáctico en el seguimiento; DE_{POST} = desviación estándar promedio del grupo didáctico en la preprueba y la postprueba; DE_{SEG} = desviación estándar promedio del grupo didáctico en la preprueba y el seguimiento; TE_{POST} = Tamaño del efecto en la postprueba; TE_{SEG} = tamaño del efecto en el seguimiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio se enfocó a desarrollar, implementar y evaluar un programa de prevención universal de actitudes y conductas alimentarias alteradas impartido a muestras no clínicas de hombres y mujeres (adolescentes y preadolescentes) de quinto grado de primaria y de segundo año de secundaria, en el ambiente escolar. El programa se enfocó a disminuir las actitudes negativas hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), las conductas alimentarias (evitación de alimentos engordantes, atracón y conductas compensatorias), la interiorización de los modelos estético corporales y a aumentar la autoestima.

Para cumplir con este propósito, se evaluaron las propiedades psicométricas del ChEAT (Maloney et al., 1988, 1989) en niños de primaria, mediante el análisis de consistencia interna y el análisis de la estructura factorial, con niños de primaria. Se encontró una consistencia interna de .82 para el ChEAT. Este resultado fue más alto que los reportados por Maloney et al. (1988) y por Sancho et al. (2005; $\alpha = .74$), y similar al de Smolak y Levine (1994) para mujeres de secundaria ($\alpha = .84$). Esto indica que el ChEAT presenta una consistencia interna adecuada con niños y preadolescentes mexicanos. En cuanto a la consistencia interna por género, se encontraron valores de .84 para niñas y .80 para niños de primaria. Estos valores fueron superiores a los reportados por Sancho et al. (2005) para niñas ($\alpha = .74$) y niños ($\alpha = .68$), e iguales a los reportados por Smolak y Levine (1994) para mujeres de secundaria ($\alpha = .84$).

El análisis factorial con rotación VARIMAX, indicó que la estructura de esta versión (cinco factores) fue similar a la reportada por Smolak y Levine (1994), quienes eliminaron los factores que explicaron menos del 5% de la varianza, e incluyeron ítems con saturaciones mayores a .30, por lo que su versión final quedó con cuatro factores que explican el 48% de la varianza total. En el presente estudio se utilizó el criterio de eliminar los factores que contenían menos de tres ítems y que tuvieran saturaciones menores a .40, por lo que la versión final quedó formada por cinco factores que explicaron el 43.74% de la varianza.

Los cinco ítems (1, 11, 12, 14 y 23) del factor Motivación para Adelgazar encontrados en esta investigación, corresponden con el mismo factor encontrado por Smolak y Levine (1994), por Kelly, Ricciardelli y Clarke (1999) y por Sancho et al. (2005), aunque con este último sólo difieren en el ítem 19 (mismo que no fue incluido

en este estudio) y el ítem 2. Todos los ítems del factor Conductas Compensatorias corresponden con los encontrados por Smolak y Levine y Kelly et al. Es importante mencionar que aunque el ítem 25 no corresponde conceptualmente con el factor, al igual que Smolak y Levine y Kelly et al., se mantuvo en este factor. Cinco de los seis ítems encontrados en el factor Preocupación por la Comida corresponden con los encontrados por Smolak y Levine y con tres reportados por Sancho et al. en este mismo factor. Los cuatro ítems encontrados en el factor Evitación de Alimentos Engordantes, corresponden con los ítems encontrados por Sancho et al. en el mismo factor, y con tres ítems encontrados por Smolak y Levine en el factor uno. Los cuatro ítems encontrados en el factor Presión Social Percibida corresponden al factor cuatro reportado por Smolak y Levine, así como con los ítems del factor tres reportado por Kelly et al.

Existe poca investigación que examine las actitudes y conductas alimentarias alteradas en niños y preadolescentes. Aunque en el presente estudio se encontraron cinco factores en la estructura del ChEAT en niños, se requieren estudios futuros para confirmar la estructura factorial y para examinar el desarrollo tanto de la preocupación por la dieta y la alimentación, así como de las conductas de dieta por edad (niños y preadolescentes) y por género (hombres y mujeres).

El ChEAT parece ser un instrumento adecuado para medir actitudes alimentarias alteradas en niños, sin embargo, al igual que el EAT, es más adecuado como instrumento de tamizaje y de investigación, más que como instrumento de diagnóstico, ya que permite evaluar la preocupación por la alimentación, los patrones de dieta y las actitudes alimentarias en preadolescentes y adolescentes tempranos (Maloney et al., 1988). De hecho, no existe evidencia de que el ChEAT pueda diagnosticar grupos con TCA, debido tal vez a la presencia de tasas bajas de estos trastornos en la niñez, por lo que se requieren investigaciones que incluyan entrevistas diagnósticas a aquéllos participantes que obtienen puntuaciones altas en el ChEAT, ello para investigar la validez de criterio de este instrumento.

Los hallazgos sobre las puntuaciones obtenidas en las diferentes mediciones llaman la atención. La puntuación promedio en el ChEAT fue de 8.85, similar a la reportada por McVey, Tweed y Blackmore en 2004 (9.3) con una muestra de niñas de 10.8 años de edad promedio y por Wardle y Watters en 2004 (10.0) para 200 niñas de 9 y 11 años de edad; pero mayor al 7.4 reportado por Steinberg et al. (2004) para 202 niños y niñas de 9.7 años de edad, y menor a la reportada por Smolak y Levine (1994), quienes encontraron una media de 15.74 ($DE = 12.42$) con una muestra de 308 mujeres

de 13.2 años de edad promedio. Además, se observa que el 10.6% de los sujetos rebasaron el punto de corte del ChEAT (≥ 20). Este porcentaje es similar al 10.5% reportado por McVey, Tweed y Blackmore, aunque superior al 6.9% encontrado por Maloney et al. (1989), y al 4.9% encontrado por Schur, Sanders y Steiner (2000) con niños de 8 a 13 años. Se observa que la presencia de sintomatología de TCA en muestras mexicanas de niños es más alta que en otros países, lo cual indica que probablemente el punto de corte de 20 no sea apropiado para niños mexicanos.

En cuanto al EAT, las puntuaciones promedio para secundaria fueron de 15.83 y 16.44 para mujeres y hombres, respectivamente. Estas son inferiores al promedio de 20.16 y superiores al promedio de 12.61 reportado para una muestra de mujeres y hombres españoles de entre 14 y 19 años de edad (Ballester et al., 2002). Además, las puntuaciones del presente estudio son ligeramente superiores a las reportadas por Beato-Fernández et al. (2004), quienes encontraron puntuaciones de 14.51 y 15.09 para mujeres y hombres españoles de entre 12 y 13 años de edad.

En el presente estudio se encontró que el 11.1% de mujeres y el 8.7% de hombres rebasaron el punto de corte del EAT, mientras que en el estudio de Ballester et al. (2002), el 16.5% de mujeres y el 0.4% de hombres rebasaron el punto de corte del EAT. Esto indica que en el presente estudio, son menos las mujeres y más los hombres que presentan sintomatología de TCA, en comparación con los resultados reportados por Ballester et al.

Respecto al CIMEC, la puntuación promedio fue de 17.40 para mujeres y 11.80 para hombres de secundaria, y de 15.92 y 16.94 para mujeres y hombres de primaria, respectivamente. Estas puntuaciones son inferiores a las reportadas por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000), quienes reportaron una media de 27.95 para una muestra con una edad promedio de 19.03 años. Esto sugiere que la interiorización de los modelos estéticos corporales es menor en las edades de 9 y 15 años, en comparación con participantes de mayor edad.

En el BSQ se encontró que las puntuaciones promedio para los grupos de mujeres de secundaria con y sin sintomatología fueron de 114.64 y 60.96, respectivamente, las cuales son inferiores a las encontradas en adolescentes españolas con y sin sintomatología por Ballester et al. (2002), quienes reportan promedios de 125.52 y 78.65, respectivamente. Ello indica que la insatisfacción es menor en el grupo de mujeres de secundaria de la presente investigación.

Para evaluar el efecto del programa de prevención universal cognitivo-conductual sobre la preocupación por la comida, motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, atracón, interiorización de los modelos estéticos corporales y en la autoestima de los participantes de primaria y de secundaria, se utilizaron pruebas de significancia estadística y clínica.

A pesar de que en primaria no hubo efecto de la interacción Tiempo x Grupo en la insatisfacción corporal ni en la autoestima, las pruebas de significancia estadística indicaron que los preadolescentes que recibieron el programa cognitivo-conductual disminuyeron significativamente la preocupación por la comida, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, el atracón, las conductas compensatorias y la interiorización de los modelos estéticos corporales. En cambio, los preadolescentes que recibieron el programa didáctico sólo disminuyeron significativamente la evitación de alimentos engordantes. Por otro lado, los preadolescentes del grupo control presentaron más conductas compensatorias en el seguimiento, en comparación con la preprueba. Es importante señalar que en la mayoría de las variables, excepto en la evitación de alimentos engordantes, se observaron cambios de la preprueba a la postprueba, aunque estos fueron estadísticamente significativos hasta el seguimiento.

En secundaria, el grupo cognitivo-conductual mostró cambios positivos sólo en una actitud (insatisfacción corporal), dos conductas (atracción y conductas compensatorias) y en la interiorización de los modelos estéticos corporales; mientras que el grupo didáctico promovió cambios sólo en una conducta evaluada (conductas compensatorias).

Estos resultados afirman la hipótesis propuesta en este estudio de que el programa cognitivo-conductual, tanto en primaria como en secundaria, provocaría un cambio positivo en las actitudes hacia la figura y el peso, en las conductas alimentarias y en la interiorización de los modelos estéticos corporales, en comparación con los grupos con programa didáctico y control.

Es importante mencionar que en ambos niveles educativos no se observaron efectos en la insatisfacción ni en la autoestima. Una explicación podría basarse en el hecho de que los participantes presentaron puntuaciones bajas en la insatisfacción corporal y altas en la autoestima en la preprueba, lo cual provocó un efecto “de piso” y

“de techo”, respectivamente, dificultando cambios en las puntuaciones de los participantes después de la intervención.

Los resultados indican que aunque la intervención promovió cambios en ambos niveles educativos, fueron más evidentes en primaria, y son congruentes con los encontrados por Roehrig et al. (2006). Sin embargo, otros estudios no reportan cambios en las conductas alimentarias (Dalle-Grave et al., 2001; Smolak & Levine, 2001; Smolak et al., 1998a, 1998b). Las contradicciones en los resultados obtenidos en la presente investigación y otros estudios previos, pueden deberse a los contenidos y actividades que se incluyen en los diferentes programas de prevención, por lo que sería conveniente diseñar investigaciones para evaluar el impacto de cada sesión de los programas de prevención, lo cual permitiría conocer cuáles son los temas que tienen más efecto positivo en las actitudes y conductas alimentarias alteradas. Adicionalmente, los resultados del presente estudio son congruentes con los encontrados en la prevención dirigida a mujeres adolescentes (Matusek et al., 2004; Stice et al., 2000, 2001; Stice & Ragan, 2002), y apoyan parcialmente la idea de que los programas cognitivo-conductuales, que enfatizan la enseñanza de competencias y habilidades sociales, promueven más cambios en las actitudes y conductas negativas relacionadas con la alimentación, en comparación con los didácticos, que se enfocan en transmitir información (Stice & Shaw, 2004). Este apoyo parcial se debe a que en la presente investigación se observaron cambios en las conductas de los participantes en el grupo didáctico, lo cual puede ser explicado por el contenido del programa y las tareas, que incluían cuestionarios, entrevistas y reflexiones, que probablemente promovieron la autoreflexión en los participantes.

Diversos estudios de prevención enfocada, con participantes mujeres, tanto adolescentes como adultas (Matusek et al., 2004; Stice et al., 2000, 2001; Stice & Ragan, 2002), han encontrado cambios en las actitudes y en las conductas alimentarias con base a programas de disonancia cognoscitiva. En la presente investigación se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales, los participantes fueron de menor edad y, por lo tanto, las actitudes y conductas de riesgo se presentan en niveles más bajos, por lo que es más difícil provocar un cambio en ellas. A pesar de esto, los resultados encontrados en la intervención cognitivo-conductual son similares a los reportados en los programas antes descritos.

Los resultados obtenidos en este estudio son alentadores, ya que la intervención cognitivo-conductual en primaria promovió cambios positivos tanto en las actitudes

como en las conductas alimentarias de riesgo, a diferencia de otros estudios con niñas de 10 y 11 años de edad, en los que solamente se encontraron cambios positivos en las actitudes relacionados con figura y peso (Baranowsky & Hetherington, 2001; Scime et al., 2006).

Algunos estudios, con intervenciones didácticas dirigidas a hombres y mujeres de menor edad, han reportado cambios sólo en los conocimientos relacionados con los TCA (Smolak & Levine, 2001; Smolak et al., 1998a, 1998b). En esta investigación, y contrario a los resultados de otros estudios, se encontraron cambios positivos en las conductas alimentarias tanto en secundaria (atracción y conductas compensatorias) como en primaria (evitación de alimentos engordantes, atracción y conductas compensatorias). Además, destaca el hecho de que los efectos de la misma intervención didáctica aplicaron sobre diferentes conductas en los dos niveles escolares. Es posible que los resultados encontrados en este estudio se relacionen con las prácticas didácticas de cada cultura, ya que es poco común en México encontrarnos con programas de enseñanza cognitivo-conductuales, por lo que podemos pensar que los estudiantes están habituados a conseguir la adquisición de las habilidades mediante métodos de enseñanza tradicionalmente didácticos.

A diferencia de otros estudios en los que no se encontraron diferencias en la interiorización de los modelos estéticos corporales (Low et al., 2006; Steiner-Adair et al., 2002; Stice et al, 2003; Wilksch et al., 2006), en la presente investigación se observó una reducción significativa en este factor, lo cual puede indicar que, aunque no fue exclusivamente un programa de alfabetización de medios, como el de Neumark-Sztainer et al. (2000), las actividades incluidas en el programa cognitivo-conductual permitieron a los participantes examinar y criticar los mensajes mostrados en los medios. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Neumark-Sztainer et al., quienes desarrollaron un programa de alfabetización de los medios de seis sesiones, aunque resulta relevante que en la presente investigación se logró el mismo efecto en la reducción de la interiorización de los modelos estéticos corporales pero un menor tiempo, ya que sólo se dedicó una sesión al tema relacionado con la resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez.

La interiorización de los modelos estéticos corporales puede tener un impacto negativo en la satisfacción corporal de los niños (Dohnt & Tiggemann, 2006), y la reducción de la interiorización por medio de programas de prevención universal aumenta la resiliencia contra la insatisfacción corporal.

Respecto a las diferencias por género, hipotetizamos que los cambios en las mujeres del grupo expuesto al programa cognitivo-conductual serían mayores respecto a los hombres expuestos al mismo programa, en las variables antes descritas. Sin embargo, al comparar los resultados para primaria, las niñas del grupo cognitivo-conductual mostraron menor preocupación por la comida antes de la intervención que los niños de primaria. Estos resultados difieren de los encontrados por Sancho et al. (2005), quienes no encontraron diferencias de género en este factor. En el seguimiento, la preocupación por la comida disminuyó en los hombres y fue estadísticamente igual en las mujeres. Por otro lado, el programa cognitivo-conductual provocó un incremento en la autoestima de los varones, pero no en las mujeres. Esto indica que, contrario a lo esperado, fueron los hombres quienes se beneficiaron de la intervención en estas variables. Otros estudios también han encontrado cambios positivos en los varones, al implementar programas de prevención (Wilksch et al., 2006). En el resto de las variables no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, esto al igual que en el estudio de McVey et al. (2007), por lo que los cambios positivos afectaron por igual a los participantes de ambos géneros, reforzando el hecho de que la inclusión de hombres en la prevención universal ha mostrado éxito para modificar sus conocimientos, actitudes y conductas (Neumark-Sztainer et al., 2006).

En cuanto a secundaria, las comparaciones por género no indicaron diferencias entre hombres y mujeres del grupo cognitivo-conductual en todas las escalas. Es probable que el resultado observado se relacione con las bajas puntuaciones obtenidas por los hombres y las mujeres en las escalas, ya que es más difícil modificar las puntuaciones cuando han alcanzado un nivel muy bajo (efecto de piso). Por otro lado, el programa didáctico disminuyó la interiorización de los modelos estéticos corporales en las mujeres y no en los hombres. Este resultado podría deberse a las bajas puntuaciones obtenidas por los varones en esta escala, en comparación con las mujeres.

Para evaluar los cambios clínicamente significativos se utilizaron cuatro métodos: índice de cambio confiable, el punto límite, las comparaciones normativas y el tamaño del efecto.

Con relación al índice de cambio confiable, los resultados indicaron que de los 41 participantes de primaria del grupo cognitivo-conductual, el porcentaje de participantes que mejoraron [ICC>1.96] fue del 19.5 al 36.6% en la insatisfacción corporal, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, las conductas compensatorias y la interiorización de los modelos estéticos corporales; mientras que en

secundaria ($n = 36$), sólo en la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos, del 22.2 al 27.8% de los participantes mejoraron en el seguimiento. En cuanto a la intervención didáctica ($n = 40$), del 20 al 32.5% de los participantes de primaria presentaron cambios en la insatisfacción corporal y en la interiorización de los modelos estéticos corporales; mientras que en secundaria ($n = 47$), los cambios en todas las escalas fueron inferiores al 15%. Estos cambios pueden ser atribuidos al efecto del tratamiento (Jacobson & Truax, 1991), contribuyendo a disminuir los factores de riesgo (previamente identificados en la literatura) para el desarrollo de un TCA, que incluyen la idealización social de la delgadez, que a su vez conduce a la insatisfacción corporal y a conductas de dieta restrictiva recurrentes para perder peso (Alvarez, 2006). Nuevamente, estos cambios fueron más evidentes en primaria y, particularmente, en el grupo con intervención cognitivo-conductual.

Una aportación de este estudio se relaciona con el establecimiento de puntos límite y el cálculo del tamaño del efecto de las intervenciones preventivas. En la presente revisión no se encontraron estudios que hayan indicado los puntos límite para los instrumentos, ni para las subescalas de los instrumentos utilizados, por lo que no se pudieron realizar comparaciones con otros estudios. En el caso del CIMEC, sí existe el punto de corte propuesto para México y fue establecido por Vázquez, Alvarez y Mancilla en el 2000 (mayor o igual a 24) con una muestra de 1001 mujeres (edad promedio de 19.0 años). Este punto es superior al punto límite para primaria (17.4) y secundaria (20.6), encontrados en la presente investigación. En cuanto al BSQ, el punto de corte propuesto para México (110, Galán, 2004) también es superior a los puntos límite de primaria (72.8) y secundaria (76.1) encontrados en el presente estudio. Es probable que las diferencias se deban a que en este estudio se trabajó con participantes de menor edad.

Aunque no se utilizaron poblaciones clínicas, en la fase uno del estudio se consideraron dos poblaciones como recomiendan Jacobson y Truax (1991). La población normativa incluyó participantes que no rebasaron el punto de corte del EAT/ChEAT y la población con sintomatología que incluyó participantes que rebasaron el punto de corte de los mismos instrumentos. Debido a que las distribuciones se traslaparon en algún punto de las curvas, se pudo establecer el punto límite para cada escala. Esto nos permitió identificar el cambio clínicamente significativo en los participantes, como resultado del efecto de la intervención preventiva. Sin embargo, debido a que no se trataba de poblaciones clínicas expuestas a un tratamiento

terapéutico, no se observaron disminuciones importantes en las variables dependientes, esto debido a que se trabajó con grupos que no se esperaba que presentaran una patología alimentaria.

En la presente investigación se realizó un estudio previo para construir las distribuciones de los grupos normativo y con sintomatología, y así obtener los puntos límite para realizar las comparaciones normativas. La ventaja de esta información es que permite identificar a los participantes que antes de la intervención presentan sintomatología y que, después de la misma, se ubican más allá del punto límite, es decir, dentro de la distribución normativa. El porcentaje de participantes del grupo cognitivo-conductual de primaria con sintomatología que mostraron mejoría después de la intervención fue del 63.6% en la evitación de alimentos engordantes y del 54.5% en la motivación para adelgazar; en tanto que del 9.1 al 18.2% mejoraron en el resto de las escalas. Por otro lado, 45.5% de los participantes del grupo didáctico mejoraron en la motivación para adelgazar y 27.3% en la preocupación por la comida, mientras que en el resto de las escalas hubo una mejoría del 9.1 al 18.2%, excepto en la evitación de alimentos engordantes (0%). En el seguimiento, del 63.6 al 100% de los participantes del grupo cognitivo-conductual y del 45.5 al 90.9% de participantes del grupo didáctico mejoraron en todas las escalas. El porcentaje de participantes del grupo cognitivo-conductual de secundaria con sintomatología que mostraron mejoría después de la intervención fue del 40% en la insatisfacción corporal y del 20% en el resto de las escalas, excepto en la evitación de alimentos engordantes (0%). Por otro lado, 28.6% de los participantes del grupo didáctico mejoraron en la insatisfacción corporal y en la evitación de alimentos engordantes, así como 14.3% en el resto de las escalas, excepto en la preocupación por la comida (0%). En el seguimiento, del 60 al 100% de los participantes del grupo cognitivo-conductual de secundaria y del 28.6 al 57.1% de participantes del grupo didáctico mejoraron en todas las escalas. Estos hallazgos indican que los participantes del grupo cognitivo-conductual de primaria con sintomatología son los que se beneficiaron más de la intervención, seguidos por su contraparte de secundaria. Estos resultados son congruentes con los observados por Stice y Shaw (2004), quienes encontraron que las intervenciones interactivas promueven más cambios que las didácticas, aunque en la presente investigación se encontraron cambios en los dos grupos, por lo cual es necesario diseñar investigaciones para evaluar el contenido de los programas.

Con relación a las comparaciones normativas después de la intervención, el grupo cognitivo-conductual con sintomatología de primaria fue clínica y estadísticamente equivalente al grupo normativo en la evitación de alimentos engordantes y en la autoestima. Por otro lado, el grupo didáctico de primaria sólo fue equivalente al grupo normativo en la autoestima. En el seguimiento, el grupo cognitivo-conductual con sintomatología de primaria fue clínica y estadísticamente equivalente al grupo normativo en todas las escalas. Además, el grupo didáctico fue equivalente al grupo normativo en la evitación de alimentos engordantes, el atracón, la interiorización de los modelos y en la autoestima. En cuanto a los grupos con sintomatología de secundaria, en la postprueba el grupo cognitivo-conductual fue equivalente al grupo normativo sólo en la interiorización de los modelos estéticos corporales. Por otro lado, el grupo didáctico de secundaria fue equivalente al grupo normativo sólo en el atracón. En el seguimiento, el grupo cognitivo-conductual con sintomatología de secundaria fue clínica y estadísticamente equivalente al grupo normativo en todas las escalas, excepto en la autoestima. Además, el grupo didáctico de secundaria fue equivalente al grupo normativo en el atracón y en la autoestima. Por lo anterior, se puede concluir que el grupo cognitivo-conductual con sintomatología fue equivalente al grupo normativo en más escalas que el grupo didáctico, tanto en primaria como en secundaria.

Por otro lado, resulta relevante señalar que las comparaciones normativas indicaron que las escalas tienen suficiente poder estadístico para la toma de decisiones relacionadas con la eficacia de las intervenciones. Es decir, no se encontraron resultados erróneos, que de acuerdo con la clasificación de Kendall et al. (1999), corresponderían a efectos clínica y estadísticamente no significativos.

El tamaño del efecto de la intervención cognitivo-conductual fue de mediano ($> .50$) a grande ($> .80$) en todas las escalas, excepto en la preocupación por la comida en primaria; mientras que en secundaria sólo se observaron efectos medianos en la insatisfacción corporal, el atracón y la interiorización de los modelos estéticos corporales. Por otro lado, en la intervención didáctica, el tamaño del efecto fue mediano en las conductas compensatorias y en la autoestima en primaria; en cambio, en secundaria se observaron efectos pequeños en las subescalas. Esto indica que aunque ambos métodos tuvieron éxito en modificar las actitudes y conductas no saludables, tanto en primaria como en secundaria, el programa cognitivo-conductual provocó más cambios que el didáctico, tanto clínica como estadísticamente significativos. Además, los resultados muestran que tanto el programa cognitivo-conductual como el didáctico

provocaron más cambios en los participantes de primaria con relación a los de secundaria, y apoyan la noción de que los niños pueden ser más susceptibles y receptivos a un programa de prevención (Neumark-Sztainer et al., 1995a), ya que los ideales no saludables de belleza y las actitudes y conductas relacionadas con el peso y la figura, están bien establecidas y son casi inamovibles en jóvenes de 11 a 14 años (Thelen, Powell, Lawrence & Kuhnert, cit. en Kater et al., 2000).

Fortalezas del presente estudio

La presente investigación tiene varias fortalezas. Primero, debido que las conductas alimentarias alteradas aparecen entre los 15 y 16 años, el programa se dirigió a participantes de 11 a 14 años en promedio, con la finalidad de evitar la aparición de las conductas de riesgo de TCA y antes de que ellos hayan interiorizado los mensajes negativos relacionados con el ideal de belleza. Es importante considerar que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando previenen la aparición de conductas de dieta no saludables, que cuando ya están establecidas dichas conductas (Neumark-Sztainer et al., 1995a).

Otra fortaleza del presente estudio es que no se incluyó información sobre TCA y sobre los métodos para el control del peso; en cambio, se informó a los participantes que el objetivo del programa era aprender más acerca de la salud física y mental del cuerpo. Con este antecedente, el programa tuvo éxito en enmascarar el verdadero objetivo: disminuir las actitudes y conductas alimentarias alteradas, así como la interiorización de los modelos estéticos corporales e incrementar la autoestima. En términos generales, este objetivo se logró en los grupos cognitivo-conductuales de secundaria y primaria, y no fue el resultado de los efectos de las expectativas o de responder en una forma socialmente deseable por parte de los participantes, sino que los cambios se debieron al efecto del programa. En este sentido, el programa de prevención empleado en la presente investigación demostró que es posible modificar las actitudes y conductas alimentarias alteradas sin mencionar información sobre los TCA, las dietas o los métodos para el control del peso.

Los resultados de este estudio proveen evidencia de que las lecciones dirigidas a desarrollar un sentido de identidad, basado en las competencias y no en la apariencia, parecen aumentar la autoestima de los participantes y los materiales de prevención que confrontan a los participantes respecto a la idea de que es necesario ser esbelto para lograr salud, éxito y buenas relaciones interpersonales, pueden tener un efecto positivo

en las actitudes no saludables e irreales que promueve la cultura. Esta idea se apoya en los datos revelados por los análisis de significancia clínica, que indican que la eficacia del tratamiento fue del 30% en el grupo cognitivo-conductual y de menos del 20% en el grupo didáctico. Al mismo tiempo, los resultados son alentadores y apoyan la idea de continuar los esfuerzos de prevención universal con participantes prepuberales para confirmar los hallazgos de este estudio. En este sentido, la prevención universal tiene varias ventajas. Primero, tiene el potencial de ayudar a los participantes en riesgo y también prevenir el desarrollo de nuevos casos. Segundo, puede ayudar a los niños a afrontar las influencias socioculturales vinculadas al desarrollo de actitudes y conductas alimentarias alteradas (McVey et al., 2007).

Se desarrolló y evaluó un programa de ocho sesiones, orientado para ayudar a los participantes a reconocer sus fortalezas y a valorar sus competencias no relacionadas con la apariencia física. En este sentido, Stice y Shaw (2004) han establecido que los programas multisesión se asocian con más efectos en los participantes, en comparación con los programas de una sesión.

La intervención fue universal, ya que disminuye la probabilidad de que los participantes sean estigmatizados y evitan las dificultades relacionadas con la identificación de los adolescentes en alto riesgo, resultado de la alta prevalencia de actitudes y conductas alimentarias anormales en la población.

Aunque la evaluación incluyó instrumentos desarrollados en otros países, estos fueron, en su mayoría, validados y adaptados para estudiantes mexicanos en el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala. Tal es el caso del BSQ, EAT-40, CIMEC y del BULIT. En el caso del ChEAT, en la presente investigación se realizó un análisis de sus propiedades psicométricas con muestras de niños mexicanos, mientras que en el caso del PAI fue adaptado para muestras mexicanas por Caso (1999).

Otra fortaleza de este estudio se relaciona con el hecho de que los programas se impartieron tanto a hombres como a mujeres, con la finalidad de tener un escenario real en el que los participantes socializan, además de que la literatura señala a los hombres como parte de la subcultura que apoya la idealización de la delgadez (Austin, 2000). La inclusión de varones en el programa de prevención pudo facilitar el cambio de las normas que guían los procesos mediante los cuales se relacionan unos con otros, también pudo promover el hecho de que los participantes trabajaran juntos para transformar las normas del grupo relacionadas con la idealización de la delgadez. Por lo anterior, fue importante evaluar el efecto de la intervención dirigida a grupos mixtos

(hombres y mujeres), ya que los hombres tienen más actitudes desfavorables hacia la gente con sobrepeso y con frecuencia molestan y acosan a sus compañeros, por lo que dejarlos fuera de los programas de prevención ignoraría tanto su papel negativo como su influencia positiva para apoyar los cambios preventivos (Austin, 2000), además de que limitaría la posibilidad de que ellos mismos pudieran recibir los beneficios de la intervención.

Una contribución de este estudio reside en el hecho de que se comparó el efecto de un programa cognitivo-conductual contra uno didáctico, debido a que la mayoría de los estudios han evaluado los efectos usando solamente un grupo control sin tratamiento.

O'Dea (2000) ha establecido que la primera regla en investigación sobre prevención es no dañar. En esta investigación no se encontró evidencia de efectos nocivos de las intervenciones en los participantes, a diferencia de los resultados encontrados por Carter et al. (1997) y por Mann et al. (1997), quienes encontraron efectos iatrogénicos de sus programas de prevención de TCA. Estos resultados pueden deberse a que en los contenidos del programa de la presente investigación, no se habló directamente acerca de los TCA, ni se incluyeron temas relacionados con los efectos nocivos del uso de las conductas compensatorias inapropiadas (vómito, uso de laxantes, diuréticos, etc.) para evitar la ganancia de peso. En este sentido, el programa propuesto en esta investigación parece ser un programa seguro de prevención de TCA, ya que no se encontraron evidencias de efectos nocivos asociados con el programa.

En contraste con otros estudios que han tenido una tasa de atrición alta (McVey et al., 2007; Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006; Taylor et al., 2006), en el presente estudio la tasa fue del 0%. Esto puede deberse a que en los niveles escolares atendidos existe menor índice de deserción en comparación con niveles superiores. También puede deberse a que los ciclos escolares son anuales, y se contó con todo el apoyo de las autoridades de las respectivas instituciones y, como se trabajó al inicio de dicho ciclo, los grupos evaluados se mantuvieron intactos hasta el seguimiento.

Un desafío para la investigación sobre prevención primaria es la evaluación de los efectos de los programas. Por definición, la prevención primaria pretende detener el desarrollo de una conducta no deseable antes de que aparezca. En el caso de los TCA, existen dos modelos para alcanzar esta meta. En el modelo de prevención de la enfermedad, la prevención se enfoca en modificar los factores de riesgo, como la imagen corporal negativa y las conductas y actitudes alimentarias alteradas (Levine & Piran, 2001). Por otro lado, el modelo de promoción de la salud pretende incrementar

los factores que actúan en contra de los factores de riesgo, como la autoestima (McVey & Davis, 2002). Sin embargo, en la prevención primaria, los efectos “de piso” y “de techo” pueden ser problemáticos. Un efecto de piso puede ser evidente cuando existen tasas bajas de alteraciones alimentarias, especialmente en niños, por lo que una disminución en estas alteraciones puede ser muy difícil (Stice & Shaw, 2004). Sin embargo, y a pesar de los niveles bajos de actitudes y conductas alimentarias, el programa de prevención empleado en la presente investigación con intervención cognitivo-conductual logró cambios en estos factores en los grupos de primaria y secundaria.

Una de las contribuciones más importantes de este estudio se relaciona con la evaluación de los cambios provocados por las intervenciones mediante pruebas de significancia clínica, ya que pocos estudios han evaluado estos aspectos. Pineda y Gómez-Peresmitré (2006) evaluaron la significancia clínica de un programa de disonancia cognoscitiva impartido a mujeres de tercer grado de secundaria. Por otro lado, Wilksch et al. (2006) evaluaron la significancia clínica de los cambios provocados por un programa cognitivo-conductual impartido a adolescentes de 13.8 años de edad promedio. Ambos estudios compararon las puntuaciones obtenidas por los participantes en la preprueba con las obtenidas en la posprueba. A diferencia de estos trabajos, la presente investigación, incluyó cuatro métodos para analizar la significancia clínica del cambio: índice de cambio confiable, comparaciones normativas individuales, equivalencia clínica y tamaño del efecto. En este sentido, el presente estudio tuvo poder estadístico suficiente para detectar diferencias pequeñas entre los grupos con intervención cognitivo-conductual o didáctica, y el tamaño del efecto sugiere que la intervención cognitivo-conductual podría ser más efectiva para reducir los factores de riesgo, en comparación con la didáctica.

Limitaciones

Aunque los resultados son alentadores, existen algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos de la presente investigación. Una limitación es que aunque los grupos fueron asignados aleatoriamente, no fue posible asignar al azar a los participantes a las tres condiciones (cognitivo-conductual, didáctica y control). Aunque la confianza en los hallazgos se incrementa debido a que los grupos no difirieron en las variables demográficas ni en las mediciones en la línea base, sin la asignación al azar es muy difícil desechar la afirmación de que los efectos asociados con

el programa de prevención se deban al efecto de variables extrañas. Sin embargo, la presencia del grupo con intervención didáctica y del grupo control podría sortear esta limitación.

La muestra fue pequeña y homogénea, por lo que muchos de los participantes se conocían entre sí. Además, es posible que se hubieran detectado efectos más positivos del programa con una muestra más grande; sin embargo, para detectar un tamaño del efecto alto, con un poder del 95% y un nivel de significancia de .05, se requieren aproximadamente 34 participantes por grupo (Faul et al., 2007). En el presente estudio, los grupos estuvieron conformados por 36 a 47 participantes, por lo que el tamaño de la muestra empleado no fue una limitante, y permitió detectar un tamaño del efecto alto en las mediciones utilizadas.

A pesar de que las actividades fueron adaptadas para ser usadas con grupos mixtos, no se obtuvo evidencia del efecto de los programas en la obsesión por la musculatura en los hombres. En este sentido, sería recomendable utilizar instrumentos como la Escala de Obsesión por la Musculatura (DMS) de McCreary y Sasse (2000), validada en México por Escoto et al. (2007) para evaluar esta dimensión en los varones.

Sugerencias para futuros estudios

Se requieren investigaciones longitudinales para seguir a los participantes hasta la adolescencia y la adultez temprana para observar si aquéllos que experimentaron una reducción en los factores de riesgo asociados al desarrollo de un TCA (después de la intervención) tienen menos probabilidad que sus compañeros (que no participaron en la intervención) de desarrollar un TCA específico o uno subclínico a lo largo del tiempo. También permitirían identificar si los cambios provocados por la intervención se mantienen a largo plazo.

Además, es importante replicar el estudio con una muestra más amplia, que incluya estudiantes de diferentes tipos de escuelas (públicas y privadas), lo cual permitiría aumentar el poder estadístico y la posibilidad de generalización de los hallazgos.

Es importante, para futuras investigaciones, que además de aplicar cuestionarios de autoinforme de síntomas, se utilicen entrevistas diagnósticas a ciegas para evaluar los síntomas de TCA (que pueden ser considerados como variables dependientes y no sólo como factores de riesgo y/o variables de clasificación), ya que brindan una evaluación más precisa (Black & Wilson, 1996). También, las entrevistas permitirían conformar

con precisión los grupos con y sin sintomatología para el establecimiento de los puntos límite.

También es importante evaluar el impacto ecológico de la intervención, por ejemplo, evaluar el riesgo de aparición de obesidad o su efecto en el funcionamiento psicosocial, es decir, conocer su impacto en la esfera familiar, escolar y social. Además, estudios futuros podrían incluir actividades o información enfocada a los padres de los niños participantes en la intervención. El involucramiento de los padres podría facilitar el cambio y/o el mantenimiento de actitudes y conductas alimentarias saludables en los participantes en los programas de prevención. En este sentido, McVey et al. (2007) consideran que sería importante investigar formas más efectivas para involucrar a los padres en estos programas.

Conclusiones

Los hallazgos de la presente investigación, conducen a las conclusiones que a continuación se plantean.

El ChEAT parece ser un instrumento adecuado para medir actitudes alimentarias alteradas en niños y preadolescentes mexicanos. Este instrumento presentó una consistencia interna adecuada y una estructura de cinco factores que explicaron el 43.74% de la varianza. Los factores encontrados para México son similares a los reportados en la literatura internacional.

Un número importante de niños (10.6%) y preadolescentes (11.1% de mujeres y 8.7% de hombres) presentan sintomatología de TCA.

Las intervenciones de prevención universal pueden reducir los factores de riesgo potenciales en niños y preadolescentes, provocando cambios positivos en las actitudes hacia la figura y el peso, en las conductas alimentarias y en la interiorización de los modelos estéticos corporales

Las pruebas de significancia estadística indicaron que los niños de primaria que recibieron el programa cognitivo-conductual disminuyeron significativamente la preocupación por la comida, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, el atracón, las conductas compensatorias y la interiorización de los modelos estéticos corporales. En secundaria, el grupo cognitivo-conductual mostró cambios positivos sólo en una actitud (insatisfacción corporal), dos conductas (atracción y conductas compensatorias) y en la interiorización de los modelos estéticos corporales. En ambos niveles educativos no se observaron efectos en la insatisfacción ni en la autoestima.

El programa cognitivo-conductual -que se basa en técnicas cognitivo-conductuales y enfatiza la enseñanza de competencias y habilidades sociales-, promovió más cambios en las actitudes y conductas negativas relacionadas con la alimentación, en comparación con los didácticos, que se enfocan en transmitir información.

A pesar de que la intervención cognitivo-conductual promovió cambios en ambos niveles educativos, estos fueron más evidentes en primaria.

Aunque no se utilizó exclusivamente un programa de alfabetización de medios, se observó una reducción significativa en la interiorización de los modelos estéticos corporales, ya que las actividades incluídas en el programa cognitivo-conductual permitieron a los participantes examinar y criticar los mensajes mostrados en los medios.

De acuerdo con las pruebas de significancia clínica, los cambios fueron más evidentes en primaria y, particularmente, en el grupo con intervención cognitivo-conductual.

Es viable el uso de puntos límite debido a que, aunque no se utilizaron poblaciones clínicas, fue posible establecer el punto límite para cada escala, tomando como criterio a los participantes que rebasaron el punto de corte del EAT/ChEAT.

Los participantes del grupo cognitivo-conductual de primaria con sintomatología son los que se beneficiaron más de la intervención, seguidos por su contraparte de secundaria.

Las comparaciones normativas indicaron que las escalas utilizadas tienen suficiente poder estadístico para la toma de decisiones relacionadas con la eficacia de las intervenciones.

El tamaño del efecto indicó que la intervención cognitivo-conductual podría ser más efectiva para reducir los factores de riesgo, en comparación con la didáctica.

El programa de prevención demostró que es posible modificar las actitudes y conductas alimentarias alteradas sin incluir información sobre los TCA, las dietas o los métodos para el control del peso.

Los resultados apoyan la idea de continuar los esfuerzos de prevención universal con participantes prepuberales para confirmar los hallazgos de este estudio.

No se encontró evidencia de efectos nocivos de las intervenciones en los participantes.

El presente estudio constituye una aportación importante a la literatura sobre prevención de los TCA. En general, los resultados sugieren que el programa de prevención evaluado en este estudio (que incluye temas como la autoestima, los cambios en la adolescencia, los prejuicios sobre la figura y el peso, asertividad, resistencia a las presiones socioculturales hacia la delgadez, alimentación saludable y relaciones sociales saludables) constituye una manera segura y efectiva de reducir las actitudes y conductas alimentarias no saludables, así como la interiorización de los modelos estéticos corporales en hombres y mujeres de primaria y secundaria, como lo indicaron las pruebas de significancia clínica y estadística empleadas.

REFERENCIAS

- Abascal, L., Bruning, J. B., Winzelberg, A. J., Dev, P. & Taylor, B. (2004). Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 1-9.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29*, 339-355.
- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A. & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 409-417.
- Acosta, M. V., Llopis, J. M., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 5*, 223-232.
- Adams, P. J., Katz, R. C., Beauchamp, K., Cohen, E. & Zavis, D. (1993). Body dissatisfaction, eating disorders, and depression: A developmental perspective. *Journal of Child and Family Studies, 2*, 37-46.
- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinic of North America, 24*, 371-379.
- Álvarez, D. T., Franco, K., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea, 7*, 26-35.
- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Alvarez, G. (2006). *Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. Tesis de doctorado en Psicología, UNAM, México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A., Haro, M. & Mancilla, J. (2003). Sintomatología de trastornos alimentarios: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud, 13*, 1-13.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Martínez, M. & López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Revista Psicología y Ciencia Social, 2*, 50-58.

- Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7, 74-85.
- Alvarez, G., Vázquez, R., López, X., Bosques, E. & Mancilla, J. M. (2002). Estudio exploratorio de la asociación entre roles sexuales y sintomatología de trastornos alimentarios. *Psicología Social en México*, 9, 109-114.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Gómez-Pérez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 47-56.
- Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Revised text. Washington, DC, EE. UU: Author.
- Ansari, F. (1994). What information would be important to give to the family of and individual with bulimia or anorexia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 2, 163-167.
- Aquino, G. A. (1998). *Trastornos de la alimentación: detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Austin, S. B. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.
- Austin, S. B. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model. *Preventive Medicine*, 32, 268-283.
- Baez, M. V. (2003). Aspectos cognitivos y conductuales asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en niños con diferentes niveles de practica deportiva. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México.
- Ballester, F., de Gracia, B., Patiño, M., Suñol, G. & Ferrer, A. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 30, 207-212.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behavior*, 31, 143-164.

- Baranowski, M. J. & Hetherington, M. M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 119-124.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R. & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *Lancet*, 357, 1254-1257.
- Beretta, V., De Roten, Y., Drapeau, M., Kramer, U., Favre, N. & Despland, J. (2005). Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: Characteristics of early responders. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 78, 347-362.
- Berry, T. R. & Howe, B. L. (2000). Risk factors for disorders eating in female university athletes. *Journal of Sport Behavior*, 23, 207-216.
- Black, C., Smith, L. & Ciao, A. (2006). Peer-Facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *Journal of Counseling Psychology*. 53, 550-555.
- Black, C. & Wilson, T. (1996). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 43-50.
- Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12, 197-202.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Gnam, G. & Buddeberg, C. (1998). Prevention of disturbed eating behaviours: A prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 146-155.
- Buddeberg-Fischer, B. & Reed, V. (2001). Prevention of disturbed eating behavior: An intervention program in Swiss high school classes. *Eating Disorders*, 9, 109-124.
- Caballero, A., Cruz, C., González, L. & Unikel, C. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.
- Caballero, A., Sunday, S. & Halmi, K. (2003). A comparison of cognitive and behavioral symptoms between Mexican and American eating disorders patients. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 136-141.

- Camacho, E. J. & Escoto, M. C. (2008). Cognitive deficits in bulimia nervosa. Trabajo presentado en la *International Conference on Eating Disorders*, May 14-17, 2008, Seattle, USA.
- Camacho, E. J., Escoto, M. C., Mancilla-Díaz, J. M. & Aizpuru, A. (2007). Neuropsychological evaluation in eating disorders: A Mexican sample. Trabajo presentado en la *International Conference on Eating Disorders*, May 2-5, 2007, Baltimore, USA.
- Carter, J. C., Stewart, A. D., Dunn, V. J. & Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Caso, J. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Cattarin, J. A. & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image eating disturbances, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 2, 114-125.
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., Dev, P. et al. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 650-657.
- Chambers, K. L. & Alexander, S. M. (2007). Media literacy as an educational method for addressing college women's body image issues. *Education*, 127, 490-497.
- Cooper, P. J. & Fairburn, C.G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 385-389.
- Cooper, J., Taylor, J., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cororve, M., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A. & Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: A meta-analysis. *Eating Disorders*, 14, 191-213.
- Crow, S., Praus, B. & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders—a 5-to 10-year record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.
- Dalle-Grave, R., De Luca, L. & Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 9, 327-337.

- Dohnt, H. & Tiggemann, M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Deviant Psychology, 42*, 929-936.
- Dorantes, I., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (1998). Las relaciones familiares y su vínculo con los trastornos alimentarios. *Revista Psicología, 38*, 25-32.
- Drumond, D. M. (2006). *Assessment of the effectiveness of a wellness-based program for eating disorder prevention on eating attitudes and disordered eating behaviors*. Dissertation thesis, Edmonton Alberta, Canada.
- Dunkley, T. L., Wertheim, E. H. & Paxton, S. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence, 36*, 265-279.
- Eagles, J. M., Johnston, M. I., Hunter, D., Lobban, M. & Millar, H. R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1266- 1271.
- Eliot, A. & Wood, C. (2001). Eating disordered adolescent males. *Adolescence, 36*, 535-543.
- Escoto, M. C., Alvarez, G., Bedolla, G., Velásquez, B., Yáñez, K. & Mancilla, J. M. (2007, octubre). Consistencia interna y estructura factorial de la Drive for Muscularity Scale. Trabajo presentado en el *XV Congreso Mexicano de Psicología*, Hermosillo, Sonora.
- Escoto, M. C., Mancilla, J. M. & Camacho, E. J. (En prensa). Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147*, 402-408.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M., Doll, A. H. & Palmer, R. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1705-1715.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, A. H., Norman, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry, 57*, 659-665.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, A. H. & Welch, L. S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry, 56*, 468-476.

- Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G. & Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 73-77.
- Festinger, L. (1962). Cognitive dissonance. *Scientific American*, 207, 93-102.
- Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
- Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.
- Fitzgibbon, M., Sánchez-Johnsen, L. A. & Martinovich, Z. (2003). A test of continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 83-97.
- Flores, M. & Caballero, A. (1999). Factores de riesgo para anorexia nerviosa. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 42, 241-243.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. & Alvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Franko, D. L., Mintz, L. B., Villapiano, M., Green, T. C., Mainelli, D., Folensbee, L. et al. (2005). Food, mood, and attitude: Reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychology*, 24, 567-578.
- Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. En G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 309-330). New York, EE. UU: John Willey & Sons.
- French, S. A., Story, M., Downes, B., Resnick, M. D. & Blum, R. W. (1995). Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. *American Journal of Public Health*, 85, 695-701.

- Fuentes, E. S. (2003). *Trastorno alimentario en niños con distinto nivel de actividad física*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala, UNAM, México.
- Galán, J. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala, UNAM, México.
- García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. C. & Arcilla-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45, 206-210.
- Garner, D. M. (1990). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. España: TEA Ediciones.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Geller, J., Johnston, C., Madsen, K., Goldner, E. M., Remick, R. A. & Birmingham, C, L. (1998). Shape-and weight-based self-esteem and the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 285-298.
- Ghaderi, A., Mårtensson, M. & Schwan, H. (2005). "Everybody's Different": A primary prevention program among fifth grade school children. *Eating Disorders*, 13, 245-259.
- Gleaves, D. H., Brown, J. D. & Warren, C. S. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders: A review of the literature and implications for assessment, treatment, and prevention. *Behavior Modification*, 27, 1-25.
- Gollings, E. & Paxton, S. (2006). Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: A pilot study. *Eating Disorders*, 14, 1-15.
- Gómez, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-197.

- Gómez, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? *Psicología y Ciencia Social*, 2, 27-33.
- Gómez, G. & Acosta, M. (2002). Evaluación de la delgadez. Un estudio transcultural entre adolescentes de México y España. *Psicothema*, 14, 221-226.
- Gómez, G., Acosta, M., Unikel, C. & Pineda, G. (2005). Puntos de corte para determinar riesgo en trastornos de la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 43-51.
- Gómez, G. & Saucedo-Molina, T. J. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 69-74.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G. & Acosta, M. (2005). Estudios transculturales (México-España): Factores de riesgo, modelo corporal ideal. La Psicología Social en México. En G. Rodríguez (Coord). *Medicina conductual en México*. (pp. 107-130). México: coeditores: LIX Legislatura de la H. Cámara de Diputados (serie CONOCER PARA DECIDIR) y la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A.C.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 7, 4-15.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Pineda, G. & Tafuya, S. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: Versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 89-99.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., D' Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. & León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 125-132.

- González, L. M., Lizano, M. & Gómez, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 117-126.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Green, M., Scott, N., Diyankova, I., Gasser, C. & Pederson, E. (2005). Eating disorder prevention: An experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. *Eating Disorders*, 13, 157-169.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina-Mora, M. E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24, 55-61.
- Hall, A. & Hay, P. J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*, 21, 697-701.
- Halvarsson, K., Lunner, K., Westerberg, J., Anteson, F. & Sjöden, P. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17-year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 32-42.
- Hawley, D. (1995). Assessing change with preventive interventions: The reliable change index. *Family Relations*, 44, 278-284.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Heinicke, B. E., Paxton, S. P., McLean, S. A. & Wertheim, E. H. (2007). Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 379-391.
- Heinze, V., Wertheim, H. & Kashima, Y. (2000). An evaluation of the importance of message source and age of recipient in a primary prevention program for eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 8, 131-145.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La psicología preventiva: Su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3, 173-182.

- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A. et al. (2000). Mortality in eating disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 20-26.
- Herzog, D. B., Hopkins, J. D. & Burns, C. D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 261-267.
- Hesse-Biber, S. & Marino, M. (1991). From high school to college: Changes in women's self-concept and its relationship to eating problems. *Journal of Psychology*, 125, 199-216.
- Hoek, H. W. & Hoeken, D. V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Holston, J. & Cashwell (2000). Family functioning and eating disorder among college women: A model of prediction. *Journal of College Counselling*, 3, 5-16.
- Horm, J. & Anderson, K. (1993). Who in America is trying to lose weight? *Annual Internal Medicine*, 119, 672-676.
- Hsu, L. K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinic of North America*, 19, 681-700.
- Huon, G. F. (1994). Towards the prevention of dieting-induced disorders: Modifying negative food-and body-related attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 395-399.
- Imm, P. S. & Pruitt, J. (1991). Body shape satisfaction in female exercisers and nonexercisers. *Women and Health*, 17, 87-96.
- Irving, L. (2000). Promoting size acceptance in elementary school children: The EDAP Puppet Program. *Eating Disorders*, 8, 221-225.
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J. et al. (2007). Maintenance of internet-based prevention: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 114-119.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jones, J., Bennett, S., Olmsted, M., Lawson, M. & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal, 165*, 547-552.
- Kaminski, P. L. & McNamara, K. A. (1996). A treatment for college women at risk for bulimia: A controlled evaluation. *Journal of Counselling and Development, 74*, 288-294.
- Kater, K. J., Rohwer, J. & Levine, M. P. (2000). An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. *Eating Disorders, 8*, 3-16.
- Kater, K. J., Rohwer, J. & Londre, K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *Journal of School Health, 72*, 199-204.
- Kazdin, A. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Tercera edición. México: Prentice-Hall.
- Kelly, C., Ricciardelli, L. A. & Clarke, J. D. (1999). Problem eating attitudes and behaviors in young children. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 281-286.
- Kendall, P. C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 283-284.
- Kendall, P. C., Marrs-García, A., Nath, S. R. & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 285-299.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1627-1637.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hammer, L.D., Litt, I., Wilson, D.M., Rich, T. et al. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 369-384.

- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L. D. et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 936-940.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Telch, M. J., Robinson, T. N., Maron, D. J. & Saylor, E. (1987). Depressive symptoms and substance use among adolescent binge eaters and purgers: A defined population study. *American Journal of Public Health*, *77*, 1539-1541.
- Krahnstoever, D. K., Markey, C. & Birch, L. L. (2003). A Longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 320-332.
- Levine, M. & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. En: R., Striegel-Moore, & L. Smolak, (Eds.). *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. (pp. 233-253). Washington, DC, EE. UU: American Psychological Association.
- Levine, M. & Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: Consecuencias en la prevención primaria. En: W. Vandereycken & G. Noordenbos. (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. (pp 39-80). España: Granica.
- Levine, M. & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lindberg, L. & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *34*, 397-408.
- Linderman, A. K. (1994). Self-esteem: Its application to eating disorders and athletes. *International Journal of Sport and Nutrition*, *4*, 237-252.
- López, X., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & Cobos, G. (1997). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedoras compulsivas. *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, *15*, 255-259.
- López, X., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: Un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, *5*, 34-40.

- Lora-Cortéz, C. I. & Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental, 29*, 60-67.
- Low, K. G., Charanasomboon, S., Lesser, J., Reinhalter, K., Martin, R., Jones, H. et al. (2006). Effectiveness of a computer-based interactive eating disorders prevention program at long-term follow-up. *Eating Disorders, 14*, 17-30.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. & Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 397-405.
- Lunnen, K. M. & Ogles, B. M. (1998). A multiperspective, multivariable evaluation of reliable change. *Journal of Consulting and Clinic Psychology, 66*, 400-410.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F. & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 430-435.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B. & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 541-543.
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R. & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics, 84*, 482-489.
- Mancilla, J. M., Escartín, E., López, V. & Camacho, E. J. (2006). Psicobiología de la alimentación. En J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.). *Trastornos alimentarios en hispanoamérica* (pp. 229-250). México: Manual Moderno.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Alvarez, G. & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory, EDI. *Thomson Psicología, 1*, 167-176.
- Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Lopez-Aguilar, X., Alvarez-Rayon, G. & Tellez-Giron, M. T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review, 15*, 463-470.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, G., Franco, K. Vázquez, R., López, X. et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.). *Trastornos alimentarios en hispanoamérica* (pp. 123-172). México: Manual Moderno.

- Mancilla, J. M., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X. & Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 16*, 37-46.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Wright, A., Hanson, K. & Burgard, D. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology, 16*, 215-225.
- Martínez, G. M., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irlara-Estéves, J. & Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrica, 111*, 315-320.
- Martz, D. & Bazzini, D. (1999). Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of two one-shot programs. *Journal of College Student Development, 40*, 32-42.
- Matusek, J. A., Wendt, S. J. & Wiseman, C. V. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 376-388.
- McAllister, R. & Caltabiano, M. L. (1994). Self-esteem, body-image and weight in noneating-disordered women. *Psychological Reports, 75*, 1339-1343.
- McCabe, M. P. & Ricciadelli, L. A. (2001). Parent, peers and media influences on body image and strategies to both increase, and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence, 36*, 225-240.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 205-215.
- McCreary, D. R. & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health, 48*, 297-304.
- McVey, G. L. & Davis, R. A. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up assessment. *Journal of Early Adolescent, 22*, 96-108.
- McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S. & Shaw, B. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 1-11.
- McVey, G. L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrobe, D. & Blackmore, E. (2003a). School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders, 11*, 169-185.

- McVey, G. L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D. & Blackmore, E. (2003b). Replication of a peer support program designed to prevent disordered eating: Is a life skills approach sufficient for middle school students? *Eating Disorders*, *11*, 187-195.
- McVey, G. L., Tweed, S. & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, *170*, 1559-1561.
- McVey, G. L., Tweed, S. & Blackmore, E. (2007). Healthy schools-healthy kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, *4*, 115-136.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Flez, C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, *26*, 1-16.
- Medina-Mora, M. E., López, E. K., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S. & Berenzon, S. (2003). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias: Resultados de una encuesta en población estudiantil. En: *Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría* (Ed.), pp 7-14.
- Mejiboom, A., Jansen, A., Kampman, M. & Schouten, E. (1999). An experimental test of the relationship between self-esteem and concern about body shape and weight in restrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 327-334.
- Mellin, L. M., Irwin, C. E. & Scully, S. (1992). Prevalence of disordered eating in girls: A survey of middle-class children. *Journal of the American Dietetic Association*, *92*, 851-853.
- Mendoza, M. A. & Rodríguez, S. L. (2002). *Factores de riesgo e imagen corporal en mujeres de diferentes carreras universitarias*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Montilla, M. D. (2001). *Terapia cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nerviosa*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Moreno, A. B. & Thelen, M. H. (1993). A preliminary prevention program for eating disorders in a junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, *2*, 109-124.
- Morrison, T. G., Kalin, R. & Morrison, M. A. (2004). Body-image evaluation and body-image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, *39*, 571-592.

- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Mutterperl, J. A. & Sanderson, C. A. (2002). Mind over matter: Internalization of the thinness norm as a moderator of responsiveness to norm misperception education in college women. *Health Psychology, 21*, 519–523.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R. & Palti, H. (1995a). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education, 27*, 24-28.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R. & Palti, H. (1995b). Dieting and binge eating: Which dieters are a risk? *Journal of the American Dietetic Association, 95*, 586-589.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M., Paxton, S., Smolak, L., Piran, N. & Wertheim, E. (2006). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next? *Eating Disorders, 14*, 265-285.
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., Collier, T. & Hannan, P. J. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association, 100*, 1466-1473.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Story, M. & Perry, C. L. (2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: Implications for prevention programs. *Health Psychology, 22*, 88-98.
- Noordenbos, G. (2000). Los trastornos alimentarios en la atención primaria de la salud: La identificación e intervención temprana de parte de los médicos clínicos. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp. 173-213). España: Granica.
- O’Dea, J. A. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders, 8*, 123-130.
- O’Dea, J. A. & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence, 34*, 671-679.
- O’Dea, J. A. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 43-57.
- Openshaw, C., Waller, G. & Sperlinger, D. (2004). Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: Statistical versus clinical significance of changes in

- symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 363-375.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorder: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Paxton, S. G. (1993). A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A 1 year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43-51.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. & Eisenberg, M. E. J. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Clinic and Child Adolescent Psychology*, 35, 539-549.
- Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D. & Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in the Schools*, 37, 443-452.
- Pineda, G. & Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos del comportamiento alimentario basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 87-95.
- Pineda, G., Gómez, G., Oviedo, L. & Platas, R. (2006). *Depresión y conducta alimentaria de riesgo en universitarios con problemas de imagen corporal*. Trabajo presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología Social, Tabasco, México.
- Piran, N. (1999). Eating Disorders: A trial of prevention in a high risk school setting. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 75-90.
- Polivy, J. (1996) Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 589-592.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Polivy, J., Zeitlin, S. B., Herman, C. P. & Beal, A. L. (1994). Food restriction and binge eating: A study of former prisoners of war. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 409-411.
- Pope, A. W., McHayle, S. M. & Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. USA.: Allyn and Bacon (eds.).

- Posavac, H. D., Posavac, S. S. & Weigel, R. G. (2001). Reducing the impact of media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*, 324-340.
- Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. & Arndt, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 130*, 435-468.
- Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L. et al. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and México. *European Eating Disorders Review, 9*, 53-63.
- Rhyme-Winkler, M. (1994). Eating attitudes in fourth-, sixth-, and eight-grade girls. *Elementary School Guidance & Counseling, 28*, 285-294.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behavior Research and Therapy, 39*, 1317-1328.
- Richards, M. H., Casper, R. C. & Larson, R. (1990). Weight and eating concerns among pre-and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care, 11*, 203-209.
- Roberts, L. J., Neal, D. J., Kivlahan, D. R., Baer, J. S. & Marlatt, G. A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: Clinical significance in an indicated preventive context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 500-505.
- Rocco, P. L., Ciano, R. P. & Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 351-358.
- Rodríguez, R., Gómez, G., Olvera A., Peniche M. & Vázquez X. (2006). Influencia de la publicidad e imagen corporal en adolescentes mexicanas. *Congreso Mexicano de Psicología Social. 1*. 263-268.
- Roehrig, M., Thompson, J. K., Brannick, M. & van den Berg, P. (2006). Dissonance-based eating disorder prevention program: A preliminary dismantling investigation. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 1-10.
- Román, M., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & López, X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Psicología Contemporánea, 5*, 22-29.

- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Rosenvinge, J. H. & Børresen, R. (1999). Preventing eating disorders-time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7, 5-16.
- Rosenvinge, J. H., Sundgot, B. J. & Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: A controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 7, 382-391.
- Rosenvinge, J. H. & Westjordet, M. Ø. (2004). Is information about eating disorders experienced as harmful? A consumer perspective on primary prevention. *Eating Disorders*, 12, 11-20.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V. & Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13, 338-343.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrasa, S., Olivotto, M. C., Magaavita, N. & Savaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent school girls: A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 46-50.
- Saucedo, V. I. (2004). *Consistencia interna y validez factorial del EAT-40 para varones en población mexicana*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. J., Unikel-Santoncini, C., Villatoro-Velázquez, J. & Fleiz-Bautista, C. (2003). Curvas percentilares del índice de masa corporal: Auto-informe de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*, 24, 23-28.
- Schmidt, E., Tiller, J. & Morgan, G. H. (1995). The social consequences of eating disorders. En G. Szukler, Ch. Dare & J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 259-267). New York, EE. UU: John Willey & Sons.
- Schur, E., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Scime, M., Cook-Cottone, C., Kane, L. & Watson, T. (2006). Group prevention of eating disorders with fifth-grade females: Impact on body dissatisfaction, drive for thinness, and media influence. *Eating Disorders*, 14, 143-155.

- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health: A developmental perspective*. USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sheldrick, R., Kendall, P. & Heimberg, R. (2001). The clinical significance of treatments: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 418-430.
- Shisslak, C. M., Crago, M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Tarakeshwar, N., Kochman, A., Tate, D. C. & Lee, R. S. (2004). The clinical significance of change in trauma-related symptoms following a pilot group intervention for coping with HIV-AIDS and childhood sexual trauma. *AIDS Behaviors*, 8, 277-291.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (1994). Psychometric properties of the Children's Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 285-282.
- Smolak, L. & Levine, M. P. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders*, 9, 313-325.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. A. (1998a). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339-353.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. A. (1998b). Lo que nos enseñó la enseñanza: Evaluación de un programa preventivo para las escuelas primarias. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp. 173-213). España: Granica.
- Springer, E. A., Winzelberg, A. J., Perkins, R. & Taylor, C. B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 13-20.
- Stanford, N. J. & McCabe, M. P. (2005). Evaluation of a body image prevention programme for adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 13, 360-370.
- Steinberg, E., Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Elberg, J., Freedman, R., Semega-Janneh, M. et al. (2004). Comparison of the child and parent forms of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns in the assessment of children's

eating-disordered behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 183-194.

- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry [Suppl 1]*, 12, 38-46.
- Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D., Pai, S., Trucker, R., Becker, A. E. et al. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 401-411.
- Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J. & Fairburn, C. G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107-118.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247-262.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206-217.
- Stice, E., Orjada, K. & Tristán, J. (2006). Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: A replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 233-239.
- Stice, E., Presnell, K., Gau, J. & Shaw, H. (2007). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 20-32.
- Stice, E. & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbances psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159-171.
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A metaanalytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.

- Stice, E., Shaw, H., Burton, E. & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 263-275.
- Stice, E., Trost, A. & Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 10-21.
- Striegel-Moore, R. H. (1997). Risk factors for eating disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences, 28*, 98-109.
- Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 19-29.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, 41*, 246-263.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 499-509.
- Striegel-Moore, R. H. & Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En: W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp 13-37). España: Granica.
- Taylor, B., Bryson, S., Luce, K., Cunning, D., Celio, D.A., Abascal, L. et al. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk collage-age women. *Archives of General Psychiatry, 63*, 881-888.
- Thomas, K., Ricciardelli, L. A. & Williams, R. J. (2000). Gender traits and self-concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles, 43*, 441-458.
- Thompson, J. K. (2001). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. En J. K. Thompson (Ed.). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. (pp. 49-81). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Tilgner, L., Wertheim, E. & Paxton, S. J. (2004). Effect of social desirability on adolescent girls' responses to an eating disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 211-216.

- Tolgyes, T. & Nemessury, J. (2004). Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 647-659.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito*. Barcelona, España: Ariel.
- Toro, J., Gómez-Peresmitre, G., Sentis, J., Valles, A., Casulá, V., Castro, J. et al. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Treasure, J. & Szukler, G. (1995) Medical complications of chronic anorexia nervosa. En G. Szukler, C. Dare & J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 197-220). New York, EE. UU.: John Willey & Sons.
- Troop, N. A., Murphy, F., Bramon, E. & Treasure, J. L. (2000). Disgust sensitivity in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 446-451.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.
- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Unikel, C., Bojórquez, I., Carreño, S. & Caballero, A. (2006). Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 29, 44-51.
- Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: Estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología*, 16, 121-126.
- Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (1999a). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: Grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 141-151.
- Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (1999b). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7, 417-429.

- Unikel, C. & Gómez-Perezmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental, 27*, 38-49.
- Unikel, C., Juárez, F. & Gómez, G. (2006). Psychometric properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Mexican female students and patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 14*, 430-435.
- Unikel, C., Mora, J. & Gómez, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Interamerican Journal of Psychology, 33*, 11-29.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25*, 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, E., Fleiz, C., Alcantar, N. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo: Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica, 52*, 140-147.
- Unikel-Santoncini, C., Bojorquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México, 46*, 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica, 58*, 15-27.
- Varnado-Sullivan, P. J. & Horton, R. A. (2006). Acceptability of programs for the prevention of eating disorders. *Journal of Clinic Psychology, 62*, 687-703.
- Varnado-Sullivan, P. J., Zucler, N., Williamson, D. A. Reas, D., Thaw, J. & Netemeyer, S.B. (2001). Development and implementation of the Body Logic Programme for adolescents: A two-stage prevention programme for eating disorders. *Cognitive and Behavioural Practice, 8*, 248-259.
- Vázquez, R., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias de los Modelos Estético Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental, 23*, 18-24.
- Vázquez, R., Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Raich, R. M. (2000). Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario. *Psicoterapia y Familia, 13*, 33-46.

- Vázquez, R., Fuentes, E. S., Báez, M. V., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud, 12*, 73-82.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual, 2*, 415-427.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J. M. & Ruiz, A. O. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*, 185-197.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Ocampo, M. T. & Mancilla, J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Psicología Contemporánea, 7*, 56-65.
- Vázquez, R., López, X., Mancilla, J. M., Alvarez, G. & Franco, K. (2003, mayo). *Estimation of the population "at risk" for eating disorders and its association with cognitive factors in Mexican men*. Documento presentado en la International Conference on Eating Disorders Clinical and Scientific Challenges: The interface between eating disorders and obesity, Denver, CO, EE. UU.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruiz, A. O. et al. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 22*, 53-64.
- Vázquez, R., Ocampo, M. T., López, X., Mancilla, J. M. & Alvarez, G. (2002). La influencia de modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología Conductual, 10*, 355-369.
- Vázquez, R. & Raich, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual, 5*, 391-407.
- Vázquez, R., Raich, R. M., Viladrich, M. C., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2000). Variables familiares asociadas a los trastornos alimentarios. En R. Jiménez-Guillen (Comp.). *Familia. Naturaleza Amalgamada* (Pp. 265-280). México: Centro Universitario de Estudios para la Familia.
- Vázquez, R., Raich, R. M., Viladrich, M. C., Alvarez, G. & Mancilla, J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 18*, 325-335.

- Wade, T., Davidson, S. & O'Dea, J. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorders risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 371–383.
- Waller, G. & Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa: The role of perceived and actual control. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 213-219.
- Wardle, J. & Watters, R. (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 589-596.
- Westenhoefer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 477-481.
- Wilksch, S. M., Tiggemann, M. & Wade, T. D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 385-393.
- Winzelberg, A. J., Taylor, C. B., Sharpe, T., Eldredge, K. L., Dev, P. & Constantinos, P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 339-349.
- Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. et al. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R., Bortolotti, F. & Halmi, K. A. (2004). Primary prevention of eating disorders through attitude change: A two country comparison. *Eating Disorders*, 12, 241-50.
- Withers, G. F., Twigg, K., Wertheim, E. H. & Paxton, S. J. (2002). A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1021-1027.
- Withers, G. F. & Wertheim, E. H. (2004). Applying the elaboration likelihood model of persuasion to a videotape-based eating disorders primary prevention program for adolescent girls. *Eating Disorders*, 12, 103-124.
- Wlodarczyk-Bisaga, K. & Dolan, B. (1996). A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26, 1021-1031.

- Wood, K. C., Becker, J. A. & Thompson, J. K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 17*, 85-100.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva, World Health Organization.
- Yannakoulia, M., Sitara, M. & Matalas, A. (2002). Reported eating behavior and attitudes improvement after a nutrition intervention program in a group of young female dancers. *International Journal of Sport Nutrition & Exercise, 12*, 24-32.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A. et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 401-408.
- Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Pung, M. A., Winzelberg, A. J., Eldredge, K. & Taylor, C. B. (2001). An interactive internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 129-137.

Anexo 1. Carta descriptiva del Programa de Imagen Corporal.

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión I Presentación del programa. Presentar el Programa de Imagen Corporal. Dar a conocer las reglas del programa. Crear un ambiente apropiado para el trabajo grupal fomentando la interacción con otros compañeros. Destacar la importancia de las relaciones interpersonales. Realizar actividades enfocadas en la autoimagen del cuerpo. Aplicar en la vida diaria las ideas aprendidas.	Presentación del programa.	Letrero de bienvenida. Gafetes para los participantes.	Colocar el letrero en un lugar visible. Dar la bienvenida a los participantes y entregarles su gafete. Explicar en que consiste el taller así como las actividades que incluye.	10
	Reglas del programa.	Hoja de rotafolio y copia para cada participante con las reglas del programa.	Colocar el rotafolio. Explicar la importancia de las reglas del juego, haciendo énfasis en la importancia de la confidencialidad, el respeto y no juzgar a los compañeros.	10
	Presentación de los participantes.	Hoja de rotafolio con los pasos conductuales para iniciar una conversación.	Colocar el rotafolio y explicar la importancia de las relaciones sociales, dando ejemplos de situaciones en las que es adecuado hablar con un amigo. Modelar la autoinstrucción verbal basada en los pasos conductuales. Modelar la habilidad para iniciar una conversación y realizar un juego de roles, proporcionando retroalimentación.	30
	Escrito libre.	Hojas blancas.	Repartir una hoja a cada participante y pedirles que completen la siguiente frase: <i>Cuando estoy con mis amigos, me siento...</i> Solicitar a los participantes que compartan su experiencia. Enfatizar los sentimientos involucrados en la amistad.	15
	Meditación.	Hoja con instrucciones.	Durante la meditación, solicitar a los participantes que reflexionen sobre los sentimientos que despiertan en ellos sus amigos. Solicitar voluntarios para que compartan su experiencia.	20
Tarea.	Hoja de tareas para cada participante.	Entregar la hoja con tareas: Dedicar diariamente algunos minutos para estar en contacto con tu cuerpo. Iniciar en el descanso una conversación con compañeros de otros grupos. Iniciar el fin de semana una conversación con vecinos de tu misma edad.	5	

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. Continuación

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión II Autoestima.	Verificación de las acciones	Hojas de los participantes	Solicitar a dos participantes que comenten sobre sus tareas.	5
Identificar y practicar cualidades positivas en otros y en nosotros mismos. Valorar diferentes partes del cuerpo y que los participantes se visualicen en el futuro.	Autoafirmaciones positivas.	Rotafolio con los pasos conductuales y autoafirmaciones positivas.	Colocar la hoja de rotafolios que proporciona información sobre la importancia de las autoafirmaciones positivas. Preguntar a los participantes quién se dice cosas positivas y qué se dice. Modelar algunos ejemplos de autoafirmaciones. Solicitar voluntarios para que se digan a sí mismos y a otros, cosas positivas, no relacionadas con la apariencia física. Darles retroalimentación y refuerzo.	30
	Nuestras cualidades.	Recortes de 4 hojas de árbol dibujadas en papel para cada participante.	Solicitar a los participantes que se escriban en una de las hojas, una cualidad positiva no relacionada con la apariencia física. En las hojas restantes tres compañeros les escribirán cosas positivas. Pedir a tres participantes que describan, sus sentimientos relacionados con lo que les escribieron los demás.	15
	Meditación.	Instrucciones para la meditación.	Durante la meditación solicitar a los participantes que reflexionen sobre sus cualidades positivas. Solicitar voluntarios para que compartan su experiencia.	20
	Escrito libre.	Hojas blancas.	Pedir a los participantes que seleccionen un personaje favorito e indicarles que el personaje no debe ser seleccionado por su apariencia física. Pedir que escriban la frase: <i>Cuando tenga 22 años, seré tan... como mi personaje favorito.</i>	15
	Aplicación.	Hoja de tareas para cada participante.	Practicar en casa las autoafirmaciones positivas. Elaborar una carta de agradecimiento a tus amigos y padres, explicando por qué estás agradecido y entregarle las cartas a las personas mencionadas. Entrevistar a dos miembros de tu familia y pregúntales acerca de un personaje que admiran y por qué. Pide a tus padres y/o tus amigos que agreguen hojas a tu árbol de las fortalezas.	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. Continuación

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión III Cambios en la adolescencia.	Verificación de las acciones	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido.	5
Identificar y aceptar los cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia, que los participantes generen diversas alternativas de solución de conflictos relacionados con los prejuicios sobre el peso corporal y disipar los mitos comunes acerca de la grasa corporal.	Cambios durante la adolescencia.	Información sobre cambios en la adolescencia.	Leer la información conceptual sobre los cambios en la adolescencia. Pedir a los participantes que comenten los cambios que han observado en ellos y en otros.	25
	Prejuicios sobre el peso.	Hojas blancas y recortes de personas obesas y esbeltas.	Forme equipos mixtos de 3 participantes. Entregue a cada equipo un recorte de una persona con sobrepeso y un recorte de una persona esbelta. Pedir a los participantes que contesten las siguientes preguntas sobre las imágenes: <i>¿Cómo se imaginan que son estas personas? ¿Qué piensan sobre cada una de ellas?, ¿Cómo es su vida?</i> Proporcionar retroalimentación sobre los pensamientos que asociaron con las imágenes.	25
	Mitos sobre la grasa corporal.	Hoja de rotafolio con los mitos acerca de la grasa corporal.	Leer los siguientes mitos: <i>1. La grasa corporal es mala; no tiene ningún propósito bueno en el cuerpo. 2. Los participantes más robustos y los participantes más delgadas en este salón son los más felices. 3. Las personas engordan por que comen demasiado y se ejercitan muy poco. 4. Mientras más delgado seas, más saludable eres.</i> Preguntar a los participantes si están de acuerdo o en desacuerdo con cada mito. Desechar cada mito con la información adecuada.	30
	Aplicación.	Hoja de tareas para cada participante.	Entregar la hoja con tareas: Pregunta a otras personas, si recuerdan algunos cambios que sufrieron durante la adolescencia. Observa si a tu alrededor hay personas que son juzgadas por su apariencia física. Toma nota de lo que observas y escribe lo que harías en esa situación para resolver el problema. Escucha y escribe cómo hablan las personas acerca del cuerpo de los demás y de su propio cuerpo.	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. Continuación

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión IV Asertividad.	Verificación de las acciones.	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido.	10
Aprender la diferencia entre comunicación efectiva e inefectiva. Comprender la diferencia entre conducta agresiva, pasiva y asertiva. Practicar respuestas asertivas en situaciones relacionadas con el peso. Apreciar diferentes partes del cuerpo.	Mensajes “tú”.	Rotafolios con información sobre asertividad, mensajes “tu” y los pasos conductuales.	Leer la información conceptual. Modelar respuestas asertivas en situaciones relacionadas con las presiones socioculturales para la delgadez y/o la musculatura.	20
	Conductas agresivas.	Hoja de rotafolios con casos para los juegos de roles.	Juego de roles con diferentes situaciones relacionadas con la figura y el peso corporal, siguiendo los pasos conductuales y aplicando la autoinstrucción verbal.	20
	Respuestas asertivas.	Estudios de caso.	Pedir al grupo que practique respuestas asertivas ante diferentes situaciones.	20
	Monitoreo del cuerpo.	Hoja de relajación.	Leer la relajación a los participantes, incluir sentimientos que producen los comentarios negativos sobre la figura y el peso y formas asertivas de enfrentarlos.	15
	Aplicación.	Hoja de tareas para cada participante.	Entrevistar a tus familiares y amigos. Pregúntales si han sido molestados por su apariencia, cómo se sintieron y cómo respondieron. Clasifica las respuestas en agresivas, pasivas o asertivas y escribe cómo responderías tú ante el mismo problema.	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. Continuación

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)	
Sesión V Resistencia a las presiones socioculturales para la delgadez.	Verificación de las acciones.	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido.	5	
	Valores personales.	Hoja de rotafolio con lista de valores.	Pida a los participantes que seleccionen los diez valores más importantes para ellos y que los ordenen y los peguen de manera descendente, con el más importante en la parte superior.	20	
	Clarificar nuestros propios valores.	Valores de los medios.	Recortes de los valores para cada participante	Organice equipos de tres personas y reparta las hojas de valores y una revista. Pedir que jerarquicen los valores que se promueven en la revista. Compare los valores de las revistas con los valores personales.	20
	Analizar los valores que transmiten los medios.	Crítica a las revistas para adolescentes.	Hojas blancas y pegamento adhesivo.	Reparta las revistas y pida que contesten en equipos de tres participantes, las siguientes preguntas: <i>¿Cuántas páginas tiene tu revista? ¿Cuántas de esas páginas son anuncios? ¿Qué productos venden? ¿Cuántos artículos y anuncios dicen a las mujeres cómo cambiar, arreglar o mejorar sus cuerpos?</i>	15
	Aprender a criticar las imágenes mostradas en los medios.	Resistencia a los mensajes de los medios.	Revistas para adolescentes.	Solicite a los participantes que observen las fotos de las y los modelos. <i>¿Cuál de las poses se ve más ridícula o incómoda?</i> Solicite a los participantes que posen por dos minutos como los modelos de las fotos. Enfatice que las imágenes de los medios son irreales y no saludables.	15
	Identificar y resistirse a los mensajes no saludables e irreales de los medios.	Meditación.	Información.	Durante la meditación solicitar a los participantes que reflexionen sobre sus valores personales.	10
	Enfocarnos en la autoimagen del cuerpo.	Aplicación.	Revistas para adolescentes.	Revisa las revistas que hay en casa y reflexiona sobre cómo te sientes después de leerlas. Explica a tus padres la diferencia entre tus valores y los valores que transmiten las revistas. Solicita un escrito dirigido a los editores de la revista expresando lo que te molesta y el daño que pueden provocar a las personas que los leen. Solicitar que traigan alimentos saludables (proporcione algunos ejemplos) para compartir en la siguiente sesión.	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. *Continuación*

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión VI Alimentación saludable.	Verificación de las acciones.	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido.	5
Identificar los tipos y proporciones de alimentos que se incluyen en la pirámide alimentaria.	Alimentación saludable.	Hoja de rotafolio con la pirámide alimentaria.	Pedir que identifiquen y clasifiquen los alimentos de acuerdo con la pirámide alimentaria.	20
Identificar los alimentos (y sus cualidades) que mejoran o deterioran la salud. Promover la importancia de hacer tres comidas al día. Reemplazar la noción rígida entre comidas buenas y malas.	Comida saludable/ Chatarra.	Hojas blancas.	Pedir ejemplos de alimentos saludables y chatarra así como sus características.	20
Entender la diferencia entre dieta restrictiva alimentación saludable. Disipar mitos acerca de la grasa. Preparar un menú saludable.	Elaboración de un menú.	Alimentos.	Con los alimentos que trajeron los participantes, pídales que preparen el menú de un día completo. Use la guía de alimentación para elaborar platillos balanceados.	20
	Debate sobre alimentación	Cuestionario.	Debata las afirmaciones sobre alimentación.	20
	Aplicación.	Información	Entregar la hoja con tareas: Habla con la persona que prepara la comida en tu casa y ayúdale a planear y preparar una comida saludable. No olvides incluir alimentos frutas, verduras, proteínas, carbohidratos y grasas.	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. Continuación

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión VII Alimentación emocional.	Verificación de las acciones.	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido	5
Aprender a identificar y responder adecuadamente al hambre emocional.	Hambre emocional.	Pasos conductuales para identificar las emociones.	<p>Proporcione modelamiento de situaciones en las que se hayan sentido enojados, felices o nerviosos.</p> <p>Plantee las siguientes preguntas a los participantes:</p> <p><i>¿Cuáles son las situaciones o cosas que te ponen más nervioso?</i></p> <p><i>¿En qué parte del cuerpo sientes el enojo?</i></p> <p><i>¿En qué parte del cuerpo sientes alegría?</i></p> <p><i>¿Alguna vez has comido cuando estas triste?</i></p> <p>Proporcione alternativas de los que podemos hacer cuando estamos tristes, nerviosos o enojados.</p> <p>Pida a los participantes que den ejemplos de respuestas a las emociones.</p> <p>Proporcione retroalimentación y reforzamiento.</p>	30
	Meditación.	Información.	Pida a los participantes que realicen una meditación de dos minutos.	30
	Respuestas al hambre emocional.	Hojas blancas.	Forme equipos. Pida que escriban ejemplos de cómo responder a cada una de las situaciones relacionadas con el enojo, la alegría, la tristeza y la soledad, planteadas en las copias.	20
	Aplicación.	Copias con situaciones.	Escribir un diario con la siguiente información: Cuando estén a punto de tomar algo para comer, deténganse y pregúntense primero: <i>¿De qué tengo hambre realmente? ¿Que es lo que en verdad me satisface?</i> Si su estómago tiene hambre, ¡coman o beban algo delicioso! Si no tienen hambre de comida, piensen <i>¿qué tipo de necesidad es la que tienen? ¿Necesitan moverse? ¿Tirarse en el suelo y relajarse? ¿Llamar a un amigo? ¿Terminar una actividad que no han concluido?, etc.</i>	5

Continúa en la siguiente página

Anexo 1. *Continuación*

PROPÓSITOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (minutos)
Sesión VIII Relaciones saludables.	Verificación de las acciones.	Hojas de los participantes.	Pedir a algunos participantes que comenten sobre su aplicación de lo aprendido	5
Fortalecer relaciones entre los miembros del grupo, presentar el concepto de relación social saludable, practicar la solución de conflictos y comprometerse a aplicar lo aprendido, en la vida diaria y en su entorno.	Relaciones sociales saludables.	Copia del diagrama de relaciones sociales para cada participante.	Distribuya a una copia a cada participante Solicite que escriban su nombre en el centro del círculo y el nombre de una persona con la que se sienta bien, en cada uno de los ocho círculos restantes.	30
	Solución de conflictos.	Hoja con casos.	Solicite un voluntario para modelar las maneras en que resolverían los conflictos planteados, en la hoja de casos. Proporcione retroalimentación y reforzamiento. Promueva oportunidades para la autoinstrucción.	20
	Cierre.	Hojas blancas.	Pedir a los participantes que comenten sobre lo aprendido en el programa.	20
	Contrato con los participantes.	Hojas blancas.	Pedir que escriban sus compromisos para la aplicación a la vida cotidiana de lo aprendido en el programa.	15