



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS DE FACTORES DE RIESGO EN  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A:**

**GISELA PINEDA GARCÍA**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA : DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

COMITÉ: DRA. MA. EMILY ITO SUGIYAMA  
DRA. CAROLA GARCÍA CALDERÓN  
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS  
DR. JOSEP TORO TRALLERO  
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ



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.

“...el amor es la fuerza renovadora de la vida...”

Beatriz Rivas

“Como el amigo ama al amigo,  
Así como yo te amo, vida inexplicable,  
Me hagas reír, me hagas llorar,  
Me des la dicha o el dolor...”

Lou Andreas – Salomé

*Dedicado a:*

Las niñas que participaron en los talleres preventivos,  
el motivo de este proyecto

Agradecimientos

Al Dador de la Vida

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por ser una fabrica de sueños, de conocimientos, de oportunidades, de  
crecimiento...

Por ser mi fabrica de sueños... y realidades

## Agradecimientos

A cada uno de los seres humanos involucrados  
en este sueño hecho realidad:

Miembros de mi familia, nuclear y extendida, especialmente a mi *mami*.

Profesores, investigadores, tutores y guías

A mis entrañables amigas, amigos y compañeros

A mi terapeuta

A las autoridades de las instituciones académicas

A los comités de becas CONACyT y DGEP

*Sin los cuales no de esta tesis*

## Agradecimientos

A los miembros del comité:

Dra. Gilda GómezPM

Dra. Emily Ito

Dra. Carola García

Dr. Javier Aguilar

Dr. Juan José Sánchez

Dra. Lucy Reidl

Dr. Josep Toro

Por cada revisión, observación, sugerencia y enseñanza.

Especialmente a la *Doc. Gilda*, por ser la guía y brindar el apoyo necesario para la realización de esta investigación; por creer en el proyecto !

*Gracias,*

*GPG*



## INDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION .....	3
CAPITULO 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS .....	7
1.1 Consecuencias de la enfermedad .....	9
1.2 Conceptos básicos de factores de riesgo.....	15
1.3 Factores de riesgo para anorexia nervosa.....	17
1.3.1 Factores de riesgo psicosociales.....	17
1.3.2 Factores de riesgo biológicos.....	23
1.4 Factores de riesgo para bulimia nervosa.....	25
1.4.1 Factores de riesgo psicosociales.....	25
1.4.2 Factores de riesgo biológicos.....	29
1.5 Prevalencia de factores de riesgo en México.....	31
CAPITULO 2. EL MODELO DEL CAMINO DOBLE DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	33
2.1 Evidencia sobre las relaciones en el modelo.....	36
2.1.1 Presión de pares.....	37
2.1.2 Presión familiar.....	38
2.1.3 Medios de comunicación.....	39
2.1.4 Imagen corporal, dieta restrictiva y afecto negativo.....	40
2.1.5 Dieta restrictiva y trastornos alimentarios .....	41
2.1.6 Índice de Masa Corporal.....	42
CAPÍTULO 3. LA TEORIA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA.....	43
3.1 Una introducción a la teoría de la disonancia cognoscitiva.....	45
3.1.1 ¿Cómo surge la disonancia? .....	46
3.1.2 ¿Cómo se disminuye o elimina la disonancia? .....	47
3.1.3 Implicaciones específicas .....	49
3.1.4 Investigación fundamentada en la TDC.....	50

3.2 Teorías contemporáneas sobre el papel del self en la disonancia.....	53
3.2.1 El self como una expectativa en los procesos de disonancia.....	53
3.2.2 El self como un recurso en los procesos disonantes.....	54
3.2.3 La irrelevancia del self en los procesos de disonancia.....	55
3.2.4 Modelo del Papel de los Auto – Estándares	
de Disonancia Cognoscitiva.....	55
3.2.4. 1 El papel de los auto estándares en la aparición	
de la disonancia .....	59
3.2.4.2 El papel de los auto estándares en la reducción	
de la disonancia.....	60
CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	61
4.1 Concepto de prevención y tipos.....	62
4.1.1 Prevención primaria reactiva y proactiva.....	63
4.2 El valor de la prevención.....	64
4.3 La tradición en prevención.....	65
4.4 Nuevas perspectivas.....	67
4.4.1 Prevención y psicología positiva.....	68
4.4.2 La prevención dirigida.....	71
4.4.3 La participación de los maestros en la prevención.....	73
4.4.4 La prevención específica a grupos etarios.....	75
4.4.5 Modelo preventivo basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva	80
y el camino doble.....	
CAPÍTULO 5. PRIMERA FASE DE INVESTIGACION.	
PRIMER ESTUDIO PILOTO.....	85
Resumen.....	86
Introducción.....	87
5.1 Plan de investigación.....	90
5.1.1 Objetivo general.....	90
5.1.2 Objetivos específicos .....	90
5.1.3 Identificación y definición de variables.....	90
5.2 Método .....	95

5.2.1 Muestra total.....	95
5.2.2 Tipo de investigación .....	97
5.2.3 Instrumentos.....	98
5.2.4 Procedimiento.....	100
5.3 Resultados.....	103
5.3.1 Muestras experimentales.....	103
5.3.2 Muerte experimental.....	107
5.3.3 Elección de figura ideal.....	108
5.3.4 Insatisfacción con la imagen corporal.....	113
5.3.5 Conducta alimentaria compulsiva.....	115
5.3.6 Preocupación por el peso y la comida.....	116
5.3.7 Dieta crónica y restrictiva.....	117
5.4 Resultados del seguimiento.....	118
5.5 Discusión y conclusiones.....	123
CAPÍTULO 6. SEGUNDA FASE DE INVESTIGACION.	
SEGUNDO ESTUDIO PILOTO .....	127
Resumen .....	128
Introducción.....	129
6.1 Plan de investigación.....	131
6.1.1 Objetivo general.....	131
6.1.2 Objetivos específicos.....	131
6.1.3 Identificación de variables.....	131
6.2 Método .....	132
6.2.1 Muestra total.....	132
6.2.2 Tipo de investigación .....	134
6.2.3 Instrumentos.....	134
6.2.4 Procedimiento.....	134
6.3 Resultados.....	140
6.3.1 Muestras experimentales.....	140
6.3.2 Muerte experimental.....	144
6.3.3 Elección de figura ideal.....	145
6.3.4 Insatisfacción con la imagen corporal.....	148
6.3.5 Conducta alimentaria compulsiva.....	149

6.3.6 Preocupación por el peso y la comida.....	150
6.3.7 Dieta crónica y restrictiva.....	151
6.4 Discusión y conclusiones.....	153
CAPÍTULO 7. TERCERA FASE DE INVESTIGACION. ESTUDIO	157
PRINCIPAL.....	
Resumen.....	158
Introducción.....	159
7.1 Plan de investigación.....	161
7.1.1 Objetivo general.....	161
7.1.2 Objetivos específicos.....	161
7.1.3 Preguntas de investigación.....	161
7.1.4 Identificación y definición de variables.....	162
7.2 Método .....	168
7.2.1 Muestra total.....	168
7.2.2 Tipo de investigación.....	169
7.2.3 Instrumentos.....	169
7.2.4 Procedimiento.....	169
7.3 Resultados.....	175
7.3.1 Tamaño de la muestra.....	175
7.3.2 Muerte experimental.....	183
7.3.2 Diagnóstico de la muerte experimental.....	183
7.3.3 Descripción de las variables de estudio.....	186
7.3.3.1 Elección de figura ideal.....	186
7.3.3.2 Insatisfacción con la imagen corporal.....	193
7.3.3.3 Conducta alimentaria compulsiva.....	196
7.3.3.4 Preocupación por el peso y la comida.....	199
7.3.3.5 Dieta crónica y restrictiva.....	202
7.3.4 Resultados postest .....	205
7.4 Resultados seguimiento 2 .....	216
7.5 Significancia clínica.....	220
7.5.1 Figura ideal.....	222
7.5.2 Insatisfacción con la imagen corporal.....	223
7.5.3 Conducta alimentaria compulsiva.....	224

7.5.4 Preocupación por el peso y la comida.....	225
7.5.5 Dieta crónica y restrictiva.....	226
7.6 Discusión y conclusiones.....	227
CAPÍTULO 8. DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES.....	234
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	240
ANEXOS	
Anexo A1.....	252
A.1.1 Cuestionario de alimentación y salud.....	253
A.1.2 Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA).....	264
Anexo A2 .....	266
Manuales de prevención. Primera versión.....	267
Anexo B1	
Taller para padres.....	274
Taller para maestros.....	274
Anexo B2	
Manuales de prevención. Segunda versión.....	275

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

CAPITULO 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	7
TABLA 1.1 Consecuencias físicas y psicológicas de la anorexia y bulimia nervosas.....	9
TABLA 1.2 Complicaciones médicas de la anorexia nervosa.....	11
TABLA 1.3 Tipos de factor de riesgo y métodos de identificación.....	16
FIGURA 1.1 Ciclo de bulimia.....	13
CAPITULO 2. EL MODELO DEL CAMINO DOBLE DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	33
FIGURA 2.1 Modelo del Camino Doble.....	35
CAPITULO 3. LA TEORIA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA.....	43
FIGURA 3.1 Proceso de aparición de la disonancia según el SSM (modelo de los auto estándares).....	57
FIGURA 3.2 Proceso de reducción de la disonancia según el SSM.....	58
CAPITULO 4. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	61
TABLA 4.1 Tipos de prevención de la enfermedad.....	76
FIGURA 4.1 Modelo preventivo de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y el camino doble.....	81
CAPITULO 5. PRIMERA FASE DE INVESTIGACION. PRIMER ESTUDIO PILOTO.....	85
TABLAS	

TABLA 5.1	
Porcentajes de insatisfacción con la imagen corporal por seguimiento de dieta de la muestra total.....	97
TABLA 5.2	
Resumen de objetivos de las sesiones de los programas preventivos. Primera versión tres sesiones.....	102
TABLA 5.3	
Distribución porcentual de la variable ¿trabajas? Por condición experimental.....	104
TABLA 5.4.	
Distribución porcentual de la variable ¿con quién vives...?. Por condición experimental.....	105
TABLA 5.5	
Prueba t (muestras independientes), media y D.E. de la variable elección de figura ideal (después) por tipo de tratamiento.....	112
TABLA 5.6	
Prueba t (muestras relacionadas), media y D.E. de la variable elección de figura ideal (antes - después) para el tratamiento psicoeducativo.....	113
TABLA 5.7	
Prueba t (muestras relacionadas), media y D.E. de la variable elección de figura ideal (antes - después) para intervención disonancia.....	113
TABLA 5.8	
Resultados de la prueba U de Mann-Whitney de las variables de estudio (seguimiento) por tipo de intervención.....	119
TABLA 5.9	
Medias y D.E. de las variables de estudio (seguimiento) por tipo de intervención..	120
TABLA 5.10	
Resultados de la prueba de Friedman para muestras relacionadas (pre-test, pos-test y seguimiento) para la intervención psicoeducativa.....	121
TABLA 5.11	
Resultados de la prueba de Friedman para muestras relacionadas (antes, después y seguimiento) para la intervención disonancia.....	122
TABLA 5.12	
Medias y D.E. de la variable dieta crónica y restrictiva por tipo de intervención....	122
FIGURAS	
FIGURA 5.1	
Muestra total de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal....	95
FIGURA 5.2.	
Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta restrictiva.....	96

FIGURA 5.3	
Media y D.E. de la variable edad por condición experimental.....	103
FIGURA 5.4	
Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por condición experimental.....	106
FIGURA 5.5	
Distribución porcentual de la variable inicio de la vida sexual por condición experimental.....	107
FIGURA 5.6	
Distribución porcentual de la variable elección de la figura ideal por condición experimental (antes).....	109
FIGURA 5.7	
Distribución porcentual de la variable elección de la figura ideal por tipo de intervención (después).....	111
FIGURA 5.8.	
Media y D.E. de la variable satisfacción/insatisfacción por tipo de intervención (antes y después).....	114
FIGURA 5.9	
Media y D.E. de la variable conducta alimentaria compulsiva por tipo de intervención (antes y después).....	115
FIGURA 5.10	
Media y D.E. de la variable preocupación por el peso y la comida por tipo de intervención (antes y después).....	116
FIGURA 5.11.	
Media y D.E. de la variable dieta crónica restrictiva por tipo de intervención (antes y después) .....	117
CAPÍTULO 6. SEGUNDA FASE DE INVESTIGACION. SEGUNDO ESTUDIO PILOTO.....	127
TABLAS	
TABLA 6.1	
Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal para la muestra total.....	132
TABLA 6.2	
Resumen de objetivos de las sesiones de los programas preventivos. Segunda versión ocho sesiones.....	137
TABLA 6.3	
Medias y desviación estándar de la variable edad por condición experimental...	140
TABLA 6.4	



Distribución porcentual de la variable ¿trabajas? Por condición experimental.....	141
TABLA 6.5	
Distribución porcentual de la variable “vives con...” por condición experimental.....	142
TABLA 6.6	
Prueba t (muestras independientes), media y D.E. de la variable elección de figura ideal (después) por tipo de intervención.....	147
FIGURAS	
FIGURA 6.1	
Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por condición experimental.....	143
FIGURA 6.2	
Distribución porcentual de la variable inicio de vida sexual por condición experimental.....	144
FIGURA 6.3	
Elección de figura ideal antes y después de la intervención por grupo.....	146
FIGURA 6.4	
Media y D.E. de la variable figura ideal por tipo de intervención.....	148
FIGURA 6.5	
Media y D.E. de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por tipo de intervención.....	149
FIGURA 6.6	
Media y D.E. de la variable conducta alimentaria compulsiva por tipo de intervención.....	150
FIGURA 6.7	
Media y D.E. de la variable preocupación por el peso y la comida por tipo de intervención.....	151
FIGURA 6.8	
Media y D.E. de la variable dieta crónica y restrictiva por tipo de intervención.....	152
CAPÍTULO 7. TERCERA FASE DE INVESTIGACION.	
ESTUDIO PRINCIPAL.....	157
TABLAS	
TABLA 7.1	
Resumen de objetivos de las sesiones de los programas preventivos. Segunda versión ocho sesiones.....	172
TABLA 7.2	
Distribución del tamaño de la muestra por tipo de escuela.....	175

TABLA 7.3	
Distribución de la condición experimental de los participantes por tipo de escuela.....	177
TABLA 7.4	
Distribución porcentual del nivel de riesgo por tipo de escuela.....	177
TABLA 7. 5	
Distribución porcentual de la variable "vives con..." por tipo de escuela y condición experimental.....	179
TABLA 7. 6	
Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por tipo de escuela y condición experimental.....	180
TABLA 7. 7	
Distribución porcentual de la variable inicio de la vida sexual por tipo de escuela y condición experimental.....	180
TABLA 7. 8	
Distribución porcentual de la variable ingreso mensual familiar por tipo de escuela y condición experimental.....	181
TABLA 7. 9	
Distribución porcentual de la ocupación del padre por tipo de escuela y condición experimental.....	182
TABLA 7.10	
Distribución del tamaño de la muestra para el seguimiento 2.....	183
TABLA 7. 11	
t de Student. Factores de riesgo y variables sociodemograficas por muerte experimental. Prevención psicoeducativa.....	184
TABLA 7. 12	
t de Student. Factores de riesgo y variables sociodemograficas por muerte experimental. Prevención de disonancia.....	185
TABLA 7. 13	
t de Student. Factores de riesgo y variables sociodemográficas por muerte experimental. Lista de espera.....	185
TABLA 7.14	
Distribución porcentual de la variable elección de figura ideal antes de la	

intervención por tipo de escuela y condición experimental.....	187
TABLA 7.15	
Resultados prueba t de Student para muestras relacionadas. Variable figura ideal por tipo de escuela y condición experimental.....	192
TABLA 7.16	
Resultados prueba t de Student para muestras relacionadas. Variable satisfacción / insatisfacción por tipo de escuela y condición experimental.....	195
TABLA 7.17	
Resultados prueba t de Student para muestras relacionadas. Variable conducta alimentaria compulsiva por tipo de escuela y condición experimental.....	198
TABLA 7.18	
Resultados prueba t de Student para muestras relacionadas. Variable preocupación por el peso y la comida por tipo de escuela y condición experimental.....	201
TABLA 7.19	
Resultados prueba t de Student para muestras relacionadas. Variable dieta crónica y restrictiva por tipo de escuela y condición experimental.....	204
TABLA 7.20	
MANOVA. Figura ideal por tipo de prevención, escuela y riesgo. Postest.....	205
TABLA 7.21	
MANOVA. Insatisfacción con la imagen corporal por tipo de prevención, escuela y riesgo. Postest.....	208
TABLA 7.22	
Prueba post hoc Bonferroni. Tipo de escuela y riesgo.....	208
TABLA 7.23	
MANOVA. Conducta alimentaria compulsiva por tipo de prevención, escuela y riesgo. Postest .....	210
TABLA 7.24	
MANOVA. Preocupación por el peso corporal por tipo de prevención, escuela y riesgo. Postest .....	211
TABLA 7.25	
Prueba post hoc Bonferroni. Tipo de escuela y riesgo.....	212
TABLA 7.26	
MANOVA. Dieta crónica y restrictiva por tipo de prevención, escuela y riesgo. Postest.....	214
TABLA 7.27	
ANOVA . Resultados de las variables dependientes por tipo de programa	

preventivo (psicoeducativo, disonancia y espera) .....	216
--------------------------------------------------------	-----

TABLA 7.28

t de Student muestras pareadas. Resultados de las variables dependientes antes – seguimiento 2 programa psicoeducativo.....	217
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 7.29

t de Student muestras pareadas. Resultados de las variables dependientes antes – seguimiento 2 programa disonancia.....	218
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 7.30

Medias y D.E. de la variables dependientes seguimiento 2 programa disonancia..	219
--------------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 7.31

t de Student muestras pareadas. Resultados de las variables dependientes antes – seguimiento lista de espera.....	219
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 7.32

Puntos de corte (c), para determinar significancia clínica o terapéutica en las participantes de los programas preventivos .....	221
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURAS

FIGURA 7. 1

Distribución porcentual del nivel de riesgo para la muestra total.....	176
------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.2

Distribución porcentual de la variable trabajas? Por tipo de programa. Escuela privada.....	178
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.3

Distribución porcentual de la variable trabajas? Por tipo de programa. Escuela pública.....	178
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7. 4.

Siluetas femeninas desde el rango de desnutrición hasta obesidad.....	186
-----------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7. 5

Medias de la variable elección de figura ideal por condición experimental. Esc. Privada.....	190
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7. 6

Medias de la variable elección de figura ideal por condición experimental. Esc. Pública.....	191
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.7

Medias de la variable insatisfacción con la IC por condición experimental. Esc. Privada.....	193
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7. 8

Medias de la variable insatisfacción con la IC por condición experimental. Esc.	
---------------------------------------------------------------------------------	--

Pública.....	194
FIGURA 7. 9	
Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva por condición experimental. Esc. Privada.....	196
FIGURA 7. 10	
Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva por condición experimental. Esc. Pública.....	197
FIGURA 7.11	
Medias de la variable preocupación por el peso y la comida por condición experimental. Esc. Privada.....	199
FIGURA 7.12	
Medias de la variable preocupación por el peso y la comida por condición experimental. Esc. Pública.....	200
FIGURA 7.13	
Medias de la variable dieta crónica y restrictiva por condición experimental. Esc. Privada.....	202
FIGURA 7.14	
Medias de la variable dieta crónica y restrictiva por condición experimental. Esc. Pública.....	203
FIGURA 7.15	
Interacción con tendencia estadísticamente significativa de la variable figura ideal por tipo de escuela y programa preventivo.....	206
FIGURA 7.16	
Interacción estadísticamente significativa. Insatisfacción con la imagen corporal por tipo de escuela y riesgo.....	209
FIGURA 7.17 A	
Interacción estadísticamente significativa. Preocupación por el peso y la comida por tipo de escuela y riesgo.....	212
FIGURA 7.17 B	
Interacción estadísticamente significativa. Preocupación por el peso y la comida por tipo de escuela y riesgo inversión de ejes.....	213
FIGURA 7.18	
Interacción con tendencia estadísticamente significativa de la variable dieta crónica y restrictiva por tipo de escuela y riesgo.....	215
FIGURA 7.19	
Interacción con tendencia estadísticamente significativa de la variable dieta crónica y restrictiva por tipo de programa preventivo y riesgo.....	215
FIGURA 7.20	

Distribución porcentual de los participantes según el riesgo de acuerdo con el punto de corte $c=2.77$ . Figura ideal.....	222
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.21

Distribución porcentual de los participantes según el riesgo de acuerdo con el punto de corte $c = 1.52$ . Insatisfacción con la imagen corporal.....	223
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.22

Distribución porcentual de los participantes según el riesgo de acuerdo con el punto de corte $c = 1.51$ . Conducta alimentaria compulsiva.....	224
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.23

Distribución porcentual de los participantes según el riesgo de acuerdo con el punto de corte $c = 1.8$ . Preocupación por el peso y la comida.....	225
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

FIGURA 7.24

Distribución porcentual de las participantes según el riesgo de acuerdo con el punto de corte $c=1.7$ . Dieta crónica y restrictiva.....	226
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## RESUMEN

*Objetivo.* El propósito principal de esta investigación fue diseñar y comparar la eficacia de dos programas preventivos de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y otro con formato psicoeducativo. *Método.* El primer estudio (piloto), incluyó una N= 20 mujeres adolescentes con riesgo alto, el segundo estudio piloto estuvo formado por N=25 mujeres adolescentes con bajo riesgo; en ambos estudios las participantes se asignaron aleatoriamente a uno de dos grupos: (1) prevención disonante, (2) prevención psicoeducativa. El estudio principal contó con una N= 105 adolescentes, con bajo y alto riesgo, siendo asignadas al azar a una de tres condiciones: (1) prevención disonante, (2) prevención psicoeducativa, y (3) en lista de espera. El diseño fue experimental y longitudinal. En los tres estudios se aplicó un pretest, una intervención, un posttest. El estudio 1 incluyó un seguimiento de un mes, y el tercero incluyó dos mediciones más (tres meses y un año después). *Resultados.* Los hallazgos del primer estudio indicaron reducción de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva, entre las chicas expuestas a la intervención disonante, manteniendo estos niveles en el seguimiento. Las adolescentes del segundo estudio, de ambas prevenciones mantuvieron niveles sin riesgo en los factores de trastornos alimentarios. Los resultados del estudio principal, indican que, al término de ambas intervenciones, las chicas redujeron los niveles de factores de riesgo. Los datos del seguimiento de un año señalan que las participantes del grupo disonante fueron las únicas en mantener niveles sin riesgo en las variables relacionadas con imagen corporal. *Conclusiones.* La prevención basada en la TDC es eficaz en la reducción y/o eliminación de factores de riesgo relacionados con imagen corporal y contribuye a la prevención de trastornos alimentarios.

*Palabras clave.* Trastornos alimentarios, prevención, factores de riesgo, cambio de actitudes, disonancia cognoscitiva

## A B S T R A C T

*Objective.* The main purpose of this research was to develop and compare the efficacy of two preventive programs of risk factors in eating disorders, one was based on the Cognitive Dissonance Theory (CDT) and the other psychoeducation. *Method.* The first study (pilot) was composed of N=20 adolescent women with high risk, the second had N=25 adolescent women with low risk, in both studies, the participants were randomly assigned to one of two conditions: (1) intervention program based on the CDT, (2) psychoeducative intervention program. The main study was composed of N=105 adolescents women with low and high risk, the participants were randomly assigned to one of three conditions: (1) intervention program based on the CDT, (2) psychoeducative intervention program, and (3) wait list group. The design was experimental and longitudinal. The three studies had a pretest, a prevention program, and a posttest. The first study had a follow up period of one month, and the main study had two measures more (three months and one year later). *Results.* In the first study, there was a reduction of restrictive diet and compulsive eating behavior between who received the intervention program based on the CDT, which was maintained in the follow up. In the second study, the adolescents kept risk factors levels out of risk. The main study outcomes showed that the girls reduced risk factors after two prevention programs. The year period follow up's data showed that only the participants in the CDT program kept variables of body image out of risk. *Conclusions.* The CDT program is effective in the reduction and / or elimination of body image risk factors, and it contribute to prevent eating disorders.

*Key words.* Eating Disorders, prevention, risk factors, attitudes change, dissonance cognitive.



*“Un trastorno alimentario es tener hambre ... hambre de amor”  
Nancy, ex paciente*

Durante el siglo XV, se tienen los primeros registros de trastorno alimentario, específicamente de anorexia nervosa, los motivos que la originaban no eran precisamente los mismos que en los tiempos actuales, en ese entonces tenían orígenes religiosos cuya abstinencia alimentaria era, entre otros, un medio de purificación del alma. A finales del siglo XX, se creía que los trastornos del comportamiento alimentario generados por asuntos corporales estéticos, no eran manifestaciones de los países en vías de desarrollo, ¿cómo sería posible que en estos países con altos grados de desnutrición y falta de alimentos, sus habitantes rechacen la comida o se alienen ante ésta? Investigaciones en países con atraso económico, indican la presencia no sólo de factores de riesgo sino de desórdenes diagnosticados, en este caso los trastornos alimentarios son producto de lo que Marshall Berman (1991) denomina contradicciones de la modernidad y postmodernidad: riqueza - pobreza, zonas residenciales espectaculares – barrios perdidos, personas que no tienen que comer y aquellas que deciden no hacerlo porque manifiestan una especie de alienación alimentaria.

La comida, así como el dinero, representan poder, a nivel macro y microsocioal, y como decía Marx (referente al capital), la comida, el poder de alimentar mueve masas. Sin embargo, al igual que en la producción, existe la alienación; en el proceso alimentario también se presenta el fenómeno, como en el caso de los países tercermundistas americanos y africanos, donde miles de niños y adultos no tienen que comer, este tipo de “alienación alimentaria” es “involuntaria”.

Puede decirse, entonces que, existe un tipo de alienación alimentaria “voluntaria”, proceso manifestado por los individuos con desorden de la conducta alimentaria, en el que, al inicio, ellos mismos deciden no comer por razones estéticas físicas y de autocontrol, entre otras.

De acuerdo con el Banco Mundial (BM, 2004), México se mantiene con niveles inaceptablemente altos de pobreza desde la década de los noventa, ya que más del cincuenta por ciento (53%) de los 104 millones de habitantes están en situación de pobreza (definida como un nivel de consumo por debajo de las necesidades mínimas de alimentos básicos y algunos otros bienes no alimentarios básicos). El BM también señala que el 24% de la población es considerada "extremadamente pobre", es decir, con un ingreso insuficiente para una nutrición adecuada.

La desnutrición es el resultado de deficiencias múltiples. La más importante de ellas es la cantidad insuficiente de energía que consume la persona para realizar sus actividades cotidianas, a la que se agrega deficiencia de proteínas, hierro, vitamina A, entre otras. Según Bourges (2002), uno de cada seis niños rurales padece desnutrición en algunos de sus grados, problema ligado indudablemente a la pobreza. Los datos señalan un 63% de desnutrición en cualquier grado y un 10% de situación grave en niños del estado Guerrero. El promedio nacional indica un 43% de desnutrición infantil de primer grado (Vega, 2005).

Frente a esta situación desoladora, haciendo referencia nuevamente a las contradicciones de la modernidad, las cifras indican una alta incidencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en niños y adolescentes mexicanos. Una investigación realizada en 1998 (Gómez Peresmitré & Ávila) con preadolescentes de primaria y secundaria señaló que altos porcentajes de los niños y niñas entrevistados realizaban dieta con fines de control de peso, esta "dieta" significaba desde el salto de las comidas hasta la eliminación de alimentos nutritivos tales como tortillas, leche y pescado.

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías con una morbilidad asociada importante, habiéndose demostrado en estudios de seguimiento en el largo plazo una mortalidad de hasta el 20% en anorexia nervosa a los 20 años, y de un 5% en bulimia nervosa (INSALUD, 2005). Ahora bien, para anorexia, entre los que sobreviven a la enfermedad, menos de la mitad se recuperan, un tercio mejora pero no sana y 20% permanece crónicamente enfermo (Steinhausen, 2002).

Ahora bien, si los beneficios de los tratamientos para estas patologías son inciertos, ¿qué se puede decir de la prevención? Los programas existentes han utilizado una de dos aproximaciones: la estrategia de prevención primaria, la cual se dirige básicamente a "inocular" a los individuos, a partir del fortalecimiento de sus defensas naturales contra lo que se asumen son los agentes medioambientales primarios causales, tales como las representaciones de las figuras corporales deseadas o sancionadas. Una prevención secundaria o intervención temprana, detecta manifestaciones emergentes de los desórdenes, y a través de intervención reduce la probabilidad del progreso de la enfermedad (Ben-Tovim, 2003).

Las consecuencias psicológicas, emocionales y físicas producto de los síndromes de la conducta alimentaria, y los altos costos de la enfermedad, las cuales se describen en *el capítulo 1* de la presente tesis, señalan la necesidad de crear programas preventivos. El primer capítulo también incluye, la revisión de la terminología básica de factores de riesgo, así como evidencia de aquellas variables que pueden ser consideradas metodológicamente factores para el desarrollo de bulimia y anorexia.

*El segundo capítulo*, se dedica a la exposición de los enunciados básicos de la Teoría del Camino Doble (Stice, 1994), modelo que describe la génesis de los trastornos alimentarios, colocando a la dieta restrictiva y el afecto negativo, como predictores últimos de estos desórdenes. El *tercer capítulo* contiene los supuestos de la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC, Festinger, 1957), además de la revisión de las nuevas perspectivas que explican el papel del self en la producción y reducción del conflicto psicológico.

El *último capítulo teórico (cuarto)*, incluye definiciones sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la tendencia en intervención preventiva de trastornos alimentarios en el siglo XX, las nuevas líneas de acción en el naciente siglo XXI, incluyendo dentro de estas últimas la aplicación de la teoría de la disonancia cognoscitiva y el modelo del camino doble en la prevención de estos síndromes. A propósito, *el objetivo principal de esta investigación* fue diseñar, evaluar y comparar la eficacia de dos programas preventivos de desórdenes de la conducta alimentaria, uno basado en la TDC y otro con formato psicoeducativo.

En *el capítulo quinto*, se pueden hallar el plan de investigación, el método y los resultados de la primera fase de investigación (primer estudio piloto), que tuvo como objetivo diseñar y someter a estudio piloto la primera versión de los dos programas preventivos (TDC y psicoeducativo). En *el sexto capítulo* se exponen los principales hallazgos del segundo estudio piloto de la segunda versión (con ocho sesiones) de las intervenciones preventivas.

El *último capítulo (séptimo)*, de carácter práctico, describe el plan y el método de investigación, así como los resultados y la discusión y conclusiones del estudio principal, el cual se llevó a cabo de acuerdo con las modificaciones arrojadas por los estudios piloto. Finalmente, en *el octavo capítulo*, se presentan la discusión y las conclusiones generales del presente trabajo de investigación.

## CAPITULO UNO

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## CAPÍTULO 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*“B. C. ... se había tomado aquella madrugada una purga dramática... había sido una mestiza brava de la llamada aristocracia de mostrador, seductora... Sin embargo, en pocos años se había borrado del mundo por el abuso de la miel fermentada y el abuso de cacao. Los ojos gitanos se le apagaron, se le acabó el ingenio, obraba sangre y arrojaba bilis y el antiguo cuerpo de sirena se le volvió hinchado y cobrizo como el de un muerto de tres días...”*

*Gabriel García Márquez*

*Del amor y otros demonios*

En los últimos tiempos, son ampliamente conocidas la anorexia y la bulimia nervosas, o los síntomas asociados con los denominados desórdenes de la conducta alimentaria, no sólo por su frecuencia, sino por la relevancia que recibe entre los adolescentes y medios de comunicación, como tema de conversación, pero más que ello este tipo de trastornos son graves alteraciones de la conducta alimentaria, sustentadas por sesgos cognoscitivos y emocionales, al grado que pueden poner en peligro la vida del que los padece.

Edwards (1993) afirma que la anorexia puede, incluso, llevar a la muerte a la persona que la padece debido a la severa desnutrición que se manifiesta en etapas avanzadas del síndrome. La anorexia nervosa es por lo tanto, un trastorno alimentario, caracterizado por la significativa pérdida de peso, en el que interactúan factores psicológicos, sociales y biológicos.

En la actualidad, la bulimia nervosa es considerada un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizada por repetidos episodios de sobrealimentación y una excesiva preocupación por el control de peso, llevando a la persona a seguir una serie de conductas compensatorias con el propósito de mitigar los efectos engordadores de los atracones (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El interés prestado a la investigación de estos síndromes, así como los esfuerzos dedicados a la prevención, se basan en las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales, funestas, a nivel individual y familiar que los trastornos alimentarios producen.

### 1.1 CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD

Sin duda, las consecuencias en el corto plazo que se presentan en las etapas tempranas de los trastornos alimentarios, tales como la pérdida de peso, son premiadas por los grupos sociales. Sin embargo, las consecuencias reales de la enfermedad van desde la caída del cabello hasta en casos extremos, la muerte del individuo que padece el trastorno. A continuación (Tabla 1.1), se presentan las principales consecuencias físicas y psicológicas de la anorexia y bulimia nervosas, mientras que en la Tabla 1.2 se presentan las complicaciones médicas de la anorexia.

Tabla 1.1 Consecuencias físicas y psicológicas de la Anorexia y Bulimia nervosas

Anorexia:	Bulimia
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida del cabello</li> <li>* Descalcificación y osteoporosis</li> <li>* Anemia</li> <li>* Desnutrición</li> <li>* Deshidratación y fallas renales</li> <li>• Intolerancia al frío e hipotermia</li> </ul> <p>(Continúa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pérdida del cabello</li> <li>* Descalcificación y osteoporosis</li> <li>* Anemia</li> <li>* Desnutrición</li> <li>* Deshidratación y fallas renales</li> <li>• Intolerancia al frío e hipotermia</li> </ul>

<p>(Continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Hirsutismo (aparición de vello corporal, especialmente en las mujeres, en zonas donde no debe existir)</li> <li>* Hipotensión y arritmias cardíacas</li> <li>* Estreñimiento y flojera intestinal</li> <li>* Trastornos hormonales y tiroideos</li> <li>* Muerte (por suicidio o fallas orgánicas)</li> <li>*Baja autoestima</li> <li>*Dificultad para tener relaciones sexuales</li> <li>*Dificultad para obtener el orgasmo</li> <li>*Resequedad vaginal (en las mujeres)</li> <li>*Ausencia de erección (en el varón)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hirsutismo</li> <li>* Hipotensión y arritmias cardíacas</li> <li>* Trastornos hormonales y tiroideos</li> <li>* Muerte (por suicidio o fallas orgánicas)</li> <li>* Caries dentales</li> <li>* Sx (síndrome) de Mallory-Weiss (ruptura esofágica)</li> <li>* Gastritis o úlceras (gástrica o péptica)</li> <li>* Faringitis</li> <li>* Broncoaspiración (el vómito se va a pulmones y puede causar muerte por asfixia)</li> <li>*Baja autoestima</li> <li>*Tendencia a rechazar las relaciones sexuales por temor a no ser atractiva (o)</li> <li>*Ausencia de apetito sexual</li> <li>*Ausencia de orgasmo</li> <li>*Dificultad para mantener una relación estable</li> <li>*Trastornos en el orgasmo y la erección</li> </ul>
<p>Fuente: Martínez (2003)</p>	



Tabla 1.2 Complicaciones médicas de la anorexia nervosa

<p>Metabólicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotermia, deshidratación</li> <li>Disturbios electrolíticos</li> <li>Hipercolesterolemia</li> <li>Hipoglucemia</li> </ul>
<p>Cardiovasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotensión, bradicardia, arritmia</li> <li>Disminución de las paredes del miocardio</li> </ul>
<p>Neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pseudo atrofia del cerebro</li> <li>Electroencefalograma anormal</li> <li>Neuropatía</li> </ul>
<p>Hematológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anemia</li> <li>Anemia por deficiencia de hierro</li> </ul>
<p>Renales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes parcial</li> <li>Fallo renal agudo y crónico</li> </ul>
<p>Endocrinas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bajos niveles de testosterona y progesterona</li> <li>Deficiencia de la hormona del crecimiento</li> </ul>
<p>Músculo esqueléticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Osteoporosis, fracturas</li> <li>Debilidad muscular</li> </ul>
<p>Gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hinchazón de las glándulas salivales, caries, erosión del esmalte dental</li> <li>Constipación severa, obstrucción del intestino, llenado gástrico retardado</li> <li>Síndrome de colon irritable</li> </ul>
<p>Inmunológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de interleukin – 1 y del factor alpha necrosis, lo que lleva a infecciones bacteriológicas severas (tuberculosis, absceso pulmonar estafilicocos)</li> </ul>
<p>Fuente: Birmingham y Beumont (2004) p. 50</p>

### 1.1.1 Consecuencias Emocionales

La desnutrición desencadena alteraciones emocionales. El carácter de la persona con anorexia cambia radicalmente: Está mucho más susceptible, más irritable, a menudo se siente mal humorado, aparecen además, depresión y ansiedad. Con relativa frecuencia, aparecen en la persona anoréxica ideas, rituales, obsesiones y compulsiones que no logra dominar, que le agobian porque se presentan constantemente y de forma intrusa.

Unas veces son pensamientos y rituales relacionados con la comida o con el cuerpo. Otras veces a estas obsesiones, se suman otras de contenido diferente. El enfermo tiene pensamientos repetidos sobre posibles catástrofes, o se cree responsable de las desgracias, o teme enfermarse o contagiarse de alguna enfermedad (Cervera, 2005).

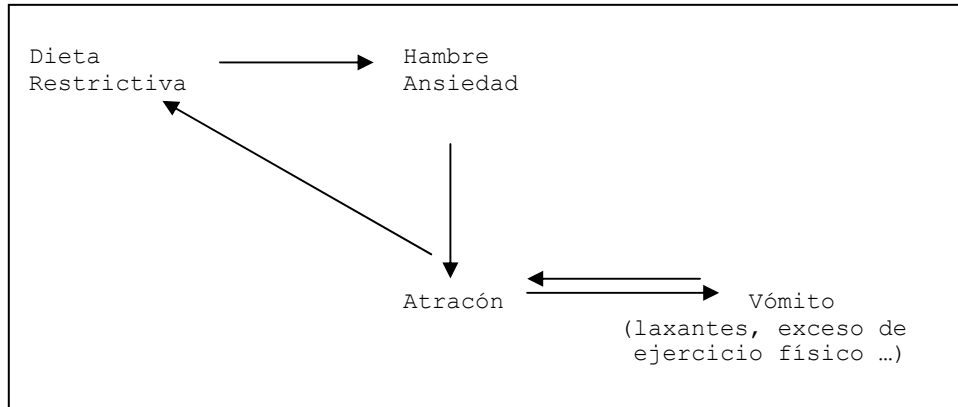
Continuando con los trastornos emocionales, el individuo con bulimia, en primer lugar, tiene un alto sentimiento de culpabilidad. Se dan los atracones porque experimentan una gran ansiedad, pero cuando acaban de hacerlo se sienten culpables por no haberse controlado. A medida que la conducta bulímica se hace más frecuente, estos sentimientos aumentan en intensidad. No se dan cuenta de que están enfermos, y por tanto perciben sus comportamientos como algo inmoral y degradante. Se ven sin voluntad y como consecuencia tienen una autoimagen negativa.

Los bulímicos comparten muchos trastornos emocionales con los anoréxicos. Experimentan también una gran ansiedad, que muchas veces les lleva al atracón. Pero a continuación del atracón, se dan cuenta de que la ansiedad continúa. En ocasiones pretenden contrarrestarla con conductas compensatorias; así entran en un círculo vicioso, ya que la reducción de la ansiedad es momentánea y poco después vuelven a incurrir en un nuevo atracón, un nuevo vómito... (Ver Figura 1.1).

Las personas con bulimia experimentan una gran inestabilidad emocional. Pueden estar alegres y pasar con gran facilidad al desánimo o a la tristeza. Tras el vómito pueden experimentar cansancio físico y apatía general, con gran desinterés por todo.

Los síntomas depresivos son comunes a la mayoría de estos enfermos, especialmente los de bulimia tipo purgativa. Son frecuentes los pensamientos acerca del deseo de morir y las ideas suicidas. Cuando el trastorno es grave puede haber planes e intentos de suicidio (Cervera, 2005).

Figura 1.1 Ciclo de Bulimia



Cervera (2005) p.75

### 1.1.2 Consecuencias Cognoscitivas

Al iniciar la anorexia, todos los que la sufren tienen unos pensamientos negativos en relación con el cuerpo, que consideran normales porque los comparten otras personas que los rodean. Pero a medida que adelgazan, estos pensamientos van siendo cada vez más intensos, más frecuentes. No son objetivos al mirarse, sobrestiman su peso y sus dimensiones, especialmente las de ciertas partes del cuerpo. Están distorsionando su imagen corporal, pero sobre todo, distorsionan la importancia que esto tiene y las posibles repercusiones sobre su vida. Piensan que los demás les valoran en función del cuerpo y por lo tanto éste es el responsable de sus éxitos y fracasos sociales.

Cuando la desnutrición es grave, se producen cambios en el sistema nervioso central, de modo que puede dar lugar a fallas de atención, concentración y memoria. Si la anorexia dura mucho tiempo, el rendimiento disminuye y a veces han de abandonar la escuela (Cervera, 2005).

Al igual que en la anorexia, en la bulimia, la persona distorsiona las dimensiones de su cuerpo, viéndose más voluminoso de lo que realmente es o exagerando algún rasgo físico que le desagrade. Los que padecen este síndrome tampoco perciben correctamente las sensaciones de hambre y saciedad. Si hace tiempo que sufren la bulimia, han perdido la noción exacta de estos fenómenos. La persona bulímica, puede seguir experimentando sensación de hambre tras una comida normal, o incluso tras un atracón. No sabe cuándo está saciado, o por el contrario, puede pensar que ha comido en exceso, cuando lo ha hecho de manera normal (Cervera, 2005).

## 1.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE FACTORES DE RIESGO

Un *factor de riesgo* es considerado como una característica medible de un sujeto en una población específica, la cual antecede la enfermedad y puede servir para dividir a la población en un grupo de bajo y alto riesgo. La probabilidad de enfermedad debe ser mayor en el grupo de alto riesgo que en la de bajo (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997; Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Oxford, 1997).

Si en una población definida existe una asociación entre el factor y la enfermedad, entonces el factor es denominado un *correlato (correlate)*. Sólo si es demostrado que un correlato puede preceder a la enfermedad, puede ser considerado un factor de riesgo. Para establecer el estado de factor de riesgo, este debe mostrar cambio espontáneo dentro del sujeto (por ejemplo la edad y el peso), o puede sufrir cambios por intervención (un medicamento o psicoterapia), y recibe el nombre de *factor de riesgo variable*. Un factor de riesgo que no sufre cambios y no puede ser cambiado recibe el nombre de *criterio (fixed marker)*. Un factor de riesgo causal es aquél que los cambios en su manipulación afecta el resultado de la enfermedad. En la tabla siguiente se presenta un resumen con la tipología, definición y método de estudio de los factores de riesgo, propuestas por Kraemer et al. (1997).

TABLA 1.3 TIPOS DE FACTOR DE RIESGO Y MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN		
TÉRMINO	DEFINICIÓN	DISEÑO DE ESTUDIO
NO CORRELACIONADO	Asociación no significativa entre el factor y la enfermedad	Estudios transversales y longitudinales
CORRELATO	Asociación estadísticamente significativa entre el factor y la enfermedad	Estudios transversales, epidemiológicos, caso – control, y de historia familiar
FACTOR DE RIESGO	Asociación clínica y estadística significativa entre el factor y la enfermedad, precedencia	Estudios longitudinales
CRITERIO	Factor de riesgo que no puede ser cambiado o cambiar espontáneamente	Estudios transversales, uso de datos médicos o registros de nacimiento, estudios longitudinales (incluyendo genéticos y de gemelos)
FACTOR DE RIESGO VARIABLE	Factor de riesgo que puede ser manipulado o que puede cambiar espontáneamente	Estudio longitudinal
VARIABLE CRITERIO	Factor de riesgo variable, su manipulación no cambia el riesgo del resultado (enfermedad)	Ensayo clínico aleatorizado (estudio de intervención terapéutica o preventiva)
FACTOR DE RIESGO CAUSAL	Factor de riesgo variable, cuya manipulación cambia el riesgo del resultado (enfermedad)	Ensayo clínico aleatorizado (estudio de intervención terapéutica o preventiva)
Fuente: Jacobi, Morris, y de Zwaan (2004) p.120		

### 1.3 FACTORES DE RIESGO PARA ANOREXIA NERVOSA

Corinna Jacobi, Lisette Morris, y Martina de Zwaan investigadoras alemanas, realizaron en el 2004, un meta – análisis de 300 investigaciones, que fueron seleccionadas de 5000 abstracts, cuyo objetivo era el establecimiento de factores de riesgo para anorexia y bulimia nervosa, así como para el desorden de atracón, de acuerdo con los pautas propuestas por Kraemer et al. (1997). Los estudios fueron elegidos de acuerdo con los siguientes criterios: A) Fueron incluidos aquéllos que tenían un grupo control de comparación, los que sólo comparaban trastornos alimentarios se excluyeron. B) el tamaño de la muestra mínima fue de 10 sujetos por celda. C) El periodo de seguimiento de los estudios longitudinales debería ser por lo menos de un año. D) Las investigaciones longitudinales que sólo incluyeron mediciones de síntomas a través de cuestionarios, fueron excluidos. Los hallazgos que reportan, se resumen a continuación.

#### 1.3.1 Factores de Riesgo Psicosociales

##### *Género*

Tanto en muestras de población general como clínicas, la anorexia y la bulimia se presenta predominantemente en mujeres (Vollrath, Koch, & Angst, 1992), estudios poblacionales manejan un radio de 10:1 (APA; 1994, Hsu, 1996) Ya que la distribución del sexo es también asimétrica para otros trastornos mentales como la depresión, el estado femenino es clasificado como un *criterio* no específico para anorexia y bulimia nervosa.

### *Origen étnico*

Tradicionalmente, los trastornos alimentarios se han asociado a poblaciones caucásicas un estudio tipo encuesta realizado por Crago y Shisslak (1996) reveló una distribución étnica más compleja: estadounidenses nativos mostraron más tasa de trastorno alimentario que los caucásicos, en el mismo nivel los hispanos, mientras que los asiáticos y los negros presentaron en menor grado. Otros estudios también revelan bajas tasas de trastornos alimentarios en Asia. De tal forma que el origen étnico no – asiático, puede ser clasificado como un *criterio* de especificidad no conocida actualmente.

### *Aculturación*

Una asociación positiva y lineal entre el nivel de aculturación dentro de las minorías étnicas y la presencia de síntomas de desórdenes alimentarios se ha reportado en algunos estudios transversales, por ejemplo, se han encontrado conductas asociadas con anorexia y bulimia en adolescentes inmigrantes latinas que viven en Estados Unidos (Davis & Katzman, 1999). Sobre estas bases, la aculturación es clasificada como un *criterio* retrospectivo de especificidad no conocida.

### *Edad*

Tanto en los estudios clínicos como de la población general, el pico de la incidencia de trastornos alimentarios se ha encontrado en la etapa adolescente a inicios de la adultez temprana (Woodside & Garfinkel, 1992). De acuerdo con la tipología de Kraemer la edad es clasificada como un *factor de riesgo variable* y debido a su relación con otros desórdenes psiquiátricos es considerado como no específico.



*Interés por el peso, dieta restrictiva, e imagen corporal negativa*

## Evidencia transversal

La relación entre dieta restrictiva y trastornos alimentarios es probablemente una de las más reportadas en las teorías de la etiología sobre estos trastornos. Debido a que la relación entre dieta restrictiva y trastornos alimentarios parece ser particularmente fuerte para pacientes con atracón, por ejemplo anorexia subtipo de atracón - purgativa y bulimia, y menos fuerte para anorexia restrictiva, se considera un *factor de riesgo psicosocial* para bulimia.

## Evidencia longitudinal

A través de este tipo de estudios sólo surgieron casos de bulimia o bulimia parcial, con pocos casos de anorexia. Únicamente Marchi y Cohen (1990) encontraron que las elevaciones de síntomas anoréxicos (entre ellos dieta restrictiva) durante la niñez predecía la presencia de anorexia nervosa o síntomas asociados en la adolescencia. Con base en esto los intereses por el peso, la imagen corporal negativa, y el seguimiento de dieta restrictiva, son clasificados tentativamente como *factores de riesgo variable* para anorexia nervosa.

*Disturbio psiquiátrico general y Emociones negativas*

## Evidencia transversal.

Las investigaciones de este tipo relacionados con este tema, indican que los desórdenes co mórbidos que predicen anorexia está limitado a la niñez con desórdenes de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo pre mórbido. Estos desordenes son clasificados como *correlatos retrospectivos para anorexia*. La evidencia para el estado de correlato de estos desordenes de ansiedad se limita a un estudio, por lo tanto es necesario realizar réplicas para confirmar los resultados.

### Evidencia longitudinal

Siete estudios controlados se realizaron que incluyeron comorbilidad psiquiátrica general, psicopatología y emociones negativas como predictores de trastornos alimentarios (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994; Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995; Leon, Fulkerson, Perry, Keel, & Klump, 1999; Patton, Johnson-Sabine, Word, Mann, & Wakeling, 1990). En sólo uno de estos estudios (Leon et al., 1999) fue detectada anorexia, un solo caso. Por lo tanto parece prematuro considerar la comorbilidad psiquiátrica o las emociones negativas como un factor de riesgo para un síndrome completo de anorexia.

### *Abuso sexual*

#### Evidencia transversal

La evidencia para la clasificación del abuso sexual como un correlato retrospectivo de anorexia nervosa se basa en un solo estudio con investigación retrospectiva por lo tanto es necesaria la realización de más investigación para confirmar estos hallazgos.

#### Evidencia longitudinal

Hasta la fecha sólo un estudio longitudinal se ha dirigido sobre el papel del abuso sexual como factor de riesgo para trastornos alimentarios (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002), sin embargo sólo un caso de anorexia fue detectado.

### *Eventos de Vida Adversos*

#### Evidencia transversal

De acuerdo con la literatura existe evidencia de la relación entre eventos de vida estresantes y trastornos alimentarios, pero también existe relación con pacientes psiquiátricos en general. En todos los estudios reportaron que los eventos de vida adversos se presentaban antes de la presencia de los trastornos alimentarios. No obstante, este tipo de sucesos sólo pueden clasificarse como *correlatos retrospectivos no específicos*.

### *Alimentación Temprana en la Niñez y Problemas Digestivos*

#### Evidencia transversal

Sólo un estudio de caso control evaluó retrospectivamente el reflujo temprano y problemas gastrointestinales siendo extremadamente frecuente en pacientes anoréxicos (90%). Estas cifras fueron más altas que las que presentaron el grupo control (49%). Los problemas gastrointestinales y el reflujo en la niñez son clasificados como *correlatos retrospectivos* de especificidad no clara.

#### Evidencia longitudinal

De acuerdo con la literatura la pica, síntomas anoréxicos infantiles, problemas digestivos, alimentarios y otros relacionados con conflictos alimentarios, discusiones sobre la alimentación, y horarios de comida poco placenteros se clasifican como *factor de riesgo variable* para anorexia nervosa o síntomas anoréxicos. La especificidad de estos problemas digestivos y alimentarios todavía no ha sido probada. Dado el reducido número de estudios, es necesaria la realización de mas investigación.

### *Funcionamiento e Interacción Familiar*

En varios estudios (Cole-Detke & Kobak), pacientes con anorexia y bulimia nervosas describen diferentes aspectos de su estructura familiar (interacción, comunicación, cohesión, expresión de afectividad, y disturbios relacionados) como más alterados, conflictivos, patológicos o disfuncionales en comparación con sujetos de grupos controles "normales". En otra investigación (Shoebridge & Gowers, 2000), se encontraron dos o más actitudes y conductas de un elevado interés hacia el hijo (a), cuatro veces más en las madres de los pacientes anoréxicos que en aquellas de sujetos controles. La presencia de dos o más variables de alto interés por parte de los padres se clasifica como un *correlato retrospectivo* de especificidad no clara.

#### Evidencia longitudinal

Dado que la anorexia nervosa no fue incluida como resultado de alguno de los estudios longitudinales que evaluaron variables de interacción familiar, no existe evidencia de estas variables como factor de riesgo para anorexia.

### *Historia y Psicopatología Familiar*

#### Evidencia transversal

Hasta la fecha un amplio número de investigaciones ha examinado el papel de los desórdenes psiquiátricos familiares como factor de riesgo para trastornos alimentarios. La mayoría de estos sugieren elevadas tasas de trastornos psiquiátricos de primer grado en pacientes con anorexia. Sin embargo, no existe evidencia de la precedencia de la psicopatología familiar sobre la aparición de anorexia, por lo tanto estas variable permanecen como *correlacionadas*.

### *Autoestima Baja, Autoconcepto negativo e Ineficacia*

#### Evidencia transversal

Los pacientes con anorexia nervosa han mostrado consistentemente baja autoestima, mayor autoconcepto negativo o alta autoeficacia que los controles normales (Jacobi et al. 2004). Así la autoevaluación negativa puede ser considerada como un *correlato retrospectivo específico*.

#### Evidencia longitudinal

Debido a que la mayoría de la evidencia del papel de la baja autoestima o auto evaluación negativa está basada en estudios con bulimia o síndromes relacionados con el atracón, no puede ser clasificado como un factor de riesgo para anorexia.

### *Perfeccionismo*

#### Evidencia transversal

Desde un punto de vista clínico es bien conocido que los pacientes anoréxicos presenten conductas perfeccionistas, rituales, estereotipadas o rígidas. No obstante, ya que ninguna de las investigaciones ha evaluado el perfeccionismo patológico, la variable permanece como *correlato retrospectivo*.

#### Evidencia longitudinal

Las bases de los estudios longitudinales incluyen casos de anorexia nervosa como resultado, aunque actualmente es demasiado débil para clasificar el perfeccionismo como factor de riesgo para bulimia, así que permanece como un *correlato*.

### *Competencia atlética y Ejercicio*

El interés en los últimos años se ha focalizado principalmente en la evaluación de síntomas de trastornos alimentarios en atletas y en un fenómeno llamado la “triada atlética femenina” (trastornos alimentarios, amenorrea y osteoporosis) con un considerado número de atletas de elite (Brownell, 1995).

#### *Evidencia Transversal*

Los pocos estudios controlados con bailarinas de ballet reportan altos porcentajes de bailarinas con puntajes en el rango clínico del EAT (Abraham, 1996), mostrando elevaciones en las subescalas del EDI y síntomas y conductas relacionados con trastorno alimentario. Sin embargo, los puntajes para todos los síndromes de trastornos alimentarios no fueron más altos que la de los grupos controles.

En otro estudio (Davis, Kennedy, Ravelski, & Dionne, 1994) se encontró que los pacientes con trastornos alimentarios fueron significativamente más activos físicamente que los controles adolescentes de 13 años y antes de la presencia del trastorno.

Sobre las bases de estos estudios transversales, la competencia atlética y la participación en subculturas de competencias relacionadas con el peso son clasificadas como *correlatos*. El alto nivel de ejercicio es clasificado como un *correlato retrospectivo*.

### *1.3.2 Factores de Riesgo Biológicos*

#### *Factores Genéticos*

Hay que tener en cuenta que los genes, el medio ambiente y la neurobiología interactúan y son inseparables. La hipótesis prevaleciente señala que la acumulación de varios genes de efecto pequeño combinado con factores medio ambientales adversos incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Hasta el momento los factores genéticos deben ser considerados como variable criterio

debido a que ellos preceden la presencia de este tipo de desórdenes pero no pueden ser manipulados (Jacobi et al., 2004).

#### *Actividad de la Serotonina*

Desde una perspectiva neurobiológica, la investigación sugiere que la serotonina, sistema (5-HT.) puede jugar un papel importante en la pato fisiología y quizás la etiopatogénesis de los trastornos alimentarios.

En anorexia nervosa, la respuesta serotoninérgica es sustancialmente reducida en pacientes de bajo peso, lo cual podría ser un efecto secundario de la dieta autoinducida como reducción de la disponibilidad del amino ácido, tritopan que es el precursor de 5-TH (Brewerton & Jimerson, 1996; Ward, Brown, Lightman, Campbell, & Treasure, 1998).

#### *Complicaciones durante el Embarazo y Perinatales*

##### *Evidencia transversal*

Complicaciones del embarazo y en la gestación temprana se asociaron con un incremento de riesgo para anorexia nervosa. Debido a que el riesgo para alcoholismo, depresión mayor, y desórdenes de ansiedad no se relacionaron con complicaciones del embarazo, éstas pueden clasificarse *correlatos retrospectivos específicos* para anorexia (Foley, Tacker, Aggen, Neale, & Kendler, 2001). Mientras que el nacimiento prematuro y el trauma de nacimiento son clasificados como *criterios específicos*.

##### *Evidencia longitudinal*

Las variables relacionadas con el embarazo no han sido investigadas todavía en ningún estudio longitudinal.

#### *Tiempo de la Pubertad*

##### *Evidencia transversal*

La asociación entre trastornos alimentarios y maduración sexual temprana está en función del incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) u otros aspectos de la

pubertad no claros, la maduración temprana es considerada como *un criterio no específico*.

#### 1.4 FACTORES DE RIESGO PARA BULIMIA

##### 1.4.1 Factores de riesgo psicosociales

###### *Género, Origen étnico, Aculturación y Edad*

El ser femenino es clasificable como un *criterio no específico* y el origen étnico no específico no asiático como *criterio de especificidad* actualmente no conocida. Mientras que la aculturación alta de un emigrante como un *correlato retrospectivo* de especificidad todavía no conocida, y la edad es clasificada como un *factor de riesgo variable no específico*.

###### *Interés sobre el peso, conducta dietaria e Imagen corporal negativa*

###### Evidencia transversal

Estudios recientes han comprobado la precedencia temporal de la realización de dieta restrictiva frecuente en la bulimia (Haiman & Devlin, 1999). En un estudio se investigó las consecuencias de la conducta dietaria prolongada en una población no clínica. Detrás de una variedad de cambios emocionales, físicos y sociales después de un periodo de semi - inanición y un promedio de 20% de pérdida de peso, la conducta de atracón fue uno de los cambios reportados, la cual nunca la habían presentado antes del experimento.

La evidencia transversal provee fuerte evidencia de la secuencia temporal dieta restrictiva – conducta alimentaria compulsiva. Por lo tanto, la conducta dietaria puede ser clasificada como un *correlato retrospectivo* de bulimia nervosa.

### Evidencia longitudinal

Un factor mejor etiquetado como "intereses de peso" consiste en el miedo a la ganancia de peso, conducta dietaria, imagen corporal negativa y síntomas o actitudes de desorden alimentario específico, han sido bastante investigados (Ghaderi & Scott, 2001, Killen et al. 1994). Esta sugiere que la imagen corporal negativa y la conducta de dieta pueden ser clasificadas como *factores de riesgo variable*.

### *Disturbio Psiquiátrico General y Emociones Negativas*

#### Evidencia transversal

Este tipo de investigación señala que los desórdenes de ansiedad excesiva en la niñez y la fobia social son considerados como correlatos retrospectivos de bulimia.

#### Evidencia longitudinal

La morbilidad psiquiátrica es clasificada como un *factor de riesgo variable*, aunque una investigación realizada por Patton et al. (1990) no evaluó la especificidad, estudios longitudinales en otras campos indican que desórdenes de ansiedad y afectividad negativa, son factores de riesgo para el desarrollo de otras condiciones psiquiátricas, incluyendo desórdenes afectivos y abuso de sustancias, por lo tanto deben ser considerados factores de riesgo no específicos.

### *Abuso Sexual*

#### Evidencia Transversal

El abuso sexual especialmente durante la niñez, ha sido investigado en distintos trabajos como factor de riesgo para bulimia (Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky, & Abbott, 1997). La mayoría de éstos se han realizado con muestras clínicas. Puntajes altos de abuso sexual se han encontrado en sujetos con trastorno alimentario (anorexia y bulimia) en comparación con controles no mórbidos, pero sin diferencias con otros pacientes psiquiátricos.



Por lo tanto, existe evidencia de elevados porcentajes de abuso sexual antes del surgimiento de bulimia o es altamente probable su surgimiento en cinco estudios (dos con muestras comunitarias, tres muestras clínicas). No se encontraron diferencias cuando compararon bulímicas con controles psiquiátricos. El abuso sexual es clasificado como *un correlato retrospectivo no específico de bulimia*.

#### Evidencia Longitudinal

La asociación entre adversidades de vida, incluyendo abuso sexual y la presencia más tarde de problemas relacionados con el peso y la alimentación, ha sido investigada sólo en un estudio (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002). Con base en los resultados de éste último, el abuso sexual y el rechazo físico son clasificados como *factores de riesgo variable*. Sin embargo, estudios confirmatorios adicionales son necesarios.

#### Eventos de Vida Adversos

##### Evidencia transversal

La literatura internacional señala que las pacientes bulímicas experimentan más eventos de vida adversos que los controles saludables. Sin embargo, estos aparecen en los pacientes psiquiátricos en general, debido a ello los eventos de vida adversos son clasificados como *correlatos retrospectivos no específicos*.

#### Índice de Masa Corporal y variables relacionadas con el Peso

##### Evidencia transversal

La obesidad infantil, uno de los muchos factores de riesgo evaluados retrospectivamente por Fairburn, Welch, Doll, Davies, y O'Connor (1997), encontró que: 40% de los bulímicos vs. un 13% de los pacientes psiquiátricos, y un 15% de los controles presentó obesidad en la niñez. Obesidad en los padres fue también reportado más frecuentemente en los bulímicos que en los grupos controles. Sobre las bases de este estudio la obesidad en la niñez y la de los padres son consideradas como *correlatos retrospectivos específicos de bulimia*.

### Evidencia longitudinal

Los resultados de este tipo de investigación relacionados con el Índice de Masa Corporal son inconsistentes.

### *Perfeccionismo*

#### Evidencia transversal

Elevados puntajes de perfeccionismo se han encontrado en pacientes con trastorno alimentario en algunos estudios transversales. Los resultados de éstos garantizan que esta variable es un correlato para la anorexia. Sin embargo, el perfeccionismo mórbido no fue evaluado en ninguno de estos estudios, sólo en el estudio de Fairburn et al. (1997) incluyeron a éste en su evaluación retrospectiva de factores de riesgo. El perfeccionismo mórbido en pacientes bulímicas fue elevado comparado con controles saludables pero sin diferir del grupo control psiquiátrico. Sobre las bases de este estudio, el perfeccionismo puede ser clasificado como un *correlato retrospectivo no específico* para bulimia.

#### Evidencia longitudinal

El perfeccionismo ha sido evaluado con la escala del EDI correspondiente en cuatro estudios longitudinales (Killen et al., 1994; Killen et al., 1996;). En investigaciones de Killen et al., no se encontró perfeccionismo en la medición 1, relacionado con disturbios alimentarios en análisis multivariadas, pero si diferencias entre chicas sintomáticas y asintomáticas en la línea base en comparaciones univariadas. En estudios realizados por Leon et al. (1995, 1999) encontraron que el perfeccionismo no fue un predictor en comparaciones multivariadas. Ninguna otra medida de esta variable fue empleada en la investigación longitudinal. Sobre las bases de estos resultados el perfeccionismo es clasificado como *correlato*.

### *Participantes de Competencia Atlética en Subculturas de Ejercicio y Dieta*

Sobre la base de la evidencia transversal actual, la competencia atlética y la participación en una subcultura relacionada con el peso competitivo es clasificado como *correlato* de bulimia.

El alto nivel de ejercicio fue clasificado, como correlato retrospectivo en una muestra de pacientes combinados de alimentación desordenada (Davis, Kennedy, Ravelski, & Dionne, 1994). Sin embargo, en dicha muestra se ve la preponderancia de pacientes anoréxicos, no estando claro que los resultados se puedan extender o ser generalizables al diagnóstico de bulimia.

#### *1.4.2 Factores de Riesgo Biológicos*

##### *Factores Genéticos*

En estudios con gemelos, la contribución de los efectos genéticos aditivos que contribuyen a la bulimia, con una variación entre el 28 y el 83%. La varianza restante es explicada principalmente por factores medioambientales (Bulik, Sullivan, Wade, & Kendler, 2000). Sólo un pequeño número de estudios genético- moleculares fueron realizados para bulimia y con la mayoría de resultados negativos.

##### *CNS Actividad de la Serotonina*

En suma, existe evidencia para la asociación entre auto destrucción, una historia de abuso sexual, impulsividad y una función de serotonina reducida (Steiger, et al. 2001). Podría hipotetizarse que el disturbio de la actividad 5-HT pueden producir vulnerabilidad en el desarrollo de disturbios alimentarios.

En conclusión, al afectar directamente la conducta alimentaria, las alteraciones en la función serotonina CNS pueden contribuir a otras síntomas psicológicos asociados a la bulimia. La serotonina disminuida puede jugar un papel en la alta prevalencia de desórdenes depresivos en pacientes con este trastorno. Un estilo conductual agresivo – compulsivo es frecuente verlo en bulímicos, pueden también estar asociado con la función CNS disminuida.

Los datos disponibles indican que no existe evidencia para señalar que los disturbios en la función serotoninérgica predicen la génesis de trastornos alimentarios, o anomalías en la dieta u otros cambios característicos de estos trastornos. Consecuentemente, ellos pueden considerarse como *correlatos*.

#### *Embarazo y Complicaciones Perinatales*

##### Evidencia Transversal

En un amplio estudio de una población general realizado por Foley, Thacker, Aggen, Neale, y Kendler (2001), complicaciones durante el embarazo se asociaron con un incremento en el riesgo para bulimia. Ya que estas complicaciones no se asociaron con otros desórdenes psiquiátricos ellas son clasificadas como *correlatos retrospectivos específicos*.

##### Evidencia longitudinal

El embarazo y las complicaciones perinatales todavía no han sido evaluados en investigaciones de este tipo.

#### *Tiempo de la pubertad*

##### Evidencia Transversal

Con base en los estudios de Hayward et al. (1997) y Graber et al. (1997), el tiempo de madurez sexual temprana puede considerarse como un *criterio no específico* de bulimia.

##### Evidencia Longitudinal

Indicadores del tiempo de la pubertad fueron evaluados también en investigaciones longitudinales, en los cuales no se encontró asociación con un subsecuente disturbio alimentario. No existen suficientes bases para considerar el tiempo de la madurez sexual como un factor de riesgo (Jacobi et al., 2004)

## 1.5 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN MÉXICO

La realidad es que existen pocos o nulos estudios sobre la prevalencia de factores de riesgo de estos síndromes en nuestro país. Una de estos, es el reportado por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) quienes evalúan a un total de 8673 adolescentes y preadolescentes de ambos sexos de la ciudad de México y zonas conturbadas. La muestra se dividió en tres grupos etarios: prepuberal (6-9 años), puberal (10-12 años) y adolescente (13-19 años).

En relación con las variables de imagen corporal, reportadas como factores de riesgo, los resultados indicaron un 77% de figura ideal delgada entre las mujeres adolescentes, y un 24% de figura ideal delgada atlética entre los hombres de este mismo grupo etario. La mitad de las chicas adolescentes (50%) presentó insatisfacción con la imagen corporal, porque deseaban ser más delgadas, entre los chicos adolescentes el 40% tenía insatisfacción pero porque deseaba estar más grueso.

Se encontró que porcentajes iguales (20% respectivamente) manifestaron sobre estimación y sub estimación de la imagen corporal en las mujeres adolescentes, entre los hombres un 46% manifestó subestimación (se ven más delgados de lo que en realidad son). El 18 % de las mujeres y el 14 % de los hombres de etapa adolescente se preocupaban mucho y demasiado por el peso y la comida. En lo que se refiere a los factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria, la mitad de las chicas (50%) y el 34% de los chicos, practicaba dieta restrictiva.

Ahora bien, de acuerdo con la psicóloga Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", alrededor del 5 y 15 % de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que apuntan hacia un trastorno alimentario (Mendoza - Chadid, & Posada – Hurtado, 2001).

La revisión de la literatura anterior, indica que los trastornos alimentarios tienen origen multifactorial, además de impactar con una amplia gama de consecuencias negativas la vida de la persona que tiene el trastorno y la familia a la que pertenece. Un desorden alimentario destruye la vida de quien la padece, por tal motivo es necesaria la creación de programas preventivos, que eviten su aparición, para tal propósito es importante que las intervenciones se guíen por un modelo etiológico de trastornos alimentarios, para que se identifiquen los factores de riesgo que están involucrados en su génesis y así intervenir sobre los mismos. La presente investigación se basa en el Modelo del Camino Doble (Stice, 1994) para el desarrollo de la estrategia preventiva, en el siguiente capítulo se describen las relaciones que involucra este modelo.

## CAPITULO DOS

### EL MODELO DEL CAMINO DOBLE DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## CAPITULO 2. MODELO DEL CAMINO DOBLE DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*“Nuestros defectos son los ojos a través de los cuales observamos lo ideal”*

*Nietzsche*

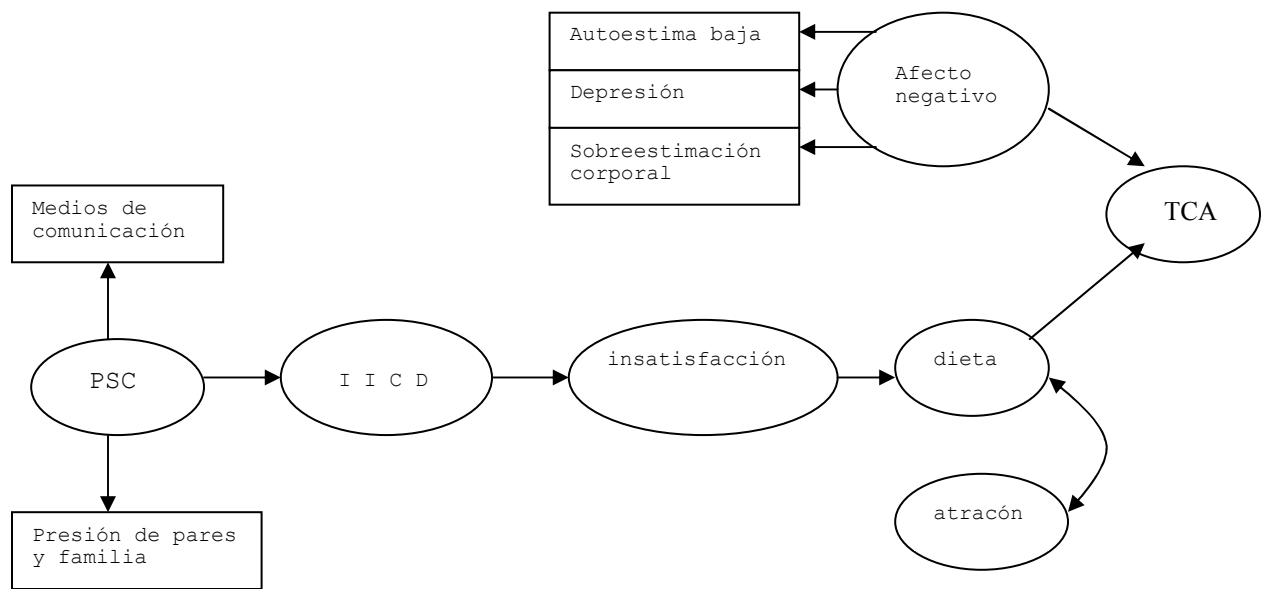
En otros tiempos, quizás en los del filósofo Nietzsche (finales del siglo XIX) los defectos del conocimiento se observaban a través del espejo de las grandes ideas, y las imperfecciones del cuerpo, tal vez, se vislumbraban por medio de comparaciones con figuras del arte; en la actualidad, lo ideal es “impuesto” o “propuesto” por organizaciones con grandes intereses económicos. En el área de trastornos alimentarios e imagen corporal, el contraste de lo real y lo ideal, lleva a la insatisfacción con la imagen corporal.

Entre las mujeres jóvenes, se ha encontrado consistentemente que la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los principales factores predictivos para bulimia nervosa y patrones alimentarios bulímicos en general (Gleaves, Williamson, & Barker, 1993; Ricciardelli, Tate, & Williams, 1997; citados en Ricciardelli, & McCabe, 2001). Stice (1994) propone un modelo que identifica dos caminos en la cual la insatisfacción corporal puede llevar al desarrollo de conductas bulímicas para mujeres jóvenes y adolescentes. El primer camino incluye a la dieta restrictiva; dentro de esta vía la insatisfacción con la imagen está fuertemente asociada con la restricción alimentaria.



La realización de dieta restrictiva incrementaría la vulnerabilidad de la conducta de atracón y la bulimia (Brody, Walsh, & Devlin, 1994). La segunda vía es a través del afecto negativo, el cual está asociado con la insatisfacción, y se ha encontrado que aquellas mujeres con afecto negativo demuestran altos niveles de conducta bulímica (Beebe, 1994 citado en Ricciardelli, & McCabe, 2001, Stice, Shaw y Nemeroff, 1998). Tanto la conducta de atracón como la de purga, reducen temporal y engañosamente el afecto negativo. La explicación de las dos vías para el desarrollo de conducta bulímica fue desarrollada por Stice (1994) en un modelo denominado del "camino doble" (ver Figura 2.1).

Figura 2.1 Modelo del Camino Doble, Stice 1994



PSC= Presión Sociocultural  
 IICD= Interiorización del Ideal Corporal Delgado  
 TCA= Trastornos de la Conducta Alimentaria

El modelo del camino doble para trastornos alimentarios (Stice, 1994) señala que existen una serie de presiones socioculturales -- provenientes de la familia, pares y medios de comunicación -- para lucir una silueta corporal delgada, que contribuiría a la interiorización de la delgadez como ideal corporal y al desarrollo de insatisfacción con la imagen. Estos factores llevarían al seguimiento de dieta restrictiva que junto con la presencia de afecto negativo (depresión y baja autoestima), serían los predictores más próximos de un trastorno alimentario.

### *2.1 Evidencia sobre las relaciones en el modelo*

A nivel internacional se han llevado a cabo investigaciones para confirmar las relaciones del modelo, como es el caso del estudio de Ricciardelli y McCabe (2001), quienes trabajaron con una muestra de 466 adolescentes de 14 a 16 años, 267 niñas y 199 niños, que acudían a dos escuelas del área metropolitana de Melbourne, Australia.

Los investigadores evaluaron las diferencias sobre insatisfacción con la imagen corporal, conducta hacia la delgadez, afecto negativo, y conducta bulímica entre tres grupos: chicas que querían ser más delgadas, chicos que deseaban ser más delgados y chicos que querían ser más gruesos. Se encontraron diferencias en todas las variables excepto en conducta bulímica. Tanto los chicos como las chicas que deseaban una talla corporal más delgada reportaron significativamente mayor insatisfacción y motivación hacia la delgadez. Los hallazgos en las chicas fueron consistentes con el modelo de Stice (1994), como se esperaba el efecto de la insatisfacción con la imagen corporal sobre la conducta bulímica de las chicas resultó no significativa una vez que la dieta restrictiva y el afecto negativo entraron en la ecuación de regresión. Sin embargo, los hallazgos difirieron en los dos grupos de chicos. Para aquellos que deseaban ser más delgados, sólo el afecto negativo fue mediador de la relación entre insatisfacción y conducta bulímica. Por otro lado, para los adolescentes que deseaban ser más fuertes, la dieta restrictiva medió parcialmente la relación entre insatisfacción corporal y la bulimia. Tal parece entonces, que al igual que en las chicas, el afecto negativo es una vía que se une

con la insatisfacción con la imagen corporal y la conducta bulímica en aquellos chicos que desean ser más delgados.

Los hallazgos de este estudio para los chicos que desean ser más gruesos fueron menos congruentes con el modelo de Stice, esto puede deberse a que el significado de la conducta de bulimia y en particular el atracón, es menos claro para los hombres. Para muchos de estos últimos, que desean ser más gruesos o fuertes, el atracón es menos visto como inapropiado y también es menos asociado con resultados emocionales negativos (Carlat & Camargo, 1991, citados en Ricciardelli & McCabe, 2001). Por lo tanto, el afecto negativo no resultó ser un correlato de la conducta bulímica en los chicos que desean ser más gruesos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que el modelo de Stice (1994) no fue diseñado para explicar la conducta de aquellos individuos con patrones alimentarios que quieren una silueta más grande, por lo tanto, resulta necesario desarrollar modelos que expliquen este fenómeno.

### *2.1.1 Presión de pares*

Numerosos estudios se han realizado sobre la influencia que ejercen los pares sobre la imagen corporal y la conducta alimentaria de los adolescentes. Por ejemplo Paxton, Schutz, Wertheim y Muir (1999) encontraron que chicas de preparatoria que reportaron altos niveles de seguimiento de dieta han sido criticadas por sus amigos acerca de su peso y su figura, señalando que sus amigos influyeron en su decisión para hacer dieta restrictiva y calificando a sus pares como más preocupados con su alimentación y peso. Thompson, Cattarin, Fowler y Fisher (1995) hallaron relación entre las críticas que los amigos hacían al cuerpo y la insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de mujeres adultas. Por su parte, Stice, Ziemba, Margolis y Flick (1996) encontraron que pacientes diagnosticadas con bulimia reportaron gran presión para lucir delgadas por parte de sus amigos.

Taylor, Sharpe, y Shisslak, (1998), en un estudio con niños de primaria y secundaria, encontraron que la influencia de los pares explica casi un tercio de la varianza de la variable preocupación por el peso. La burla y el comentario verbal negativo han sido

identificados como un precipitante de insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restrictiva en mujeres adolescentes.

En una investigación reciente entre México y España (Toro & Gómez Peresmitré, en prensa) se encontró congruentemente que las mexicanas reportaron hacer más dieta y también las que recibieron mayor presión social hacia el cuerpo (tanto para adelgazar como para engordar por parte de compañeros y hermanos), y realizaban mayor actividad física relacionada con la pérdida de peso.

### *2.1.2 Presión Familiar*

Aunque los hallazgos no son unánimes, hay numerosos estudios que documentan la relación entre las actitudes y las conductas de los familiares y las conductas de las niñas en relación con el peso y la alimentación. Por ejemplo, Pike y Rodin (1991) encontraron que las madres de las adolescentes bulímicas evaluaban como menos favorables la apariencia y el peso de sus hijas que aquellas que no eran bulímicas. Entre una muestra de mujeres jóvenes Kanakis y Thelen (1995) reportaron que aquellas que eran bulímicas y con un síndrome subclínico eran más criticadas por sus familiares que las mujeres de un grupo control. Rieves y Cash (1996) en un estudio de mujeres universitarias, también encontraron relación entre la insatisfacción con la imagen corporal de ellas y la percepción de la insatisfacción corporal de sus mamás.

Hill y Franklin (1998), entre otros han sugerido que el excesivo interés en el peso y la conducta dietaria de los padres pueden ser transmitidas y adoptadas por las hijas. Ellos concluyen que las madres pueden tener un papel importante en la transmisión de valores relacionados con el peso, la figura y la apariencia. Clínicamente, sin embargo, los comentarios hechos por los miembros masculinos de la familia están frecuentemente citados como precipitantes para la aparición de dieta restrictiva (Hill & Palin, 1995).

Por otra parte, Smolak, Levine y Schermer (1999) encontraron que los comentarios directos –particularmente de las madres- fueron más influyentes en el comportamiento de las hijas, que el modelamiento de conducta. Mientras que Striegel - Moore y Kearney (1994) sugieren que, aunque los padres en general están

satisfechos con la apariencia de sus hijos, los comentarios negativos incrementan con la edad de los mismos. Las madres pueden también estar más interesadas en el peso de sus hijas que en el de sus hijos, particularmente cuando la madre sufre un trastorno alimentario.

### 2.1.3 Medios de comunicación

La investigación que sustenta el papel que juegan los medios de comunicación en el desarrollo de desórdenes alimentarios es también sustancial. Harrison y Cantor (1997) realizaron un estudio con estudiantes de comunicación, encontrando relación entre el promedio de lectura de revistas de moda y los puntajes en un inventario de conducta alimentaria alterada. En otro documento, más reciente, Trottier, Polivy y Herman (2005) proponen que los medios son fuentes obvias de las expectativas infladas sobre los beneficios de las dietas restrictivas. La abundancia de mujeres ultradelgadas en revistas, comerciales, y en toda la televisión sugiere que tales cuerpos son alcanzables. Además, estas mujeres son presentadas como deseables y exitosas, sugiriendo que la delgadez está asociada con características personales positivas. Mientras que Malkin, Wornian y Chrisler (1999) señalan que colocar encabezados tales como "Pierde 10 libras" seguidos de mensajes tales como "Formas de hacer tu vida más fácil, feliz y mejor" pueden crear en las mujeres la falsa impresión de que el alterar sus cuerpos las puede llevar a una vida mejor.

En el estudio mencionado, llevado a cabo por Trottier, Polivy y Herman (2005) se halló, precisamente, que aquellas chicas que fueron expuestas a anuncios con promesas muy poco realistas relacionadas con el seguimiento de dieta, manifestaron mayor restricción alimentaria que aquellas que leyeron anuncios con promesas realistas sobre dieta.

La relación entre medios e imagen corporal también ha sido valorada en investigaciones internacionales, por ejemplo en un estudio experimental de medios impresos, Irving (1990) encontró que el grado de insatisfacción con la imagen corporal de las mujeres que leían revistas aumentaba a medida que la talla de las modelos disminuía.

Field, Cheung y Wolf (1999) encontraron que la mayoría de adolescentes y preadolescentes que se manifestaron inconformes con su peso y forma corporal, también mostraron actitudes bastante negativas relacionadas con la frecuencia de lectura de revistas de moda. Baker, Sivyer y Towell (1998), por otro lado, sugieren que la evidencia de que los medios de comunicación visuales contribuyen a actitudes alimentarias negativas es provista por la investigación con mujeres de ceguera congénita, la cual encontró que éstas tenían menor puntaje de insatisfacción corporal que aquellas con ceguera adquirida o que veían normalmente.

#### *2.1.4 Imagen corporal, dieta restrictiva y afecto negativo*

Con respecto a la asociación entre imagen corporal y conducta alimentaria, también existe fuerte evidencia. La alteración de la imagen corporal es bien conocida como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y conductas alimentarias anómalas (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). No todos los estudios distinguen entre categorías bulímicas y restrictivas de los desórdenes alimentarios, entre los que lo han hecho, parece ser que la alteración de la imagen corporal está más íntimamente relacionada a la restricción alimentaria, y el funcionamiento psicológico global está más relacionado a la bulimia (Thompson, Coover, & Stormer, 1999; Stice 2001).

Los hallazgos de los trabajos de Stice y sus colegas sobre su modelo del camino doble, apoyan fuertemente el papel del afecto negativo en el desarrollo de la bulimia (Stice, 2001; Stice, Shaw, & Nemeroff, 1998) y el desempeño de la depresión y el afecto negativo sobre la conducta de atracón (Stice, Presnell, & Spangler, 2002).

Van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon, y Coover (2002), por su parte han llevado a cabo tres estudios, en éstos han desarrollado el Modelo de la Influencia Tripartita de imagen corporal y trastornos alimentarios, en el que han incluido el Índice de Masa Corporal, la percepción de crítica al cuerpo, el funcionamiento psicológico general, y la conducta alimentaria anómala, tanto de tipo bulímica como restringida. Su investigación provee apoyo para la influencia de las críticas al cuerpo sobre la

imagen corporal, y encuentran relación entre insatisfacción con la imagen corporal y síntomas bulímicos mediados por el seguimiento de dieta restrictiva, de hecho estos investigadores hallan que la imagen corporal influye más sobre la conducta alimentaria restrictiva, y que ésta, a su vez, influye sobre la conducta bulímica y los atracones.

### *2.1.5 Dieta restrictiva y trastornos alimentarios*

Como se mencionó en líneas anteriores, la cultura moldea las percepciones de los individuos en relación con su ideal corporal, prevaleciendo entre las mujeres de América del Norte un ideal muy delgado. En consecuencia, las mujeres ven en la dieta restrictiva la esperanza de lograr una talla corporal delgada, sobrevalorada socialmente.

En las culturas occidentalizadas, poseer una silueta delgada o desnutrida simboliza no sólo tener un ideal corporal delgado, representa también "autocontrol, disciplina, trabajo duro y éxito" (Brownell, 1991, p. 307, cit. en Trottier, Polivy, & Herman, 2005). Sin duda, las mujeres poseen expectativas poco realistas sobre la pérdida de peso, tanto del proceso mismo de la pérdida así como de los beneficios que ésta puede traer.

Polivy y Herman (1985) proponen que la dieta restrictiva es la antesala de un trastorno alimentario, para estos investigadores canadienses, un dietante frecuente se encuentra en una especie de círculo cerrado, en donde éste al privarse de comida por un periodo de tiempo, al reiniciar la ingesta "normal" comerá todo lo que no ha comido (durante el periodo de privación) y aún más, provocando una sobrealimentación o atracón, involucrando –al menos en las personas que quieren ser más delgadas- sentimientos de culpa, que conllevan a su vez a la restricción o privación alimentaria. Este círculo cerrado tiene como consecuencia la falla en la detección de señales de hambre y saciedad, fenómeno que mantiene y perpetua el trastorno de la conducta alimentaria. Finalmente, el modelo genético de trastornos alimentarios propuesto por Gowers y Shore (2001) también incluye al seguimiento de dieta restrictiva como predictor último de estos desórdenes.

### 2.1.6 Índice de Masa Corporal

El Índice de Masa Corporal, que representa una medición del peso corporal, es una variable que históricamente ha estado estrechamente relacionada con las alteraciones de la imagen corporal y la conducta alimentaria anómala ya ha sido probada en modelos previos (Thompson, Coover, Richards, Jhonson, & Cattarin,1995).

Como se puede observar, las relaciones entre las variables que fundamentan este modelo cuentan con una buena y fuerte evidencia teórica y práctica que las sustentan. Una de las estrategias preventivas de trastornos de la conducta alimentaria, desarrollada y evaluada en la presente tesis doctoral tiene sus bases, además de guiarse en el Modelo del Camino Doble, en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, esta última propone el cambio de actitudes y comportamiento, a partir del surgimiento del conflicto psicológico y su consecuente reducción. A continuación, se hace una descripción de esta teoría y sus supuestos básicos.



## CAPITULO TRES

### LA TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA

### CAPITULO 3. TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA

*“Por la acción y la palabra, los hombres revelan quiénes son y muestran activamente la singularidad personal de su ser.*

*¿Debe haber una obligada coherencia entre  
palabra y acción?*

*¿Soy congruente; lo que pienso y lo que hago  
están hermanados?”*

*Hannah Arendt*

Sin duda, una de las principales y difíciles tareas de la Psicología como ciencia, es por un lado, la elaboración de instrumentos que evalúen la congruencia entre actitudes, pensamiento y conducta, nada fácil dado que generalmente los individuos tienden a responder deseablemente de acuerdo con estándares que la sociedad demanda. Por otro lado, la creación de estrategias que promuevan precisamente, esta congruencia entre actitud y comportamiento.

Una de las tareas de la psicología aplicada al área de la salud es la creación de estrategias que se utilicen para promover la salud y prevenir la enfermedad. Dado que uno de los objetivos principales de estas últimas no sólo es el cambio de actitud, sino también el de la conducta, para lograrlo la teoría de la disonancia cognoscitiva aplicada al cambio de actitudes resulta una buena opción.

Desde el estudio de Festinger en 1957, mucha investigación teórica y experimental se ha realizado para elaborar las características y los efectos de la disonancia cognoscitiva. Puesto que es una fuerza de gran alcance en la formación de la actitud, la disonancia se puede utilizar en terapias para inducir un cambio de actitud en los clientes (Axsom & Lowless, 1992).

Leon Festinger elabora en 1957, la teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC), al proponer que las personas tienden a cambiar sus actitudes, su conducta o la justifican como producto de la divergencia de dos cogniciones manifestadas en un mismo momento.

### 3.1 UNA INTRODUCCION A LA TEORIA DE LA DISONANCIA

De acuerdo con Festinger (1957), frecuentemente se insinúa que el individuo se esfuerza por lograr la consistencia dentro de sí mismo. Las opiniones y actitudes, tienden a estar presentes en grupos que son internamente consistentes. Existe consistencia entre lo que una persona cree o conoce y su conducta, cuando, por ejemplo, piensa que un colegio educativo es bueno, siendo muy probable que aliente a su hijo a que asista a ese colegio; o un chico que sabe que será severamente castigado por ser un delincuente intentará no involucrarse en este comportamiento. Este hecho no es sorprendente, dado que es manifiesta la consistencia entre los pensamientos y la conducta, lo que llama la atención de este investigador son las excepciones al comportamiento consistente; una persona puede saber que fumar es malo y continuar fumando, o muchos individuos que siguen cometiendo crímenes aunque conozcan la alta probabilidad que tienen de ser capturados y castigados por sus delitos.

En la teoría propuesta por Festinger (1957), el autor sustituye la palabra "inconsistencia" por un término con una connotación menos lógica, denominada *disonancia*, y la palabra "consistencia" por un término más neutral llamado *consonancia*. Dos elementos están en una relación disonante, si considerándolos a estos dos, el anverso o el contrario de un elemento puede seguir del otro; tal es el

caso de un individuo que tiene una deuda y desea comprar un carro nuevo, los correspondientes elementos cognoscitivos podrían ser disonantes entre sí.

Los supuestos básicos de la teoría, son los siguientes:

1. La existencia de disonancia, al ser psicológicamente no comfortable, motiva a la persona a tratar de reducirla y lograr la consonancia.
2. Cuando la disonancia está presente, además de tratar de reducirla, la persona evita situaciones e información que podrían incrementar la inconsistencia. (Festinger, 1957, p.3).

### 3.1.1 ¿Cómo surge la disonancia?

Festinger (1957) señala dos razones básicas para la aparición de la disonancia:

1. Nuevos eventos pueden suceder o nueva información puede llegar a ser conocida por la persona, creando momentáneamente disonancia con los conocimientos u opiniones existentes. Debido a que el individuo no tiene un perfecto y completo control sobre la información que llega a él, ni sobre los eventos que puedan pasar en su medio ambiente, la disonancia puede surgir fácilmente. Por ejemplo, un individuo puede planear ir a un día de campo con la plena confianza de que el clima será caluroso y soleado; sin embargo, justo antes de salir, comienza a llover. El conocimiento de que ahora está lloviendo es disonante con la confianza de un día soleado y con los planes del día de campo.
2. Incluso en la ausencia de nuevos e inesperados eventos o información, la existencia de disonancia es indudablemente una condición común. Muy pocas cosas son totalmente blancas o totalmente negras, muy pocas situaciones son suficientemente puntualizadas, tanto que las opiniones o conductas no son una mezcla de contradicciones. Tal es el caso de una persona que compra un carro nuevo puede preferir la economía de un modelo pero el diseño de otro; otra está decidiendo como invertir su dinero puede saber que el resultado de su inversión depende de condiciones económicas fuera de su control. En situaciones donde se pueden formar opiniones o tomar decisiones, es inevitable que aparezca algo de disonancia entre la acción llevada a cabo y aquellas opiniones o conocimientos que tendieron a dirigirse a diferentes conductas.

### 3.1.2 ¿Cómo se disminuye o elimina la disonancia?

A partir de la aparición de la disonancia también surgen presiones para reducirla o eliminarla. La fuerza de las presiones para reducir la inconsistencia depende de la magnitud de la disonancia. El tamaño de la inconsistencia está en función, tanto de la importancia como de la proporción de elementos relevantes que son disonantes.

En general, si la disonancia existe entre dos elementos, la inconsistencia podría eliminarse al cambiar uno de estos elementos. Según Festinger (1957) lo importante es saber como se logran los cambios, estos dependen del tipo de elementos involucrados y del contexto cognoscitivo total.

#### 3.1.2.1 Cambiando un elemento cognoscitivo conductual

Cuando la disonancia involucra un elemento medio ambiental y uno conductual, la inconsistencia se reduce al cambiar el elemento de comportamiento de tal forma que sea consistente con el medioambiental. Este método de reducir o eliminar la disonancia tiene una ocurrencia muy frecuente. La conducta y los sentimientos son modificados frecuentemente de acuerdo con la nueva información. Por ejemplo, una persona que estaba a punto de salir de día de campo, y nota que ha empezado a llover, puede sentirse muy bien y regresar a casa (Festinger, 1957).

#### 3.1.2.2 Cambiando un elemento cognoscitivo medioambiental

Otra manera de reducir la disonancia es el cambio del elemento cognoscitivo medioambiental, por supuesto que es mucho más fácil cuando el elemento es social más que físico. Como el caso de un individuo generalmente muy hostil hacia otras personas puede rodearse de gente que provoca hostilidad. Sus cogniciones sobre el grupo social con el que se relaciona son congruentes con su comportamiento hostil.

En general, el establecimiento de una realidad social a través de la obtención del acuerdo y apoyo de otra gente es una de las principales formas en la cual una cognición podría cambiarse cuando existe presión para hacerlo.

### 3.1.2.3 Añadiendo nuevos elementos cognoscitivos

Está claro que para eliminar o reducir la disonancia alguno de los elementos debe cambiarse, aunque a veces no es posible. Cuando no se puede eliminar la inconsistencia, es posible reducir la magnitud total de la disonancia, añadiendo nuevos elementos cognoscitivos. Festinger proporciona un ejemplo de la literatura para ilustrar este fenómeno. Spiro (1953, citado en Festinger, 1957) da una explicación de ciertos aspectos del sistema de creencias de los *Ifaluk*, una sociedad analfabeta. Los aspectos relevantes para la teoría son los siguientes: Primero, en esta cultura existe la firme creencia de que la gente es buena. Ellos no sólo creen que la gente podría ser bondadosa, sino que ellos piensan que en realidad es así. Segundo, por alguna razón, los niños y adolescentes de esta cultura atraviesan por un periodo particularmente fuerte de agresividad, hostilidad y destrucción.

Es obvio que la creencia sobre la naturaleza de la gente era disonante con el conocimiento de la conducta de los niños en esta cultura. Para esta etnia era posible reducir la disonancia de varias formas, la comunidad hubiera podido cambiar su creencia acerca de la naturaleza de la gente al pensar que ésta es totalmente buena sólo en la madurez, o también podía haber modificado sus ideas de lo que es o no es "bueno", de tal forma que la agresividad de los niños hubiera sido considerada adecuada. Sin embargo, en este caso la manera de reducir la disonancia fue distinta, una tercera creencia se añadió, reduciéndola a partir de la "reconciliación". Específicamente, los miembros de la comunidad creyeron en la existencia de malévolos fantasmas que entraban dentro de las personas que causaban que hicieran cosas malas. Como resultado de esta cognición, el conocimiento de la conducta agresiva de los niños ya no resultó inconsistente con la creencia de que la gente es buena.

### 3.1.3 Implicaciones específicas

Festinger amplifica su declaración general de la TDC a través de la discusión de sus implicaciones para situaciones o eventos específicos, tales como la toma de decisiones, el acuerdo forzado, exposición voluntaria e involuntaria a la información y el apoyo social.

#### 3.1.3.1 Toma de decisiones.

Cuando una persona tiene que hacer una elección entre cierto número de alternativas entra en una situación de conflicto. Después de que se toma la decisión el conflicto es resuelto, pero la disonancia surge. Si alguien decide comprar el carro A más que el carro B los elementos cognoscitivos relacionados con las características deseables de este último son disonantes con los conocimientos del carro A que ha sido elegido (Insko, 1967).

#### 3.1.3.2 Acuerdo forzado

Existen circunstancias en las que las personas llegan a comportarse de una manera contraria a sus convicciones o hacen declaraciones públicas que realmente no creen. El acuerdo forzado se presenta cuando éste se lleva a cabo bajo presión pública sin un cambio previo en la opinión privada. Una vez que éste ocurre surge una disonancia entre la conducta y la opinión.

La disonancia resultante del acuerdo forzado, se disminuye reduciendo la importancia de la opinión o la conducta involucrada, cambiando la opinión privada de tal forma que sea acorde a la opinión pública, o magnificando el refuerzo o castigo utilizado para inducir la conducta.

#### 3.1.3.3 Exposición involuntaria y voluntaria a información

De acuerdo con Festinger, la exposición involuntaria a nueva información puede potencialmente producir disonancia. Si la nueva información es contraria a las cogniciones ya presentes, la inconsistencia puede presentarse. La disonancia de la exposición voluntaria puede manifestarse a partir de la búsqueda de información que puede ser útil para la conducta futura.

#### 3.1.3.4 Apoyo social

El estar de acuerdo con otra gente reduce la disonancia y el desacuerdo con otras personas la incrementa (Insko, 1967). El ejemplo clásico sobre el apoyo social en la disminución de la disonancia es el análisis realizado por Festinger (1957) a la serie de rumores sobre la manifestación de catástrofes después del fuerte temblor producido en la India, en la década de los treinta del siglo XX. Entre los habitantes de este país que no sufrieron daño debido al terremoto, empezaron a surgir ideas trágicas sobre próximas desgracias desde el desborde de ríos, hasta la destrucción de todo el país, este rumor se basaba en la idea divina de los días finales. En la población que no sufrió ningún daño se manifestó un gran nivel de ansiedad y temor, de tal forma que, para justificar sus emociones, se crearon estas ideas compartidas por la mayoría de la gente; de esta manera, ya no existía disonancia entre lo que sentían (ansiedad) y su situación (no sufrir ningún daño), ahora había consonancia entre sus emociones negativas y su percepción de la situación (la firme creencia de graves desgracias por venir).

#### 3.1.4 Investigación fundamentada en la TDC

Existe un amplio número de investigaciones relacionadas con la teoría de la disonancia cognoscitiva, enseguida se exponen los resultados de algunas de ellas, en las que el cambio de actitudes se logra a partir de la inconsistencia producida por el juego de roles contra actitudinal.

##### 3.1.4.1 Juego de roles (*role playing*) contra actitudinal

De acuerdo con la TDC, si un individuo argumenta a favor de un punto de vista o juega un papel que es inconsistente con sus creencias, se produce disonancia. El individuo puede teóricamente reducir la disonancia al cambiar sus creencias para que sean más consistentes con su conducta. La TDC predice que el juego de roles contra actitudinal puede resultar en el cambio de actitudes. El juego de roles es, en la terminología de Festinger, un tipo de acuerdo forzado (Insko, 1967).



Janis y King (1954; citados en Festinger, 1957) reportan una investigación del cambio de actitud producido a través del apoyo contra actitudinal. En el estudio, se administró un cuestionario de opiniones a estudiantes universitarios hombres, cuatro semanas antes del experimento. El cuestionario contenía tres ítems de opinión: número de películas que podrían subsistir en tres años a partir de ese momento; total de carne distribuida y accesible a Estados Unidos en 1953, y el número de años que podía llevar encontrar la cura para la gripe común. En la sesión experimental, se formaron grupos de tres sujetos, a uno de los integrantes se le invitó a dar un discurso basado en un esbozo preparado previamente por el experimentador. Cada participante activo fue instruido para jugar el papel de un sincero defensor del punto de vista asignado, mientras que los otros dos participantes escucharon a su compañero y leyeron el esbozo. A todos los estudiantes activos, se les pidió que argumentaran a favor de una posición extrema, la cual difería de sus creencias iniciales (pretest).

Los resultados del postest indicaron que los participantes activos (dieron el discurso) cambiaron significativamente más sus actitudes que los participantes pasivos, en los temas sobre el cine y la carne distribuida, esta situación no se presentó en aquellos que dieron la opinión sobre la cura de la gripe. Una evaluación de la entrevista con los participantes indicó que aquellos individuos que dieron discursos sobre la cura de la gripe realizaron menos improvisación y estuvieron más satisfechos con su desempeño que aquellos que realizaron otros discursos.

Janis y King (1954) señalan que sus resultados son consistentes con la interpretación de que el juego de roles cambia la actitud. Cuando la gente juega cierto papel toma una actitud consistente con el mismo. Como Festinger (1957) señala, es aparente que los resultados de estos investigadores son congruentes con la teoría de la disonancia.

King y Janis (1956; citados en Festinger, 1957) reportan un estudio diseñado para dar evidencia sobre los efectos separados de la improvisación y la satisfacción con el desempeño en la producción del cambio de actitudes. Hubo tres condiciones en el experimento: improvisación, lectura oral, y lectura en silencio. En la condición de improvisación los participantes leyeron y entonces dieron su propia versión improvisada de un esbozo con argumentos sobre el efecto de que el 90 % de los

estudiantes universitarios podrían ser colocados en un empleo un año después de su graduación y el tiempo del servicio militar para estos estudiantes podría ser por lo menos de tres años. Los discursos improvisados se grabaron; en la condición de la lectura oral, leyeron sus esbozos y también se grabaron; mientras que los participantes de lectura silenciosa simplemente leyeron el esbozo para si mismos. Los resultados indicaron que en todas las condiciones se presentó una tendencia a cambiar en la dirección de la influencia, siendo el cambio significativamente mayor en la situación de improvisación. Los datos de un cuestionario adicional revelaron que los participantes en la condición de lectura oral estuvieron más satisfechos con su desempeño que los participantes de la improvisación; sin embargo, fueron estos últimos los que cambiaron en mayor medida su actitud. Estos resultados son consistentes con la hipótesis de que la improvisación y la insatisfacción con el desempeño es la variable crucial para la producción del cambio de opinión en una situación de acuerdo forzado.

Culbertson (1957; citado en Insko, 1967) demostró que el juego de roles en psicodrama puede cambiar las actitudes hacia las personas de color. Los participantes preseleccionados que no estaban extremadamente a favor de esta raza, participaron en una sesión única de psicodrama. El guión que elaboró el grupo, debía incluir el apoyo y la defensa para la integración de la gente de raza negra a la sociedad y evitar conflictos raciales. La sesión del psicodrama fue observada por tres personas que no eran actores del mismo. Los resultados antes - después indicaron que el cambio de actitud fue significativamente mayor entre los actores del psicodrama que entre los observadores. Los individuos que actuaron los roles aumentaron su actitud favorable hacia las personas de color.

Janis y Mann (1965; citado en Insko, 1967) encontraron que jugar al papel de un paciente con cáncer de pulmón, produce cambio de actitud y reducción en la conducta de fumar. Mujeres fumadoras moderadas y crónicas, jugaron el papel de una paciente que ha sido diagnosticada con cáncer de pulmón que será sometida a una probable poco exitosa operación. Un grupo control solamente escuchó una cinta grabada de una de las sesiones más dramáticas.

Los resultados antes – después indicaron que las participantes en el psicodrama manifestaron mayor creencia de que fumar produce cáncer, miedo de un daño personal y la intención de abandonar la conducta. En suma, las mujeres del grupo experimental reportaron significativamente más temor por su salud y de sufrir cáncer, y una gran disminución del número de cigarrillos fumados al día.

El experimento de Janis y Mann es una evidente ilustración del potente efecto que puede tener el juego de roles contra actitudinal. No solo se presentó cambio hacia el tabaquismo, sino también en la conducta misma. Este estudio es una de las escasas demostraciones experimentales donde el cambio de actitudes puede llevar a la modificación del comportamiento fuera del laboratorio (Insko, 1967).

La evidencia anterior parece indicar que el juego de roles es una técnica útil para el cambio de actitudes; asimismo, es importante señalar la consistencia de los hallazgos en esta línea de investigación (Insko, 1967).

### 3.2 TEORIAS CONTEMPORANEAS SOBRE EL PAPEL DEL SELF EN LA DISONANCIA

A casi cincuenta años de la aparición de la teoría de la disonancia cognoscitiva (Festinger, 1957), el debate entre los investigadores ha sido sobre el papel que juegan, si es que lo hacen, las cogniciones sobre el self en la aparición y reducción de la disonancia.

El debate se ha centrado básicamente sobre el papel del self y la autoestima que influye sobre la aparición y reducción de la disonancia. Otras teorías se han centrado en las diferentes predicciones hechas a la auto eficacia, auto afirmación o en las consecuencias aversivas de la conducta. Enseguida se hace una descripción de las principales explicaciones.

#### 3.2. 1 *El Self como una Expectativa en los Procesos de Disonancia*

De acuerdo con esta teoría, la gente tiene expectativas para la competencia y la conducta moral que se derivan de los convencionalismos morales y los valores prevalecientes de la sociedad. La disonancia se produce cuando la persona percibe

una discrepancia entre su conducta como una forma contra actitudinal de sus creencias.

Esta perspectiva, propone que la autoestima modera el surgimiento de la disonancia ya que la percepción sobre lo qué constituye un acto incompetente o inmoral es una función de las expectativas que la gente tiene para su conducta. Por ejemplo, si una persona carece de altas expectativas para la competencia o conducta moral (como la baja autoestima), la disonancia podría no surgir después de un acto inmoral o incompetente. La evidencia disponible sugiere que bajo algunas condiciones las personas con expectativas negativas, baja autoestima o depresión media no experimentan el surgimiento de la disonancia cuando la conducta es discrepante de los estándares socialmente aceptados. Esto es, la teoría de la auto – consistencia asume que las cogniciones positivas sobre el self hacen más vulnerables a las personas para experimentar disonancia después de una conducta inmoral o incompetente (Thibodeau & Aronson, 1992).

### *3.2.2 El Self como un Recurso en los Procesos Disonantes*

La perspectiva de que las cogniciones o conocimientos sobre el self sirve como un medio o recurso para la reducción de la disonancia deriva primariamente de la investigación sobre la teoría de la auto - afirmación (Steele, 1988). Tal como en la teoría de la auto – consistencia, la teoría de la auto – afirmación señala que la disonancia surge cuando la gente se involucra en acciones que amenazan su auto concepto. A diferencia de la perspectiva de la consistencia, la de la auto – afirmación mantiene que el objetivo primario de la reducción del malestar o conflicto no es el rescate de la imagen del self específica amenazada por la conducta discrepante. En vez de este, el objetivo es la restauración de la integridad adaptativa y la moral del sistema del self global.

En el modelo del auto – recurso, la autoestima representa la disponibilidad de cogniciones positivas sobre el self que puede ser utilizada para la reducción de la disonancia. El modelo del recurso el pensamiento auto relevante para reducir el malestar psicológico, la persona debe ser capaz de traer a la mente más auto atributos positivos que negativos después de un acto discrepante. De acuerdo a esta

perspectiva las cogniciones positivas hacen a la gente menos vulnerable a la aparición de la disonancia seguida de un acontecimiento discrepante.

### *3.2.3 La Irrelevancia del Self en los Procesos de Disonancia*

Una tercera teoría sugiere que el self y la autoestima son irrelevantes tanto para la aparición como para la reducción de la disonancia. De acuerdo con este modelo, la disonancia surge cuando la conducta discrepante representa una violación de los estándares sociales y normativos. Mucha gente independientemente de su nivel de autoestima, podría sentirse en conflicto cuando su conducta viola los estándares normativos internos para la competencia y la moral. Según este modelo, las cogniciones sobre el self no juegan un papel especial en los procesos de disonancia y mucha gente es vulnerable al surgimiento de la misma, cuando perciben que su comportamiento se ha desviado de las normas relevantes (Cooper, 1992).

### *3.2.4 Modelo del Papel de los Auto – Estándares de Disonancia Cognoscitiva*

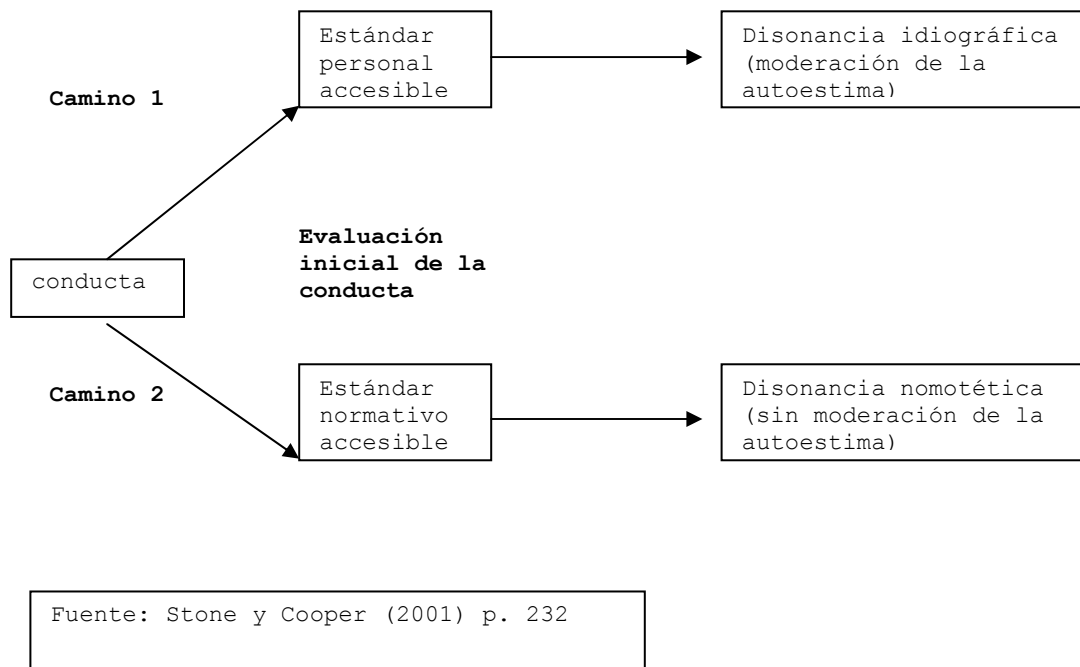
Stone y Cooper (2001) proponen el modelo de Auto – Estándares, el SSM por sus siglas en inglés (Self Standards Model), el cual representa una perspectiva unificada de elementos comunes y convergentes de las tres teorías presentadas anteriormente.

De acuerdo con el SSM, el individuo se involucra en un proceso de multi pasos para determinar si su conducta es inadecuada, inmoral o discrepante a partir de cogniciones importantes. Una vez que ha actuado, la gente evalúa su conducta contra un estándar de juicio y éste puede o no estar relacionado a una representación cognoscitiva del self. El SSM ofrece un esquema para entender el proceso que surge desde el comportamiento a la aparición del malestar psicológico y su subsecuente reducción. Como aparece en la Figura 3.1, el modelo propone que el surgimiento de la disonancia, se produce en dos pasos: 1) el individuo actúa o se comporta y 2) el individuo interpreta y evalúa su comportamiento. En esencia éste se pregunta: ¿es mi conducta inadecuada, inmoral o indeseable?

Si los estándares personales son situacionales o crónicamente accesibles a la memoria, la conducta es comparada con el repertorio del individuo mismo, son expectativas idiosincráticas para el comportamiento. Estas auto expectativas están relacionadas directamente a la autoestima. El Camino 1 de la Figura 3.1, sugiere que la autoestima alta de una persona, hace más probable que la conducta pueda ser percibida como inadecuada o inmoral, y se hace más probable el surgimiento de disonancia. La aparición de la disonancia en este caso es idiográfica y puede ser moderada por las diferencias individuales en el contenido del auto conocimiento.

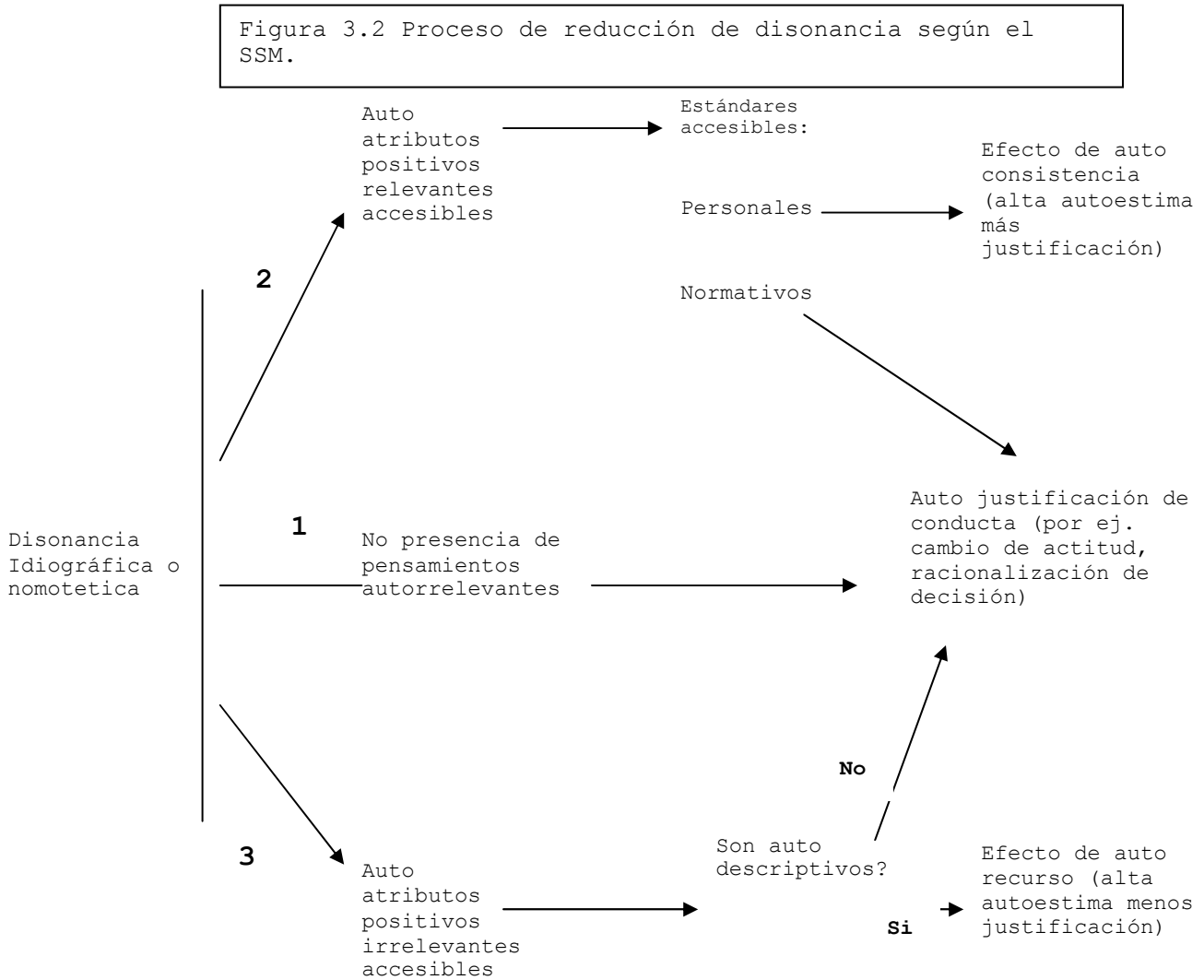
Si los estándares normativos de juicio son situacional o crónicamente accesibles a la memoria, la conducta es comparada con la percepción de la mayoría de la gente y sus creencias sobre lo que inadecuado o inmoral. Como se observa en el Camino 2 (Figura 3. 1), si la gente percibe una discrepancia de los estándares normativos, la aparición de la disonancia puede ser nomotética y no puede ser moderada por la autoestima.

Figura 3.1 Proceso de aparición de la Disonancia según el SSM.



El SSM propone que una vez que se ha producido la disonancia, de manera nomotética o idiográfica, el individuo experimenta malestar y se verá motivado a reducirlo. La forma en que se reduce el malestar también depende de las cogniciones sobre el self que puedan ser accesibles después del surgimiento de la disonancia. Si no son traídas a la mente otras cogniciones, el SSM supone que la discrepancia podría permanecer y el individuo buscaría la justificación de su conducta para reducir el malestar (ver Camino 1 de la Figura 3.2). Sin embargo, si nuevas cogniciones acerca del self se hacen accesibles en el contexto, entonces la reducción de la disonancia, toma los siguientes pasos: 1) Si los auto atributos que se hacen accesibles son positivos y relevantes a la conducta en cuestión, entonces ellos pueden incrementar la motivación para justificar la conducta (por ejemplo cambio de actitud). Como aparece en el Camino 2 de la Figura 3.2, si los atributos positivos relevantes se hacen auto expectativas accesibles, la gente con autoestima alta muestra más auto justificación de su conducta que aquella con autoestima baja. 2)

Si los auto atributos que se hacen accesibles son positivos pero no relevantes, entonces las cogniciones sirven como recursos para reducir la disonancia. El Camino 3 de la Figura 3.2, indica que si los atributos irrelevantes son percibidos como auto descriptivos, las personas con alta autoestima muestran menos justificación de su conducta, comparadas con aquéllas con baja autoestima (Stone & Cooper, 2001).



Fuente: Stone y Cooper (2001) p. 232



### 3.2.4.1 *el papel de los auto estándares en la aparición de la disonancia*

La teoría de la auto consistencia (Thibodeau & Aronson, 1992) mantiene que la gente recurre a sus propios "estándares personales" para la competencia y la moralidad para evaluar su conducta. Cuando los estándares personales para la conducta son traídos a la mente, la gente evalúa su comportamiento en términos de sus propias auto expectativas para la competencia y la conducta prudente. La gente con autoestima alta que posee expectativas positivas para la competencia y la moralidad, son probables de percibir su conducta como inadecuada o inmoral, cuando viola sus propias expectativas, y consecuentemente sentirse altamente motivada para racionalizar su conducta. Las personas con autoestima baja que poseen menos expectativas positivas sobre la competencia y la moral, son más probables de percibir la misma conducta como una confirmación de sus expectativas y están menos motivados para racionalizar sus acciones.

A propósito de la información anterior, surge una importante pregunta sobre el modelo de auto consistencia: Si los estándares personales representan normas conductuales percibidas por la mayoría de aquellos que viven dentro de una particular subcultura, ¿cómo pueden llevar a diferentes conclusiones sobre la misma conducta dependiendo de los diferentes niveles de autoestima? El SSM propone que para que las personas con diferentes tipos de autoestima arriben a diferentes conclusiones acerca de la misma conducta, ellas deben traer a la mente diferentes auto – conocimientos, cuando ellas intentan interpretar que es lo que han hecho. Una de la representación del self que distingue a la gente con autoestima alta de la otra con autoestima baja son sus auto expectativas, definida como el tamaño de la discrepancia entre su actual self y los estándares normativos para atributos como la competencia y la moralidad.

Continuando con el análisis del papel de los auto estándares en el surgimiento de la disonancia, pero desde una perspectiva diferente, el modelo que propone la irrelevancia del self señala que esta ocurre cuando los individuos evalúan los resultados de su comportamiento contra una representación normativa o

compartida. Cuando las bases para el criterio son las mismas para todos, las diferencias individuales en la autoestima no moderan la aparición del conflicto.

### *3.2.4. 2 el papel de los auto estándares en la reducción de la disonancia*

Stone y Cooper (2001) señalan que más que reducir la disonancia a través del cambio de cogniciones relacionadas a la conducta discrepante, procesos de auto afirmación sobre el self distraen a las personas del pensamiento sobre la acción disonante. Sin embargo, una condición importante para que los procesos de auto afirmación se manifiesten, es la irrelevancia o la no - correlación de los auto atributos con el comportamiento discrepante que causa el malestar psicológico.

Como se ilustra en el camino 2 de la Figura 3.2, el SSM predice que la accesibilidad de auto atributos positivos que son relevantes al acto discrepante podría incrementar el conflicto o malestar ya que recurre a estándares de la conducta. Específicamente, si los atributos positivos relevantes traen a la mente estándares personales para dicho comportamiento entonces las auto expectativas pueden llegar a ser accesibles y la gente con autoestima alta podría justificar sus acciones en mayor medida que las personas con baja autoestima. En contraste, si los atributos positivos llevan a la mente los estándares normativos, entonces, como es predicho por el SSM, la autoestima no modera el proceso, y los individuos justifican sus acciones.

Hasta ahora, se han expuesto el Modelo del Camino Doble (Stice, 1994) y la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (Festinger, 1957) en sus respectivos capítulos, sin embargo, ¿cómo es que ambas se entrelazan en la prevención de trastornos alimentarios? En el capítulo siguiente, se da respuesta a la interrogante.

## CAPITULO CUATRO

### PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*“Ahora lo vi claro: ... una superstición que lo paralizaba ... hablar o callar ...*

*dejar que las cosas sigan su curso sin invocarlas o intervenir verbalmente para condicionar ese curso, verbalizarlas o no hacer advertencias, poner en guardia o bien no dar ideas, a veces nos dan ideas quienes nos previenen contra esas ideas,*

*nos las dan porque nos previenen,  
y hacen que se nos ocurra lo que nunca habríamos concebido”*

Javier Marías

El incremento en los factores de riesgo, así como los altos costos (físicos, psicológicos, emocionales y monetarios) de los trastornos alimentarios -información presentada en el capítulo 1 de esta tesis- señalan la urgente necesidad de propiciar programas de intervención preventivos, ya que resulta más fácil y económico prevenir que curar.

### 4.1 CONCEPTO DE PREVENCIÓN Y TIPOS

Muy frecuentemente se confunden los términos que se refieren a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud pública; sin embargo, esta última es un concepto más general, social y político cuyo objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, y prolongar la vida, utilizando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como formas de intervención para el logro de su objetivo.

Mientras que las acciones de la prevención de enfermedad se presentan mínimo ante la amenaza de enfermedad o para reducir factores de riesgo, en la promoción de la salud las estrategias se llevan a cabo con el propósito de mantener y mejorar la salud sin que esté presente alguna amenaza de enfermedad.

El concepto de promoción de la salud propuesto por la OMS (1986) en la Carta de Ottawa señala que ésta consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p.1). Bajo este contexto, la salud es vista más que como un fin, como un medio para el logro de otros objetivos de vida, quedando la concepción médica de salud insuficiente, ya que no se trata únicamente de curar o prevenir la enfermedad, se trata de promover que la salud forma parte esencial de la calidad de vida de una persona, contribuyendo a su desarrollo en todas las áreas. En los tiempos actuales la promoción de la salud es una tarea difícil de realizar dado los niveles de estrés y -en los países tercermundistas- la situación de pobreza a la que está sometida la población; desafortunadamente o afortunadamente -según el punto de vista- tienen como práctica opcional la prevención de la enfermedad.

Las medidas de prevención de la enfermedad se pueden realizar a tres niveles:

1. *Primaria*. Pretende evitar la aparición inicial de alguna enfermedad.
2. *Secundaria*. Su objetivo es detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos, a través de la detección temprana y el tratamiento adecuado.
3. *Terciaria*. Su tarea consiste en reducir posible recidividad (posibilidad de recaer) y el establecimiento de la cronicidad, mediante rehabilitación o cirugía reparadora.

Definitivamente los tres tipos de prevención son necesarios; sin embargo, se considera que la alta incidencia de casos de anorexia y bulimia nervosa requiere del nivel primario, es el ideal, debido a los altos costos de la enfermedad.

#### *4.1.1 Prevención primaria reactiva y proactiva*

De acuerdo con Catalano y Dooley (1980, cit. en Austin, 2000), el nivel de prevención primario puede clasificarse en estrategias reactivas y en estrategias proactivas. Estos autores definen al programa de prevención reactiva como aquellas estrategias que mejoran las respuestas y aumentan la resistencia del individuo a los estresores potencialmente dañinos. El programa proactivo es definido como aquellas estrategias que eliminan los agentes causales. Catalano y Dooley (1980) señalan que

la prevención reactiva puede llevarse a cabo antes o después de que se presente el estresor; mientras que la prevención proactiva procura evitar el estresor completamente.

En nuestra sociedad y desde la perspectiva de los trastornos alimentarios, cargada de situaciones y agentes estresantes resulta casi imposible evitarlos y por lo tanto resulta más factible llevar a cabo la prevención primaria reactiva.

#### *4.2 El valor de la prevención*

Striegel-Moore y Steiner-Adair (1998) señalan que la intervención temprana es el mejor factor de recuperación y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente muy costosos.

Otros autores subrayan el valor ético de la prevención, además de señalar sus ventajas económicas. Saracci (citado por Rodríguez-Salgado, 1999) señaló que el acceso al tratamiento de enfermedad corre el riesgo hoy en día de hacerse cada vez más costoso y menos igualitario. Para este autor, la prevención resulta la única forma de lograr la igualdad de todos los ciudadanos para el logro de la salud.

A la luz de estos argumentos y de las cifras de factores de riesgo y de la patología propiamente dicha, resulta sorprendente saber que la prevención es una de las cuestiones en el primer mundo que originan más polémica en el ámbito de los trastornos alimentarios ya que existe un gran desacuerdo sobre la importancia de la prevención en esta línea de investigación. Los investigadores que están a favor de la prevención, sostienen que los tratamientos no disminuyen la incidencia de un trastorno y que tanto en el ámbito ético como económico resulta lógico esforzarse por reducir dicha incidencia. Los detractores de esta postura señalan que la génesis de los trastornos alimentarios aún no se conoce lo suficiente, y que involucra factores de riesgo imposibles de alterar (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 1998).

La investigación dedicada a la explicación y descripción de la génesis y mantenimiento de los trastornos alimentarios, tuvo su gran auge a partir de la década

de los setentas con los trabajos de Hilde Bruch, entre otros investigadores, desde entonces se siguen realizando múltiples estudios sobre el tema.

### 4.3 *La tradición en prevención*

De acuerdo con Austin (2000), a nivel internacional los intentos realizados hasta el momento sobre prevención de trastornos alimentarios pueden considerarse como "una primera generación" que más allá de representar programas improvisados poco exitosos basados en la literatura disponible, no cabe duda que proporcionan información fundamental para refinar el trabajo subsecuente.

Esta primera generación de prevención de trastornos alimentarios se ha basado principalmente en un componente psicoeducativo como lo hacían los primeros intentos de prevención de abuso de drogas, el problema es que precisamente los resultados en esta línea sugieren que la información por sí sola no produce cambios (Moskowitz, 1989).

El método tradicional de enseñanza, psicoeducativo, tiene sus orígenes en la pedagogía impositiva, data de la escolástica de la Edad Media, cuando los libros eran escasos y caros, y la palabra del maestro era la única fuente del conocimiento. En este método, lo principal es cuidar la exposición en su lógica, claridad y riqueza. Tiene ciertas ventajas para el estudiante: en un mínimo de tiempo recibe un máximo de información, seleccionada y tratada por un experto. El método tradicional de enseñanza, está centrado en la actividad del profesor, predominan las instrucciones verbales, se aprende con base en cuestionarios, lecturas orales, preguntas individuales, y el alumno es considerado un receptor pasivo (Gobierno del Estado de Jalisco, s. f.).

Además del componente psicoeducativo, estas intervenciones (menos de dos docenas, publicadas hasta el año 2000) tienen en común el escenario, la escuela, algunos se han institucionalizado y han durado por años (Gresko & Rosenvinge, 1998; Piran, 1999, citados por Austin, 2000), y alguno ha involucrado a la comunidad (Ruiz-Lázaro & Cornet, 2003). El escenario no ha influido en el fracaso de las intervenciones, han sido otros los elementos, además del componente psicoeducativo, deben

añadirse la población a la que han sido dirigidas, y la falta de un modelo etiológico de trastornos alimentarios (Stice et al., 2000; 2001).

Para Stice et al. (2000) una de las principales fallas de esta primera generación tiene que ver con el tipo de prevención que se ha realizado, primaria básicamente, dirigida a la población en general, programas de prevención de otros problemas de salud mental sugieren que los máximos efectos de prevención ocurren cuando ésta es dirigida a personas en riesgo, refiriéndose a un tipo de prevención secundaria.

Este argumento, sin embargo, no tiene por qué "alejarnos" de la prevención primaria. Ésta por supuesto no tiene que estar guiada por discusiones sobre los síntomas de la enfermedad ya que están probados sus efectos iatrógenicos (Carter et al., 1997; Mann et al., 1997, citados por Stice et al., 2000), debe ser dirigida a edades más jóvenes porque se han detectado la presencia de factores de riesgo en edad pre-escolar y escolar (Gómez Peresmitré et al., 2001). Un elemento fundamental en la prevención primaria debe ser no sólo los instrumentos y la forma de evaluación, además debe considerarse los tiempos de la misma, dado que los efectos de la prevención se observan en el largo plazo.

No es únicamente la falta de un modelo etiológico de trastornos alimentarios, añádase la ausencia de congruencia entre el discurso etiológico y la práctica de la prevención. Esta primera generación de intervenciones han propuesto explicaciones etiológicas que sugieren el uso de estrategias proactivas y no obstante, éstas han sido reactivas. Austin (2000) señala que mientras el contenido de muchas de las intervenciones se relaciona de alguna forma a dimensiones socioculturales de trastornos alimentarios, los investigadores se dirigen a estos factores a través del trabajo casi exclusivo a nivel individual, utilizando estrategias de prevención primaria reactiva para entrenar a los participantes en la evaluación crítica de los medios y promover la resiliencia psicológica a la presión para el control de peso. La intervención de esta forma excluye los esfuerzos de cambio medioambiental, entrenando a los chicos a adaptarse a un ambiente nocivo. Algunos críticos de la promoción de la salud han argumentado que motivar sin restricciones el cambio a nivel individual mientras se abandona el trabajo con los ambientes tóxicos, es considerado poco ético (Hess, 1985; Becker, 1986; Sallis, 1993, citados en Austin, 2000).



#### 4.4 Nuevas perspectivas

Stice et al. (2001) proponen una serie de consideraciones generales que podrían ser tomadas en cuenta para la realización de las investigaciones subsecuentes en prevención:

1. Ser dirigidas a una población en riesgo (prevención secundaria). Con el propósito de lograr la máxima efectividad de los programas.
2. Considerar métodos alternativos al tradicional. El formato debe estar basado en técnicas alternativas que logren el cambio actitudinal.
3. Ser sustentadas por antecedentes teóricos fuertes que se encuentren articulados en un modelo etiológico.

Por otro lado, Austin (2000) propone que no es el tipo de prevención secundaria a lo que "se debe apostar" como primera opción en la prevención de trastornos alimentarios, este autor sugiere la necesidad del desarrollo de estrategias proactivas (la eliminación de los agentes causales) y la creación y validación de instrumentos de medición ecológica (bajo el supuesto de que existen medioambientes que propician el desarrollo de los trastornos). Sin embargo, ¿no es la prevención proactiva una tarea casi imposible de llevar a cabo? ¿es posible competir contra las grandes industrias de productos para adelgazar y que se encuentran cobijados por los medios? ¿se pueden eliminar las imágenes casi anorécticas proyectadas en los medios y que les hacen ganar miles de pesos?

Algunos investigadores en Estados Unidos (Irving, 2000; Levine & Smolak, 1998) y otros en México (Bustos, 1998) han propuesto la evaluación crítica de los medios, sin embargo, ésta sigue representando un nivel de prevención reactiva, ha sido demostrado, además, no ser efectiva en la disminución de factores de riesgo, ya que los adolescentes se muestran más críticos ante las imágenes proyectadas, pero no disminuye el grado de insatisfacción y ansiedad por la apariencia física (Irving, 2000).

Coincido con Irving (2000) en el sentido que la evaluación crítica de los medios es un buen ejercicio, pero no es lo más importante, el activismo en los medios es una forma

de crear una cultura que promueva la aceptación de uno mismo y la diversidad en general y prevenir que los niños y mujeres en general se sientan avergonzadas de sus cuerpos. El activismo en los medios implica que los miembros de la comunidad levanten su voz contra aquello que se muestra en los medios, de tal forma que se influya en el contenido de éstos.

Esta actividad representa una forma de empoderamiento para la salud; en el sentido en que la OMS (1996) lo define como un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades (p. 16). Enseguida, se hace una revisión de otras nuevas líneas de acción que deben ser consideradas para futuras investigaciones en el área de prevención de trastornos alimentarios.

#### *4.4.1 Prevención y Psicología Positiva*

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), así como Steck, Abrams y Phelps (2004) proponen aplicar los principios de la psicología positiva a la prevención de trastornos alimentarios. El argumento principal de estos autores es la búsqueda de factores protectores y las fuerzas de los individuos y sistemas más que en la focalización en la patología y en los factores de riesgo de la enfermedad.

Como varios investigadores lo han señalado poner énfasis en los factores de riesgo y en la patología ha fallado en la prevención de tales dificultades. Lo que proponen estos autores va más allá de una simple ausencia de factores de riesgo. Los tres principios o pilares de la psicología positiva son el bienestar subjetivo, rasgos individuales positivos e instituciones positivas.

Con respecto al bienestar subjetivo y a los rasgos positivos individuales, se ha encontrado que las áreas del autoconcepto tienen correlaciones negativas con la ocurrencia reportada de conductas bulímicas. Resultados del análisis de trayectorias, sugieren que el incremento del sentido del poder personal de la adolescente, añadido al reconocimiento de atributos positivos de la propia apariencia física,

provocan menor interiorización del ideal corporal delgado, la cual de hecho reduce conductas alimentarias de riesgo (Steck, Abrams, & Phelps, 2004).

Por otro lado, Phelps, Dempsey, Sapia y Nelson (1999<sup>a</sup>, cit. Por Steck, Abrams, & Phelps, 2004) desarrollaron un programa de prevención escolar de seis sesiones, pretendiendo unir la resiliencia y los factores de riesgo, teniendo alta compatibilidad con el paradigma de la psicología positiva. Las sesiones incluyeron discusiones sobre resolución de problemas, ejercicios de cooperación y la participación activa de los estudiantes. Los objetivos del tratamiento fueron la reducción de la interiorización de las influencias culturales, incrementar la autoestima física, mejora en la competencia personal, reducción en la insatisfacción corporal y la adopción de métodos apropiados para el control de peso. La primera sesión intentó reducir la interiorización de las presiones socioculturales, a través de ilustraciones y la discusión acerca de los actuales mensajes sociales que igualan la delgadez con la belleza, y el papel de los medios, los pares y la familia en la propagación de mensajes de control de peso. La segunda sesión fue diseñada para incrementar la autoestima física a través de la retroalimentación directa de los atributos físicos positivos y el involucramiento para la mejoría de la salud y fuerza física. La tercera sesión trata de promover la competencia personal a través del desarrollo del locus de control interno, una discusión de la importancia de la autodeterminación y el aprendizaje de mejores habilidades de afrontamiento. La cuarta sesión estuvo dirigida hacia la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal a partir de la ilustración del peso natural y la ganancia de grasa durante la pubertad y la descripción visual los puntos normativos de referencia natural para forma y talla. Esta sesión fue complementada con el señalamiento de que las modelos se encuentran por debajo de un 15% de su peso esperado, el cual es un criterio para el diagnóstico de anorexia. La sesión cinco fue pensada para explorar métodos apropiados de control de peso a través de la visualización de las consecuencias negativas de la dieta restringida y otras técnicas de reducción de peso seguidas de una provisión de información adecuada de métodos de modificación de peso. Finalmente, la sexta sesión consistió en una sesión de preguntas y respuestas con una persona que se ha recuperado de un trastorno alimentario.

Los resultados indicaron que el programa fue efectivo en el mejoramiento de algunos factores de riesgo, en las muestras de secundaria y preparatoria. Cuando se implementó en una muestra universitaria, los resultados mostraron que el programa fue útil en reducir, las actuales y futuras intenciones para usar métodos inapropiados de control de peso. En promedio, este programa preventivo redujo factores de riesgo e incremento factores protectores como la autoestima física y la competencia personal.

El trabajo de Phelps et al. (1999<sup>a</sup>) no confió en las presentaciones didácticas de información, sino que incorporaron lecciones interactivas, positivas que incluyeron la participación activa de los estudiantes.

Dentro del protocolo de las instituciones positivas, las familias y la escuela son componentes esenciales para el desarrollo y crecimiento del adolescente. Con respecto a éstas, se ha encontrado que aquellos compañeros de escuela que ponen menor énfasis en la apariencia física y más estrés en el éxito académico provee un medio social protector con respecto a los desórdenes alimentarios. También se ha observado que los deportes focalizados en el atletismo más que en la figura o en la talla, funciona como otro factor que protege a la adolescente, así como a participación en actividades extraescolares, como algunas funciones relacionadas con la iglesia (Steck, Abrams, & Phelps, 2004).

En relación a este pilar de la psicología positiva, se llevó a cabo una investigación, cuyo programa fue diseñado para crear positiva y activamente, normas y esquemas más saludables dentro de las mismas chicas y en el ambiente del salón de clases. Para tal efecto, se involucró a los maestros como facilitadores secundarios con el propósito de modificar activamente la ecología escolar. La participación en el programa resultó en un patrón alimentario más regular (por ejemplo tres comidas bien balanceadas durante el día) (Neumark-Sztainer, Story, Faibisch, Ohlson, & Adamiak, 1999, cit. Por Steck, Abrams, & Phelps, 2004).

Al igual que algunos ambientes escolares resultan protectores para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, algunos dinámicas familiares positivas también

lo son, como los modelos positivos de resolución de conflictos, diálogo abierto y los esfuerzos por fomentar la autonomía en los hijos.

#### 4.4.2 La prevención dirigida

Otra de las perspectivas más recientes, señalan la necesidad de implementar programas integrados de prevención de trastornos alimentarios y obesidad, que puedan clasificar a los participantes dentro de categorías de riesgo y así proveer la intervención apropiada y adaptada a cada nivel de riesgo (Taylor, Cameron, Newman, & Junge, 2002). Esta tarea requiere mensajes distintos y separados para los diferentes tipos de riesgo, así como mensajes generales para estudiantes que posean mínimo riesgo. Por ejemplo, adolescentes con peso normal pero con mucha preocupación por el peso y la figura corporal, puede necesitar un programa que enfatice la aceptación del peso corporal así como la actividad física moderada y saludable. Para estudiantes que tienen sobrepeso o riesgo de padecerlo, un programa que enfatiza la pérdida o el mantenimiento de peso es probablemente más apropiado.

Precisamente, Luce et al. (2005) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue investigar la factibilidad de un programa dirigido de acuerdo con la retroalimentación del estudiante con información de su nivel de riesgo. Para tal propósito, se trabajó con una muestra de 174 estudiantes de preparatoria, mujeres de California. Antes de iniciar con los programas, las participantes completaron una evaluación en Internet sobre intereses de peso y forma corporales, e ingresaron su peso y talla. Utilizando esta información de autoreporte un algoritmo de computadora, clasificó a los participantes en uno de cuatro grupos de riesgo: sin riesgo de trastorno alimentario o sobrepeso (SR); alto riesgo de trastorno alimentario / sin riesgo de sobrepeso (RTA); sin riesgo de trastorno alimentario / alto riesgo de sobrepeso (RS); y alto riesgo para desorden alimentario y sobrepeso (RTAS). Como parte de un curriculum saludable, todos los participantes completaron el Programa Universal Dirigido a la Salud. El grupo RTA fue invitado a participar en la intervención dirigida a imagen corporal (IC), al grupo RS se le invitó a participar en el programa

dirigido al mantenimiento de peso (MP), mientras que al grupo RTAS la invitación se extendió a ambas intervenciones (IC y MP).

**Programa Universal Dirigido a la Salud.** Este curriculum fue completado por todos los participantes. Este programa incluye lecturas didácticas y asignación de tareas sobre alimentación saludable, actividad física, intereses sobre la apariencia física y las características de los desórdenes alimentarios, los participantes también se involucraron en una discusión grupal en línea sobre estos temas.

**Programa dirigido a Imagen Corporal (IC).** Diseñado para ayudar a las mujeres con alta preocupación por el peso y la forma corporales, disminuyendo estos intereses y reduciendo el riesgo para un trastorno alimentario. Los participantes se involucraron en una discusión grupal en línea sobre estos temas.

**Programa de Mantenimiento de Peso (MP).** Las estudiantes de este grupo fueron invitadas a participar en este programa fuera de clase, después de completar el programa general dirigido a la salud. Los participantes se involucraron en una discusión grupal en línea sobre mantenimiento de peso.

**Programa combinado IC y MP.** Teóricamente, los participantes que fueron elegidos para ambos programas completaron ambos protocolos, además de participar en el programa general dirigido a la salud. El objetivo de esta combinación es involucrarlas en prácticas dietarias y actividades físicas saludables mientras se previene el incremento de factores de riesgo de trastornos alimentarios.

Con base en el peso, la estatura y la evaluación sobre los intereses en el peso y la figura corporal autoreportados, las siguientes recomendaciones y retro alimentación fueron dadas a las participantes del estudio:

Grupo sin riesgo (SR): a estas mujeres se les dijo que sus respuestas indicaron que sus intereses sobre la imagen corporal y su peso se encuentran dentro de un rango normal. Después de recibir esta información se les proporcionó una descripción a grandes rasgos del programa general dirigido a la salud.

Grupo con riesgo de trastorno alimentario (RTA). A estas estudiantes se les dijo que estaban muy preocupadas por su imagen corporal aunque su peso estaba en una categoría saludable, además de decirles que tenían alto riesgo de sufrir un desorden alimentario. Finalmente, se le proporcionó una descripción de los programas de IC y general de salud y la opción de participar en el primero de ellos (IC).

Grupo con riesgo de sobrepeso (RS). A este grupo se le informó que sus pesos corporales estaban dentro de un rango de sobrepeso, de acuerdo con las normas oficiales, además de informarles sobre el programa de mantenimiento de peso que podían recibir en horario fuera de clase, si ellas deseaban recibirlo.

Grupo combinado (RTAS). Se le retro alimentó sobre el estado de su peso e imagen corporal, invitándoles a participar en los programas de IC y al dirigido a la salud en general.

Los hallazgos de este estudio demostraron que es factible utilizar el tamizaje en línea para clasificar a todos los estudiantes dentro de una población definida de acuerdo a su nivel de riesgo de sufrir sobrepeso y trastorno alimentario, ofrecer intervenciones dirigidas basadas en el estado del riesgo e interés. Luce et al. proponen que es necesario proveer a los participantes la posibilidad de elegir la intervención. Las estudiantes que aceptaron participar en el programa de imagen corporal mostraron una disminución significativa en la preocupación por el peso y la forma corporal. Estos resultados son congruentes con la evidencia de que los participantes con alta motivación son contaminados por aquéllos con baja motivación para participar en los programas (Abascal, Brown, & Winzelberg., 2004).

#### *4.4.3 La participación de los maestros en la prevención*

La propuesta principal de los investigadores italianos Favaro, Zanetti, Huon y Santonastaso (2005), es involucrar a los maestros en la puesta en marcha de los programas preventivos de trastornos alimentarios. En una investigación previa de Santonastoso et al. (1999), el programa fue conducido por profesionales expertos en trastornos alimentarios. Tal aproximación es probablemente muy difícil de implementar a larga escala, debido a que es muy costoso, una opción viable

pueden ser los maestros y orientadores que son los más adecuados para la intervención preventiva si es que esta puede ser integrada en el curriculum escolar normal.

La investigación del 2005 de Favaro et al. tuvo como objetivo evaluar la efectividad en un año de seguimiento de una intervención preventiva de desórdenes alimentarios implementada por maestros específicamente entrenados, por un grupo de psicólogos y psiquiatras expertos en la materia. El entrenamiento proporcionó información sobre la salud y desarrollo adolescente, la naturaleza, las características clínicas y factores de riesgo de trastornos alimentarios, y una reflexión crítica sobre su prevención. Los maestros también recibieron entrenamiento en la conducción de grupos y en la utilización del conocimiento del propio estudiante en la discusión.

Los maestros condujeron el programa con clases a los que no enseñaban, con el propósito de que las estudiantes no creyeran que su participación estaba sujeta a evaluación. El programa consistió de seis sesiones semanales de dos horas.

### **Contenido de los programas**

**Primera sesión.** Esencialmente, la primera sesión giró alrededor de la adolescencia, la relación entre los adolescentes y su familia, y sus pares, así como la relación de las adolescentes mismas con su cuerpo.

**Segunda sesión.** Una sesión especial fue desarrollada para discutir la forma corporal durante la adolescencia, con descripciones del estado normal y procesos de desarrollo, que se mueven desde los cambios morfológicos a una perspectiva más cognoscitiva de la imagen corporal. Se discutieron conceptos como figura y cuerpo ideal, insatisfacción y aceptación corporal.

**Tercera sesión.** Para facilitar el desarrollo de habilidades para hacer frente a la presión de los medios de comunicación para ser delgada e involucrarse en la restricción alimentaria excesiva, la tercera sesión se focalizó en la presión para ser delgada, los diferentes métodos de pérdida de peso, las ventajas y desventajas de diferentes tipos



de dieta, los efectos sobre el desarrollo normal, las razones del fallo del exceso de dieta y su relación con la aparición de trastornos alimentarios.

**Cuarta sesión.** Esta fue acerca de los trastornos alimentarios, sus criterios diagnósticos, factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, características clínicas y psicológicas, y tratamientos.

**Quinta sesión.** A las chicas se les pidió que sugirieran formas de prevención de estos desórdenes, además de proporcionarles información sobre los diferentes tipos y objetivos de la prevención, sus diferentes estrategias, grupos dirigidos y métodos.

**Sexta sesión.** La sesión final se centró en los medios y su impacto sobre nuestras creencias de la belleza, delgadez, salud y bienestar. Especial cuidado se tomó en ayudar a las niñas a distinguir entre el mito y el hecho, con la intención de involucrar a las chicas en una posición más crítica de los mensajes transmitidos en los medios.

La evaluación inicial indicó una prevalencia de .7% de anorexia y 2.1% de bulimia. Los hallazgos tras un año de seguimiento indicaron que ningún caso de bulimia se presentó entre las chicas que recibieron intervención, contra tres casos del grupo control. Considerando el espectro de trastornos alimentarios, hubo un 5.3% de nuevos casos en el grupo preventivo, y 11% en el grupo control, resultando significativas las diferencias. Comparado con el grupo control, el grupo con prevención manifestó menos dieta restrictiva y menos importancia de la imagen corporal en la autoestima. Los resultados del estudio de Favaro et al., (2005) les permitió concluir que la prevención puede ser implementada exitosamente por maestros, previamente entrenados por expertos en la materia.

#### *4.4.4 La prevención específica a grupos etarios*

El INSALUD de España (2005) señala que el abordaje preventivo de los TCA puede ser integrado en el esquema asumido por las ciencias de la salud, de acuerdo con los siguientes niveles:

TABLA 4. 1 TIPOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD		
NIVEL DE PREVENCIÓN	OBJETIVOS	METODO
PRIMARIA	Reducir la incidencia del trastorno (prevenir la aparición de nuevos casos).	Actuar sobre vulnerabilidad y los factores de riesgo.
SECUNDARIA	Reducir la prevalencia (acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento).	Detección precoz. Tratamiento precoz.
TERCIARIA	Reducir las consecuencias del trastorno	Evitar la aparición de complicaciones. Tratamiento adecuado de las complicaciones.

Fuente: INSALUD, 2005

Según el grupo de trabajo del INSALUD, los esfuerzos realizados en prevención primaria deben dirigirse y especificarse a diferentes grupos de edad y población en riesgo, como base de actuación:

- ✓ Tener en cuenta los factores del desarrollo a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
- ✓ Al igual que las propuestas de Stice et al. (2000) y Austin (2000): utilizar estrategias que impliquen algo más que mera información, promoviendo prácticas de alimentación saludables y hábitos físico adecuados.

Siguiendo con su propuesta, a los **niños** se les debe:

- ✓ Enseñar a aceptar un amplio rango de siluetas corporales.
- ✓ Guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendentes al éxito sin basarse en su imagen corporal.
- ✓ Enseñar alimentación saludable y hábitos de ejercicio, enfatizando los efectos negativos de las dietas.

- ✓ Enseñar modos de resistir bromas sobre su peso o las presiones para ponerse a dieta.
- ✓ Informar sobre los distintos aspectos del desarrollo, para aliviar ansiedades sobre la pubertad y enfatizando que la ganancia de peso es necesaria y normal en el desarrollo.

**En la adolescencia temprana, entre los 11 y los 13 años**, la mayoría de las chicas están insatisfechas con sus cuerpos y quieren adelgazar. Surgen actitudes y conductas alimentarias no saludables que van a ir aumentando, por lo que este periodo es crítico para la prevención.

Se debe trabajar sobre el desarrollo puberal. La maduración temprana es un factor de riesgo provocando mayor insatisfacción con el peso y el incremento de la independencia, y se puede actuar sobre los siguientes puntos:

- ✓ Los padres y sus hijos necesitan comprender y aceptar el aumento de la necesidad de independencia.
- ✓ Informar sobre los cambios de la pubertad, incremento de la grasa corporal como algo normal y sobre los componentes psicosociales (relaciones con los chicos, problemas con los padres).
- ✓ Aprender a afrontar las burlas de los otros con entrenamiento asertivo.
- ✓ Relajación para regular emociones.
- ✓ Educar sobre conductas inadecuadas para afrontar las emociones, incluyendo el uso de comida, drogas y alcohol.
- ✓ Entrenar las habilidades de manejo del tiempo, para resistir presiones académicas.

**En la adolescencia media, entre los 14 y los 16 años**, existe más evidencia sobre dietas, vómitos provocados, uso de laxantes y diuréticos, atracones, sentimientos de sobrepeso e insatisfacción con la imagen corporal, que precisan intervenciones preventivas seleccionando a la población de mayor riesgo. Son importantes los déficit de autoestima, los problemas de autocontrol y la regulación emocional. También la elección de estudios y carrera, y el surgimiento del ideal de "supermujer".

Las estrategias deben atender a la alimentación, la auto regulación y las relaciones con los iguales utilizando:

- ✓ Estrategias cognoscitivo conductuales para el manejo de emociones, ayudando a establecer conexiones entre emociones y uso de alimentos o sustancias para evaluar alternativas saludables en el manejo del afecto negativo.
- ✓ Cuestionar y discutir los valores personales, con ejercicios que faciliten una auto valoración diferente al éxito académico o profesional.
- ✓ Las imágenes de mujeres de medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino. Se pueden usar ejercicios, fotos , dibujos o simular pasarelas para mejorar la imagen corporal.
- ✓ Discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos.

**En la adolescencia tardía, de 17 a 20 años**, las áreas a trabajar son:

- ✓ Aumento en la independencia y de las relaciones de grupo, son importantes las burlas sobre el peso y más para las que están algo obesas. También aumentan las citas y la importancia del atractivo para el otro sexo.
- ✓ Logro de un sentimiento integrado del "Yo".

**En los jóvenes de 21 a 25 años**, con trastornos alimentarios se suele encontrar excelentes habilidades para desarrollar relaciones que parecen sinceras, pero que realmente están vacías. Las que valoran el éxito intelectual y profesional pero no el ser esposa o ama de casa tienen doble probabilidad de atiborrarse de comida o bien intentar controlar su peso con conductas compensatorias (INSALUD, 2005).

Pueden ser factores de riesgo:

- Cambios frecuentes de relaciones, trabajo o domicilio.
- Vivir en un colegio mayor por la competitividad en los logros o las citas.
- Participar en deportes de competición.

Como estrategias preventivas pueden servir:

- ✓ Educar en grupos centrándose en el crecimiento de las relaciones para evitar el aislamiento.
- ✓ Manejar el estrés generado por los cambios y los diferentes roles.
- ✓ Presentaciones educativas en universidades o similares, sobre el efecto contagioso de las dietas y los atracones, así como enseñar a manejar situaciones cuando se observan estas conductas.
- ✓ Prevenir entre atletas con discusiones sobre factores de alto riesgo, manejo de estrés, y cuidar los comentarios personales sobre tallas por entrenadores, padres o compañeros.

**En los mayores de 25 años**, entre los factores de riesgo, aparte de los ya comentados, como burlas, y bromas sobre la silueta o peso, el estrés por los estudios o trabajo y los problemas familiares, se pueden añadir problemas maritales, muerte del esposo o padres, nacimiento de un hijo, rupturas matrimoniales o temor a envejecer. Las estrategias preventivas se dirigen a:

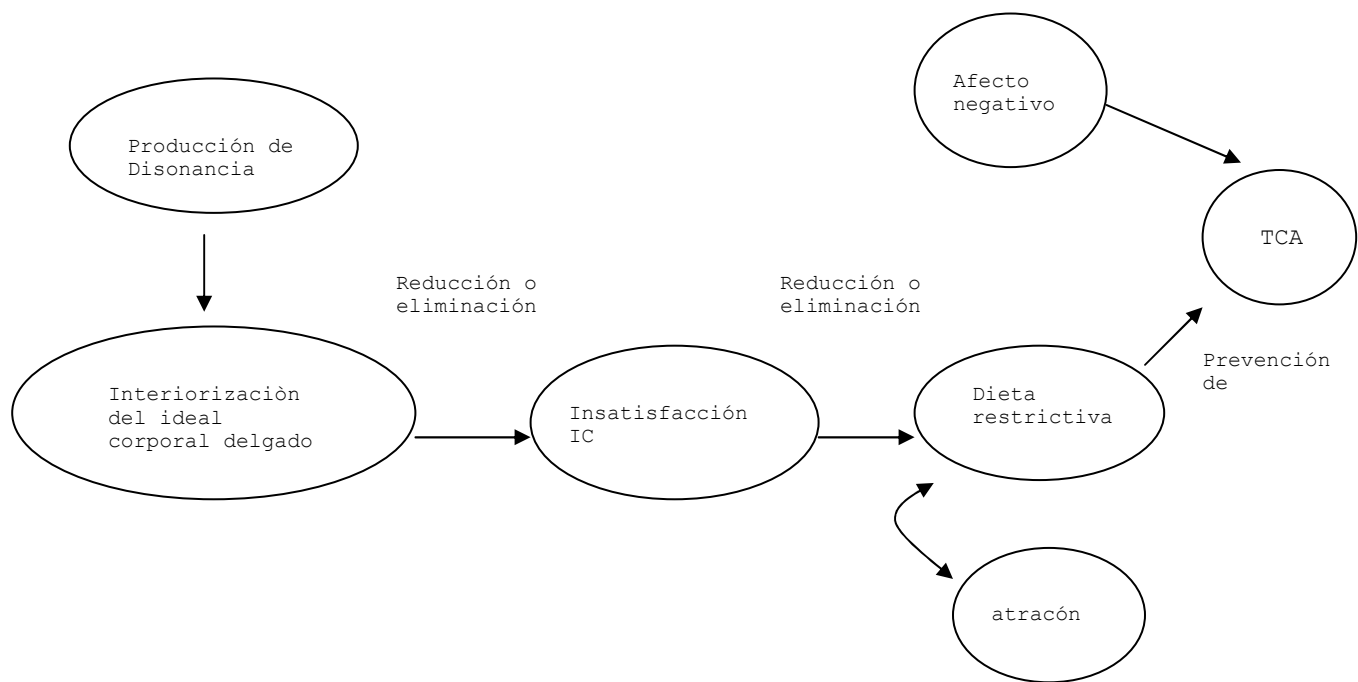
- ✓ Informar sobre los mecanismos de “pesimismo”, como una forma de prejuicio similar al racismo y al sexismo.
- ✓ Crear grupos de mujeres que exploren los efectos de los conflictos del rol femenino sobre la salud (INSALUD, 2005).

#### *4.4.5 Modelo preventivo basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y el Camino Doble*

Sin duda, esta intervención propuesta por Stice y su equipo de investigación surgida a inicios del incipiente siglo XXI, basada en una teoría psicológica clásica de mediados del siglo XX, forma parte de las nuevas y exitosas perspectivas para la prevención de los desórdenes de la conducta alimentaria.

Este modelo preventivo propone que las mujeres, cuyo deseo es una silueta corporal delgada, al adoptar voluntariamente una posición anti – delgadez, ellas se encuentran a si mismas en un conflicto entre su ideal corporal interiorizado (creencia) y los argumentos que ellas generan para contrarrestar la idea de lucir una figura delgada (conducta). Teóricamente, el resultado de la reducción del conflicto, sería la alteración de sus creencias sobre el ideal corporal, lo cual llevaría a la mejoría de la imagen corporal, y consecuentemente, según el modelo del camino doble, a la mejoría de las conductas alimentarias de riesgo (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001) Ver Figura 4. 1.

**FIGURA 4.1 Modelo preventivo de TCA basado en la TDC y el Camino Doble**



El primer estudio realizado por este equipo de investigadores, fue reportado en el año 2000 (Stice, Mazotti, Weibel, & Agras) con la participación de 30 mujeres universitarias, quienes recibieron una intervención disonante de tres sesiones de una hora semanal. Las participantes fueron reclutadas a través de invitaciones en pósters colocados en los dormitorios de la universidad, y a partir de correos electrónicos con invitaciones a las chicas de la residencia.

En la **primera sesión**, se les dijo a las chicas el objetivo del estudio y se recolectó el consentimiento informado. También se les dijo que esta intervención estaba basada en la idea de que la discusión sobre como ayudar a evitar problemas de imagen corporal, puede ayudarlas a ellas a mejorar su propia imagen. Posteriormente, se les

preguntó a los participantes si estaban dispuestas a participar voluntariamente y ayudar a los facilitadores a crear un programa de aceptación corporal para las chicas de preparatoria, a partir de la discusión de las formas de evitar que las adolescentes adopten el ideal corporal delgado. El resto del tiempo de la primera sesión se dedicó a discutir críticamente: (1) el origen del ideal delgado, (2) como es perpetuado este ideal, (3) el impacto de los mensajes sobre el ideal de delgadez, provenientes de la familia, los pares, los novios y los medios, (4) quién se beneficia del ideal corporal.

En **la segunda sesión**, se hizo una revisión de la sesión anterior, que sirvió como base para la discusión sobre los costos de seguir el ideal delgado en la salud y la autoestima del individuo, y en la sociedad. Segundo, se discutió sobre los beneficiarios de la cultura de la dieta, especialmente las grandes corporaciones. Tercero, se realizó un ejercicio de role – play (juego de roles) contra actitudinal, en el cual cada estudiante trató de disuadir al líder del grupo de perseguir el ideal corporal delgado. Finalmente, se invitó a las participantes a escribir un ensayo de una página (contra actitudinal) acerca de los costos asociados con la cultura de la delgadez, y se pidió lo trajeran para la siguiente sesión.

Después de hacer un resumen de la sesión anterior, en **la tercera** se discutió la experiencia de escribir el ensayo y se revisaron los principales puntos generados por cada participante, en formato grupal. Segundo, se habló sobre las mejores formas en que las estudiantes de preparatoria pueden resistirse a la figura ideal, específicamente se discutieron las dificultades que se pueden encontrar para resistir a este ideal y cómo puede ser superado. Las participantes realizaron un role play contra actitudinal para resistir las presiones para alcanzar el ideal delgado. Tercero, a las estudiantes, se les preguntó recomendaciones específicas que puedan ayudar a las adolescentes a aceptar sus cuerpos, y evitar perseguir este ideal. Se aplicaron los instrumentos del posttest. Además de invitarlas a participar en el seguimiento de un mes.



Los resultados indicaron reducción de: ideal corporal delgado, insatisfacción con la imagen corporal, dieta restrictiva, afecto negativo y sintomatología bulímica, permaneciendo estos cambios en el periodo de seguimiento.

En el segundo estudio (Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001), se trabajó con una muestra de 87 mujeres universitarias, que fueron asignadas al azar a una de dos condiciones: 1) programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y 2) programa de control de peso saludable. Cada programa constó de tres sesiones semanales de una hora. Contando con un seguimiento de cuatro semanas. Los hallazgos de la investigación indicaron disminución del ideal corporal delgado, insatisfacción con la imagen corporal, dieta restrictiva, afecto negativo y sintomatología bulímica, al finalizar y en el periodo de seguimiento, en el grupo experimental. Llama la atención, que el grupo con intervención de control de peso saludable también reportó mejorías.

Para el tercer estudio (Stice, Trost, & Chase, 2003), los investigadores trabajaron con 148 estudiantes mujeres de 13 a 20 años, que se asignaron al azar a una de tres condiciones: (1) grupo experimental (disonancia), (2) control (peso saludable), y (3) control en lista de espera. Las intervenciones incluyeron el mismo número de sesiones que la investigación anterior. Las participantes en ambas intervenciones reportaron disminución en el ideal corporal delgado, afecto negativo y sintomatología bulímica, pero no en insatisfacción y dieta restrictiva.

En el 2004, se publicaron los hallazgos de otro estudio preventivo basado en la TDC, a la batuta de otro equipo de investigadores (Matusek, Wendt, & Wiseman) quienes trabajaron con 84 mujeres universitarias, asignadas al azar al grupo experimental, control, y control en lista de espera. Los programas de prevención contaron con una sesión única, a diferencia de los trabajos de Stice et al. que contaron con tres sesiones. Comparando los datos de la línea base con los datos del seguimiento de un mes, las participantes de ambos programas mejoraron imagen corporal, interiorización del ideal corporal delgado y conductas alimentarias.

La revisión literaria del marco teórico del presente reporte de investigación, permitió el planteamiento de objetivos generales, primero, diseñar y someter a estudio piloto dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro en el método tradicional de enseñanza, psicoeducativo, dirigido a mujeres adolescentes. Segundo, comparar la eficacia de los programas preventivos en la disminución de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; y tercero la evaluación de los efectos de los programas tres meses y un año después de culminadas las intervenciones. Estos objetivos guiaron el trabajo práctico del estudio, mismo que se expone en los siguientes capítulos.

## CAPITULO CINCO

PRIMERA FASE DE INVESTIGACIÓN.

PRIMER ESTUDIO PILOTO

### RESUMEN

*El objetivo* de la primera fase de la investigación fue desarrollar, someter a estudio piloto y comparar la eficacia de la primera versión de dos programas de prevención de factores de riesgo en trastornos de la alimentación asociados con conducta alimentaria e imagen corporal dirigidos a la población de mujeres adolescentes. La intervención del primero está enfocado al cambio de actitudes que se apoya en la teoría de la disonancia cognoscitiva, y el segundo, se ajusta a una intervención que busca el cambio de actitudes a través de información psicoeducativa. *Participantes.* Se trabajó con una muestra total N=20 mujeres adolescentes, de escuelas públicas que presentaban seguimiento de dieta restrictiva y alguno de los factores de riesgo relacionados con imagen corporal. La muestra quedó subdividida en n1=11 mujeres expuestas al programa de intervención psicoeducativo ( $\bar{x}$  edad=14.64, S=.67), y n2=9 mujeres expuestas a la intervención de disonancia cognoscitiva ( $\bar{x}$  edad=14.75, s=.72). *Diseño de investigación.* La investigación es de campo, de carácter experimental y longitudinal, con un diseño de grupo experimental y grupo control. *Instrumento.* Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud que permitió detectar los factores de riesgo. *Procedimiento.* Una vez seleccionados los participantes, se estableció una línea base y se asignó al azar a las condiciones experimental y control. Posteriormente, se llevó a cabo la intervención, y se midió los efectos al finalizar ésta. *Resultados.* Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención en las variables de estudio; sin embargo, las chicas que fueron expuestas al programa de intervención de disonancia redujeron significativamente (estadísticamente) sus niveles de seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva después de ésta. Los hallazgos del seguimiento (tres semanas después) sugieren que las adolescentes del programa disonante tienden a mantener niveles favorables sin riesgo en las variables predisponentes.

En el aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios han influido muchos factores, entre ellos estaría la tendencia social actual a realizar dietas, los problemas

existenciales de los adolescentes, y la mayor divulgación de estas patologías a través de los medios de comunicación.

La mayoría de los casos de anorexia se inician entre los 12 y los 18 años. En la bulimia, la edad prevalente de inicio es posterior, entre los 16 y los 25 años. No obstante, el momento de la demanda de tratamiento se demora entre uno y tres años, en promedio.

En Estados Unidos aproximadamente 4% de las mujeres sufre de bulimia nervosa durante la adolescencia (Rand & Kulda, 1992; cit. por Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001), y la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) señala una incidencia de anorexia de 0.5 a 1% para los casos que cumplen con todos los criterios. En nuestro país a pesar de que no se cuentan con cifras exactas de los trastornos alimentarios, en el Instituto Nacional de Psiquiatría se diagnostican, por mes, un promedio de cuatro casos de bulimia y anorexia (Unikel, 1998). Sin embargo, existen factores de riesgo que facilitan la aparición de trastornos alimentarios.

En una investigación realizada con 4525 mujeres mexicanas de tres diferentes etapas del desarrollo (pre-púberes, púberes y adolescentes), se encontró una alta incidencia de actitud negativa hacia la obesidad en las niñas pre-púberes (8.8 años de edad promedio), las investigadoras reportaron, además que el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal se incrementa con la edad (siendo las adolescentes quienes presentaron el porcentaje más alto, 74%). No obstante, reportaron que un 68% del grupo de pre-púberes estudiadas estaban insatisfechas. En lo que respecta a la variable seguimiento de dieta con propósitos de control de peso se encontró que la mitad de las mujeres de cada grupo etario había llevado a cabo esta conducta (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, & Pineda, 2001).

Estos datos son alarmantes si se considera que las conductas alimentarias anómalas tales como el seguimiento de dietas para bajar de peso, comer entre comidas, ayunar y los vómitos autoinducidos, entre otras, representan serios factores de riesgo para desarrollar desórdenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, 1995; Polivy & Herman,

1985; Hill, 1993). Entre los factores de riesgo asociados con imagen corporal se encuentra la insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

“Salud para todos en el siglo XXI” esta frase lejos de parecer un trillado eslogan político representa uno de los objetivos de la OMS (1986) para los habitantes en el siglo XXI, basta poco decir que este propósito no es fácil de alcanzar cuando de antemano se sabe de múltiples enfermedades que aquejan a este nuevo siglo, así como de los altos costos de los tratamientos. El tratamiento de los trastornos alimentarios en México, además de caro es poco accesible para ciertos sectores de la población sobre todo para los más desprotegidos, basta con observar los elevados costos de los servicios sanitarios en institutos privados que se presentan en el cuadro 1A. Frente a este panorama la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud representan los medios para alcanzar la igualdad en salud para todos.

INSTITUCIÓN	AVALON, CENTRO DE TRATAMIENTO PARA LA MUJER	COSTO
EVALUACIÓN	3 sesiones: Médica Psiquiátrica y Psicológica	\$ 3, 450.00
TRATAMIENTO	42 días con opción a hospitalización  Incluye un 1 año de cuidado continuo	\$ 144, 900
	90 días con opción a hospitalización  Incluye 1 año de cuidado continuo	\$ 310, 500
INSTITUCIÓN	EATING DISORDERS MÉXICO	COSTOS
EVALUACIÓN	3 o 4 sesiones: Médica Psiquiátrica y Nutricia	\$ 4, 600.00
TRATAMIENTO	Terapia individual (Psiquiátrica y Nutricia)  Terapia de grupo Terapia Familiar	\$ 7, 000 a \$ 8, 000 por mes
2003		

Importancia del estudio piloto

Como se menciona en páginas siguientes uno de los objetivos del presente trabajo es someter a estudio piloto un programa de prevención primaria de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro programa psicoeducativo, pero ¿por qué realizar un estudio piloto?

Generalmente se lleva a cabo con un número pequeño de participantes, con el fin de sugerir qué valores específicos deben ser asignados a las variables estudiadas, para ensayar ciertos procedimientos y ver qué tan bien funcionan y, con mayor frecuencia, para conocer qué errores podrían cometerse al efectuar el experimento propiamente dicho y así el experimentador estará preparado para ellos.

Siguiendo la misma línea Matlin (1979) afirma que este tipo de estudio exploratorio utiliza las mismas instrucciones y aparatos que la investigación principal, pero sometiéndose a prueba en un número pequeño de participantes en cada condición. Este mismo autor también señala que se requiere de tiempo extra, tiempo que se podría invertir en la obtención de datos provenientes del experimento principal. La investigación preliminar podría mostrar que los procedimientos se desarrollan uniformemente, en tal caso el investigador puede alegrarse por esta situación pero también lamentarse por invertir tiempo en un estudio previo. Sin embargo, puede ocurrir que el experimento se tome más tiempo del planeado, que los participantes no entiendan las instrucciones o que la variable independiente -en su actual formato- no tiene efecto sobre la variable dependiente. En tales casos se puede corregir el problema antes de comenzar la investigación principal.

Finalmente, un estudio piloto puede ahorrar tiempo y dinero en un largo plazo, ya que se puede evitar correr el procedimiento con docenas de participantes para un estudio que no fue apropiadamente construido. Esta información sustenta la importancia de realizar un estudio piloto en esta primera fase de la investigación.

## 5.1 PLAN DE INVESTIGACIÓN

### 5.1.1 OBJETIVO GENERAL

Someter a estudio piloto dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y otro en el método Psicoeducativo, en una muestra de estudiantes mujeres adolescentes.

### 5.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar dos programas preventivos de trastornos de la conducta alimentaria:
  - 1.1 El primero basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva
  - 1.2 El segundo fundamentado en el método Psicoeducativo
  
2. Someter a estudio piloto los programas de prevención primaria en una muestra de mujeres de secundaria pública con alto riesgo de enfermedad (presencia de seguimiento de dieta mas insatisfacción con la imagen corporal).
  
3. Evaluar la eficacia de los programas en la disminución de factores de riesgo de desórdenes del comer:
  - 3.1 Figura ideal delgada
  - 3.2 Insatisfacción con la imagen corporal
  - 3.3 Conducta alimentaria compulsiva
  - 3.4 Preocupación por el peso y la comida
  - 3.5 Dieta crónica y restrictiva
  
4. Investigar si los resultados obtenidos se mantienen tres semanas después de terminada la aplicación de los protocolos preventivos.

### 5.1.3 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

1. El programa de intervención:



- a) Cambio de actitudes con la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.
- b) Cambio de actitudes con información psicoeducativa.

Variables dependientes:

1. Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
2. Dieta restrictiva.
3. Conducta Alimentaria Compulsiva.
4. Preocupación por el peso corporal y la comida.
5. Deseo de una silueta corporal delgada

VARIABLE INDEPENDIENTE

### 1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Definición conceptual

*Programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.* Consiste en una serie de actividades cuyo objetivo es producir disonancia cognoscitiva en las personas que tienen como ideal corporal la delgadez, de tal forma que se disminuyan o eliminen factores de riesgo de trastornos alimentarios.

*Programa de prevención psicoeducativo de trastornos alimentarios.* Representa un número determinado de sesiones que incluyen la presentación de información sobre la imagen corporal y la aceptación del cuerpo. Utiliza el método tradicional de enseñanza donde un maestro o un facilitador proporcionan la información y el alumno tiene un mínimo de participación.

*Definición operacional*

En la presente investigación, se utilizaron dos tipos de estrategias planificadas con el propósito de reducir el riesgo de trastornos alimentarios.

*Programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.* En la presente investigación este programa involucró una

serie de ejercicios conductuales, verbales y escritos, cuyo propósito era propiciar que las adolescentes tomaran una posición en contra del ideal corporal delgado (disonancia cognoscitiva) y/o menos estricta contra la forma corporal opuesta a dicho ideal (ver Tabla 5.2).

*Programa de prevención psicoeducativo de trastornos alimentarios.* Constó de tres sesiones de una hora y media, que incluyen exactamente la misma información que el programa disonante pero proporcionado a partir del método tradicional de enseñanza, de hecho al ver la Tabla 5.2, la primera impresión es que son muy similares las intervenciones, debido a que incluyen los mismos temas, sin embargo las técnicas utilizadas fueron diferentes, en el programa psicoeducativo, las chicas tuvieron mínima participación, es una forma pasiva de enseñanza -aprendizaje.

#### VARIABLES DEPENDIENTES

##### *1. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.*

###### *Definición conceptual*

Una de las formas de estimar la variable satisfacción/insatisfacción corporal es a través de la distancia que existe entre la realidad e idealidad. Por lo tanto, la satisfacción e insatisfacción se manifiesta en relación con el grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal.

###### *Definición operacional*

La satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal se mide a través de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal.

La insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal.

##### *2. DIETA RESTRICTIVA*

###### *Definición conceptual*

Dieta restrictiva se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (disminuir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993).

#### Definición operacional

Esta variable se mide a través del Factor no. 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998) que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva (ver Anexo A1). Esta escala contiene ocho reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca, hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los ocho reactivos. Puntuaciones altas indican mayor seguimiento de dieta restrictiva.

### *3. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA*

#### Definición conceptual

Son aquellas formas, hábitos y costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se caracterizan por una alimentación desordenada, excesiva y descontrolada, se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurren en los casos clínicos.

#### Definición operacional

Esta variable se mide a través del Factor no. 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998) que mide conducta alimentaria compulsiva (ver Anexo A1). Esta escala contiene 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca, hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los 14 reactivos. Puntuaciones altas indican mayor conducta alimentaria compulsiva.

### *4. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA*

#### *Definición conceptual*

La preocupación por el peso y la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso y a comer "demás", interés por el control de

peso a través de una ingesta alimentaria restrictiva y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo.

#### Definición operacional

Se evalúa a través del Factor 2 de la EFRATA (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998) que mide preocupación por el peso y la comida (ver Anexo A1). Esta escala contiene nueve reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca , hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los nueve reactivos. Puntuaciones altas indican mayor preocupación por el peso.

### *5. DESEO DE UNA SILUETA CORPORAL DELGADA.*

#### *Definición conceptual*

La figura ideal es conceptualizada como aquella silueta o forma corporal que representa el modelo o estereotipo al que aspira una persona. El deseo de una silueta corporal delgada se refiere a la selección de una silueta en la categoría de delgadez como ideal corporal.

#### Definición operacional

Esta variable se mide a través del reactivo del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 2001) que evalúa la elección de Figura ideal en adolescentes ("Me gustaría que mi cuerpo fuera ..."). En este ítem se presentan nueve siluetas corporales que cubren un continuo de peso que va de la categoría de emaciación a obesidad pasando por una silueta normopeso. A la figura más delgada se le asigna el valor de 1 y a la más gruesa el número 9.

## 5.2 MÉTODO

### 5.2.1 MUESTRA TOTAL

La muestra total estuvo formada por una N= 215 mujeres adolescentes estudiantes de tercer grado de secundaria de una escuela pública, cuya media de edad fue de  $\bar{x} = 14.27$  y  $S = .47$ . Es interesante hacer notar que de la muestra total sólo el 25% de las adolescentes se encontraba satisfecha con su imagen corporal, mientras que del 75% restante, 67% estaban insatisfechas porque querían ser más delgadas (insatisfacción positiva), mientras que el ocho por ciento también estaba insatisfecho porque querían estar más llenitas (insatisfacción negativa) ver Figura 5.1.

FIGURA 5. 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PARA LA MUESTRA TOTAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

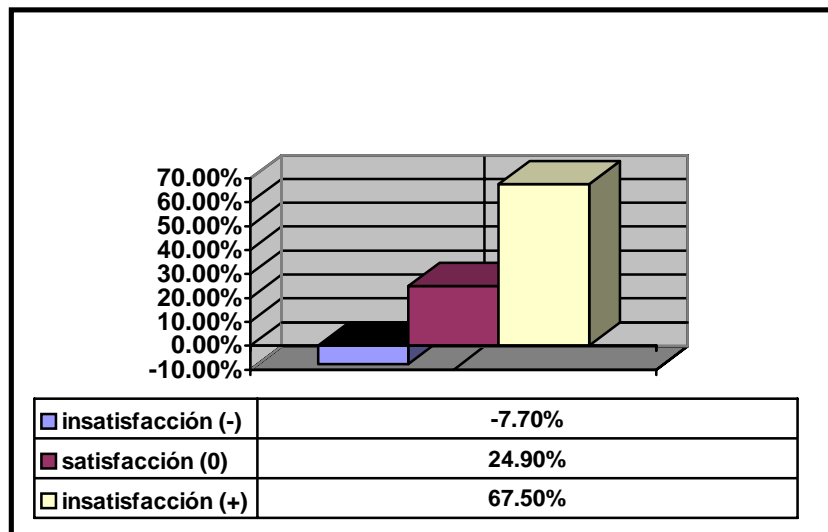
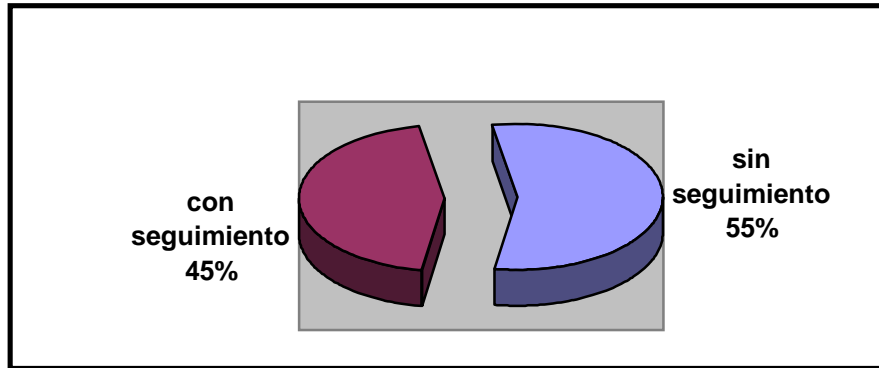


FIGURA 5. 2.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA



#### 5.2.1.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

De acuerdo con la Teoría de Polivy y Herman (1985) la muestra de estudio de alto riesgo se seleccionó con base en la siguiente relación: insatisfacción y seguimiento de dieta restrictiva.

#### 5.2.1.2 MUESTRA DE ESTUDIO (MUESTRA DE ALTO RIESGO)

Del 67% de las adolescentes con insatisfacción positiva, se seleccionaron para tomar la muestra de estudio, a aquellas chicas que también estuvieran haciendo dieta restrictiva. De esta manera, se tomó una muestra de alto riesgo con n=43 adolescentes insatisfechas y con seguimiento de dieta restrictiva (ver Tabla 5.1).

TABLA 5.1.  
 PORCENTAJES DE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL  
 POR SEGUIMIENTO DE DIETA DE LA MUESTRA TOTAL

	Sin seguimiento de dieta	Con seguimiento de dieta
Insatisfacción (+) Quiere ser más delgada	49	43
	40.8%	35.8%

### 5.2.1.3 MUESTREO

La elección de las escuelas y la de los participantes fue intencional. La asignación de los participantes al grupo experimental o control se realizó al azar.

#### *Control de Varia de variables*

Se igualaron los grupos (experimental y control) en las variables: edad, sexo, tipo de escuela, escolaridad y maduración sexual (edad de la menarca), y ubicación de la escuela.

### 5.2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de campo, de carácter experimental y longitudinal, con un diseño de dos grupos, experimental y control, pretest – postest.

### 5.2.3 INSTRUMENTOS

Se aplicó el cuestionario de Alimentación y Salud versión para mujeres adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Este instrumento consta de 12 secciones:

SECCIÓN	ÁREA DE MEDICIÓN
A	Sociodemográfica
B	Conducta Alimentaria y Estrés
C	Elección de figura actual
D	Autoatribución
E	Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
F	Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
G	Elección de Figura Ideal
H	Apoyo social y antecedentes familiares de adicciones
I	Afrontamiento al estrés
J	Percepción de la relación materna
K	Imagen corporal y actitud hacia la obesidad
L	Satisfacción / Insatisfacción con las partes corporales

El cuestionario de Alimentación y Salud tiene un alpha general de .9017. Se aplica grupalmente y su aplicación dura una hora aproximadamente. En todas las escalas los reactivos se calificaron de acuerdo con el siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación, se utilizaron las secciones A, C, E, F y G. La sección A consta de 13 preguntas cerradas de opción múltiple que indagan datos sociodemográficos.

Las secciones C y G contienen cada una una escala visual que está compuesta por 6 siluetas que cubren un continuo de peso, que va de una silueta muy delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras fueron colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario.



La EFRATA, secciones E y F, contiene 7 preguntas cerradas de opción múltiple y 69 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de "nunca" = 1 hasta "siempre" = 5; y de "muy de acuerdo" = 5 hasta "muy en desacuerdo" = 1), mismos que forman 7 factores que explican el 43% de la varianza. La Escala total tiene un alpha de .8876. Para los propósitos de éste trabajo, se utilizarán los factores que miden Preocupación por el peso y la comida (Factor 2) y Dieta crónica y restrictiva (Factor 6) (ver Anexo A1).

#### 5.2.4 PROCEDIMIENTO

1) Se elaboraron los manuales de los programas de intervención (disonancia y educativo, ver ANEXO A2), en su primera versión de tres sesiones semanales cada uno.

2) Se entrenó a mujeres pasantes de psicología para la aplicación del instrumento y de los programas de intervención.

3) Se acudió a las autoridades de una escuela pública del Distrito Federal para solicitar su colaboración en la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.

4) El día de aplicación del instrumento se dijo a las alumnas que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban y que la información que proporcionarían sería confidencial.

5) Se aplicó el instrumento a nivel grupal en horario de clase, por encuestadoras previamente entrenadas.

6) Se seleccionaron a las participantes que tenían conducta alimentaria de riesgo (dieta restrictiva) e insatisfacción con la imagen corporal, y se asignaron al azar a las condiciones (experimental y control).

7) A las chicas del grupo experimental se les produjo disonancia a través de técnicas como role playing o juego de roles, grupos focales y desarrollo de actividades en casa.

8) A las adolescentes del grupo psicoeducativo se les proporcionó la misma información que al grupo de disonancia pero a través del método tradicional de enseñanza.

9) El procedimiento de esta fase de la investigación se ajustó al siguiente diseño:

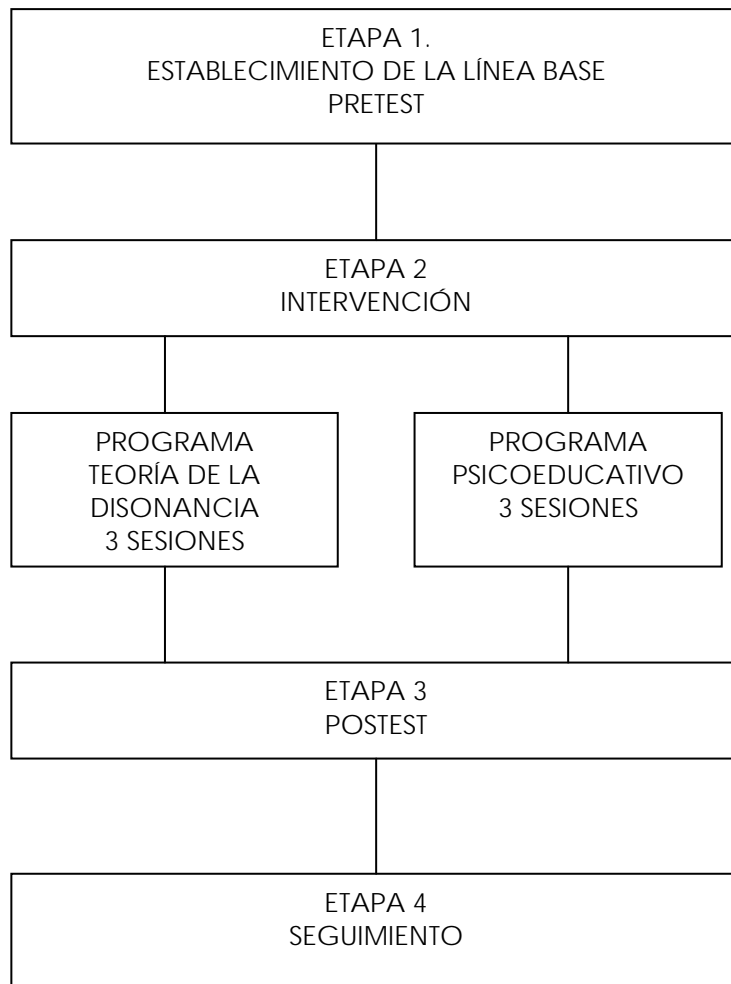


TABLA 5.2 RESUMEN DE OBJETIVOS DE LAS SESIONES DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS.  
PRIMERA VERSIÓN TRES SESIONES

SESIÓN	DISONANCIA COGNOSCITIVA	PSICOEDUCATIVO
PRIMERA	<p>1. FIGURA IDEAL</p> <p>Objetivo. Discutir el origen y los mensajes del ideal corporal delgado y los beneficiarios del mismo</p>	<p>1. FIGURA IDEAL</p> <p>Objetivo. Enseñar a las participantes el origen del ideal corporal delgado y los beneficiarios del mismo</p>
SEGUNDA	<p>2. ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo. Producir disonancia en las participantes a partir de que éstas descubran y representen estrategias (juego de roles) de aceptación de su cuerpo</p>	<p>2. ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo. Que las participantes comprendan el concepto de imagen corporal y sugieran estrategias para aceptar el cuerpo</p>
TERCERA	<p>3. PRESIÓN DE PARES</p> <p>Objetivo. Producir disonancia en las participantes a partir de que sugieran y representen estrategias (juego de roles) para resistir la presión por una silueta delgada</p>	<p>3. PRESIÓN DE PARES</p> <p>Objetivo. Que las participantes identifiquen estrategias para resistir la presión por una silueta delgada</p>

### 5.3 RESULTADOS

#### 5.3.1 MUESTRAS EXPERIMENTALES

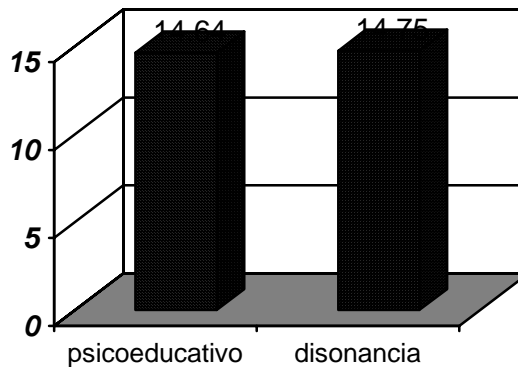
Las adolescentes de la muestra de alto riesgo (n=43) se asignaron al azar a una de dos condiciones: grupo experimental (disonancia cognoscitiva) y grupo control (psicoeducativo). El grupo experimental quedo formado por (n=21) y el grupo control (n=22).

##### 5.3.1.1 PRUEBA DE IGUALDAD ORIGINAL DE LAS MUESTRAS DE ESTUDIO

✓ *Edad*

El promedio de edad para las chicas del grupo control psicoeducativo fue de  $\bar{x}=14.64$  años ( $s=.67$ ); mientras que, para las adolescentes del grupo experimental disonancia cognoscitiva la media fue de  $\bar{x}=14.75$  ( $s=.71$ ) (ver Figura 5. 3).

FIGURA 5. 3  
MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE EDAD POR CONDICIÓN  
EXPERIMENTAL



Gpo. control psicoeducativo	$\bar{x}=14.64$ , S= .67
Gpo. exp. Disonancia	$\bar{x}=14.75$ , S=.72

✓ ¿Trabajas?

Como se puede observar en la Tabla 5.3, la mayoría de las chicas de ambos tipos de intervención reportó no trabajar; sin embargo, un 15% del grupo control educativo y un 14 % del grupo experimental disonancia si trabajaban.

TABLA 5.3  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ¿TRABAJAS? POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		Intervención		Total
		Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	
¿Trabajas?	Si	15.0%	13.6%	14.3%
	No	85.0%	86.4%	85.7%
<b>Total</b>		100.0%	100.0%	100.0%

¿Con quién vives?

Como se observa en la Tabla 5.4, la mayoría de las adolescentes de ambos grupos, vive con su familia completa, sin embargo, más chicas del grupo control psicoeducativo viven sólo con su papá o mamá (30% vs. 13%).

TABLA 5.4.  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ¿CON QUIÉN VIVES...?.. POR  
CONDICIÓN EXPERIMENTAL

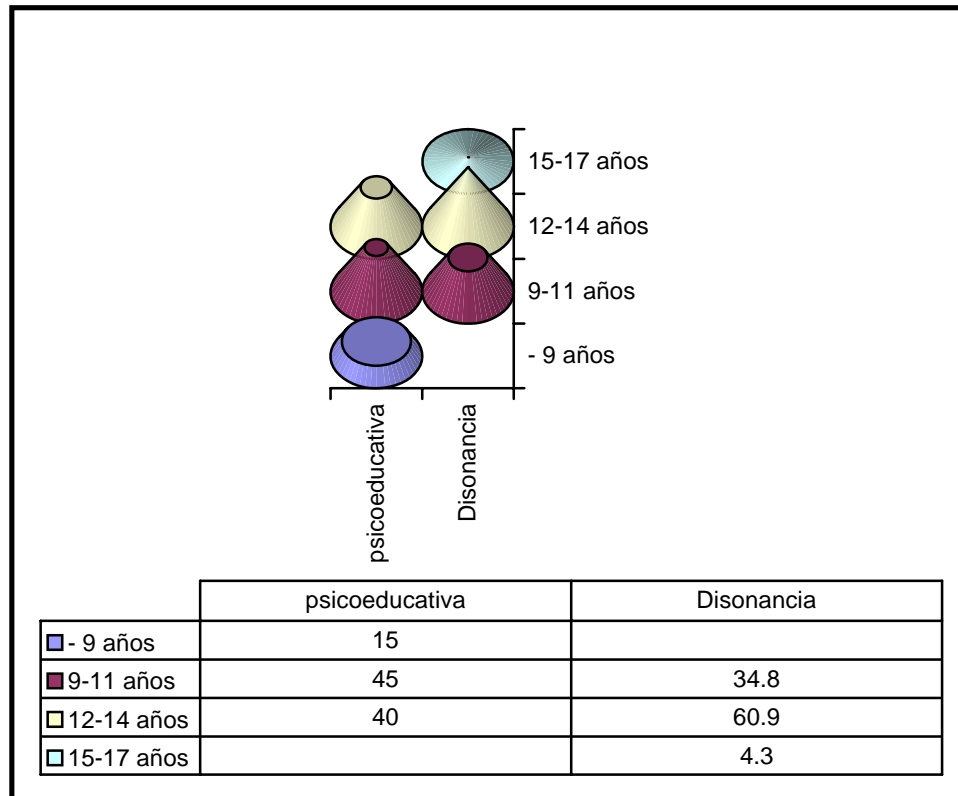
	Intervención		Total
	Psicoeducativa	Disonancia cognoscitiva	
<b>Familia</b>	70.0%	87.0%	79.1%
<b>Padre/ Madre</b>	30.0%	13.0%	18.6%
	100.0%	100.0%	100.0%

U de Mann = 37.00, p=.370

✓ *Maduración sexual*

Cuando se preguntó a las adolescentes a qué edad habían presentado su primera menstruación, la mayoría de las chicas del grupo experimental disonancia la presentó de los 12 a los 14 años (61%); mientras que el mayor porcentaje (45%) de las chicas del otro grupo la presentó de los 9 a los 11 años. Es interesante hacer notar que hubo un 15% de las chicas del programa control psicoeducativo que presentó la primera menstruación antes de los 9 años contra 0% del otro grupo (ver Figura 4). Los resultados de la prueba U de Mann indicaron que no se produjeron diferencias significativas en esta variable por condición experimental (U=33.00, p=230).

FIGURA 5.4  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD DE LA PRIMERA  
MENSTRUACIÓN POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL

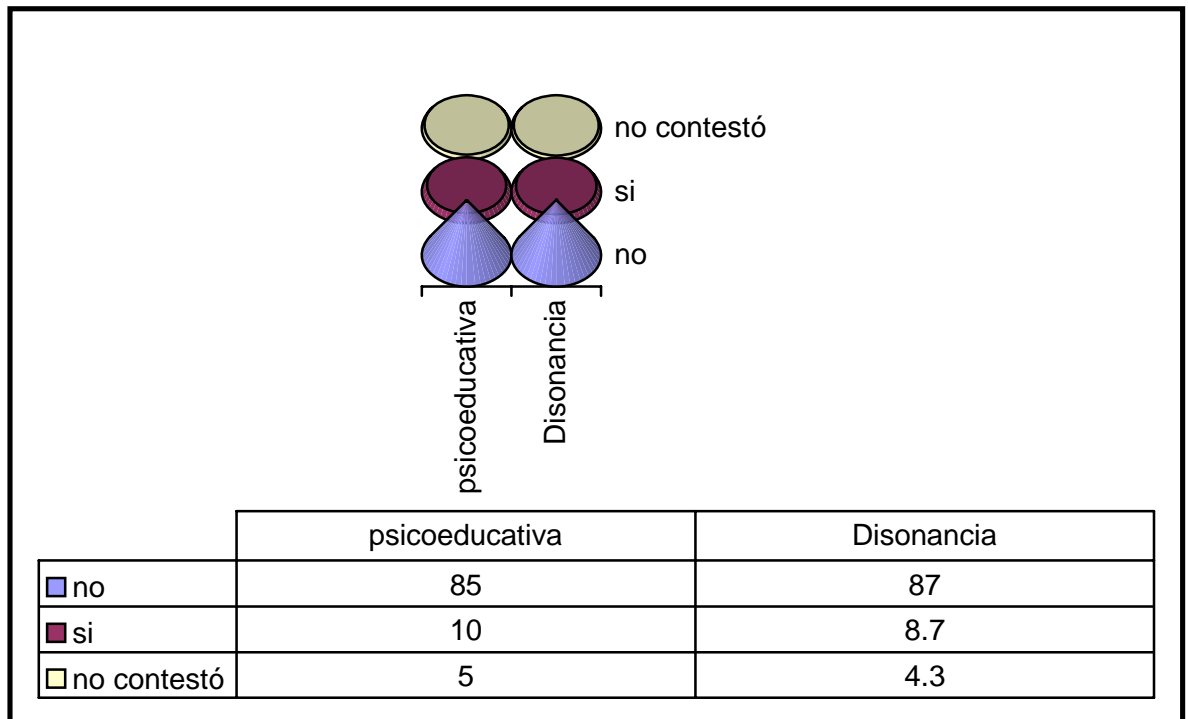


✓ *Vida sexual*

Como se observa en la Figura 5.5, la mayoría de las chicas de ambos grupos reportó no haber iniciado su vida sexual (85% y 87%). Es interesante hacer notar que (a pesar de su corta edad) un 10% del grupo control educativo y un 9% del grupo de disonancia reportaron ya haber iniciado su vida sexual.



FIGURA 5.5  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INICIO DE LA VIDA SEXUAL POR  
CONDICIÓN EXPERIMENTAL



### 5.3.2 MUERTE EXPERIMENTAL

Es importante hacer notar que al finalizar la intervención sólo se trabajó con una  $n1=11$  (intervención psicoeducativa), y  $n2=9$  (intervención disonancia), es decir se presentó una muerte experimental de 11 participantes para el primer grupo, y 12 participantes para el segundo grupo.

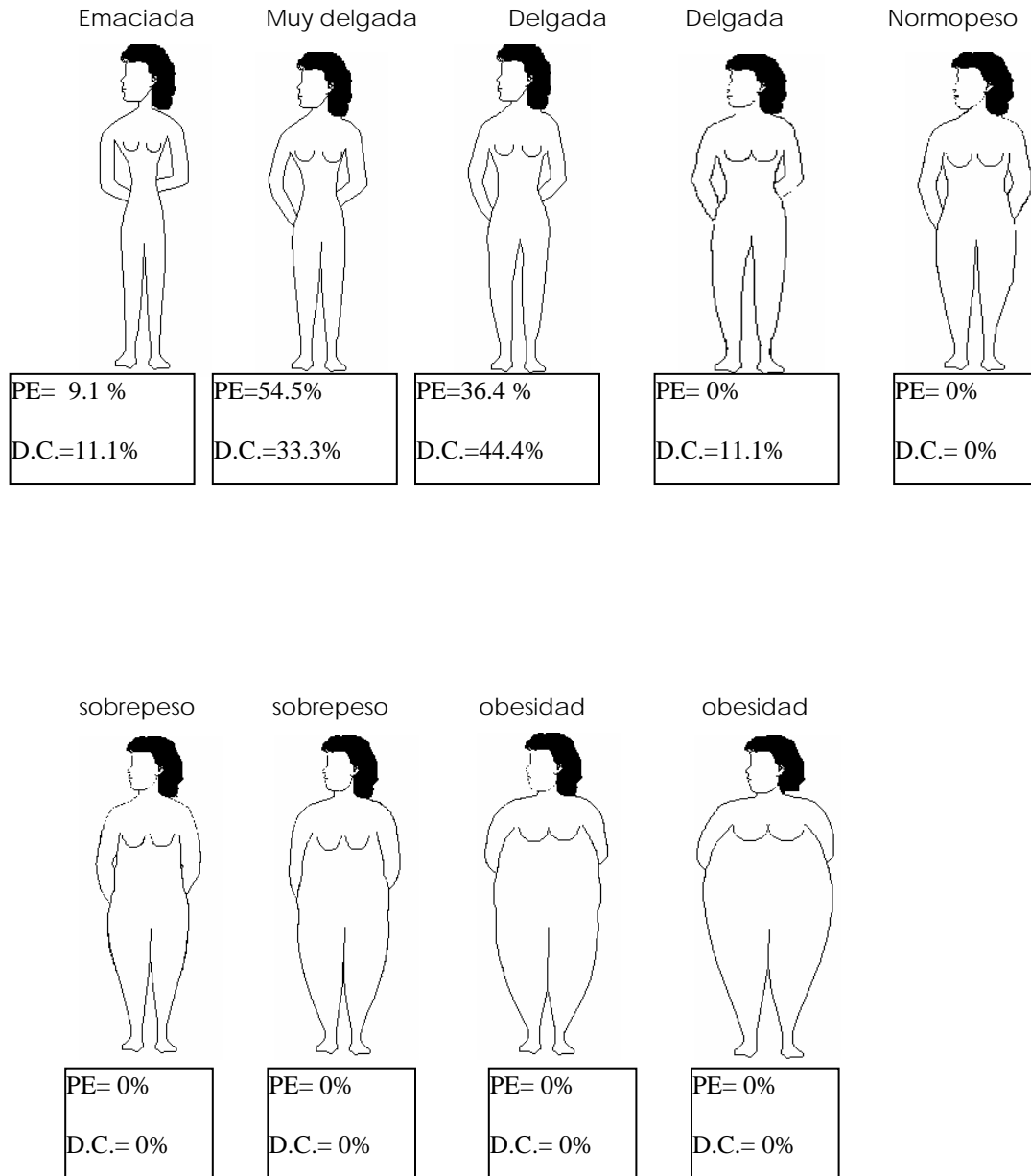
✓ 5.3.3 Elección de figura ideal

*Antes (pretest)*

La Figura 5.6 contiene los porcentajes de elección de figura ideal de los grupos antes de la intervención, en ésta se puede observar que: en primer lugar, ninguna de las chicas de ambos grupos eligió una silueta que no fuera delgada y muy delgada. Segundo, entre las adolescentes del grupo psicoeducativo, la silueta más elegida como figura ideal fue la número 2 (muy delgada, 54%), para las adolescentes del grupo disonancia la más frecuente fue la número 3 (delgada, 44%).

FIGURA 5.6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ELECCION DE LA FIGURA IDEAL POR  
CONDICIÓN EXPERIMENTAL (ANTES DE LA INTERVENCION)

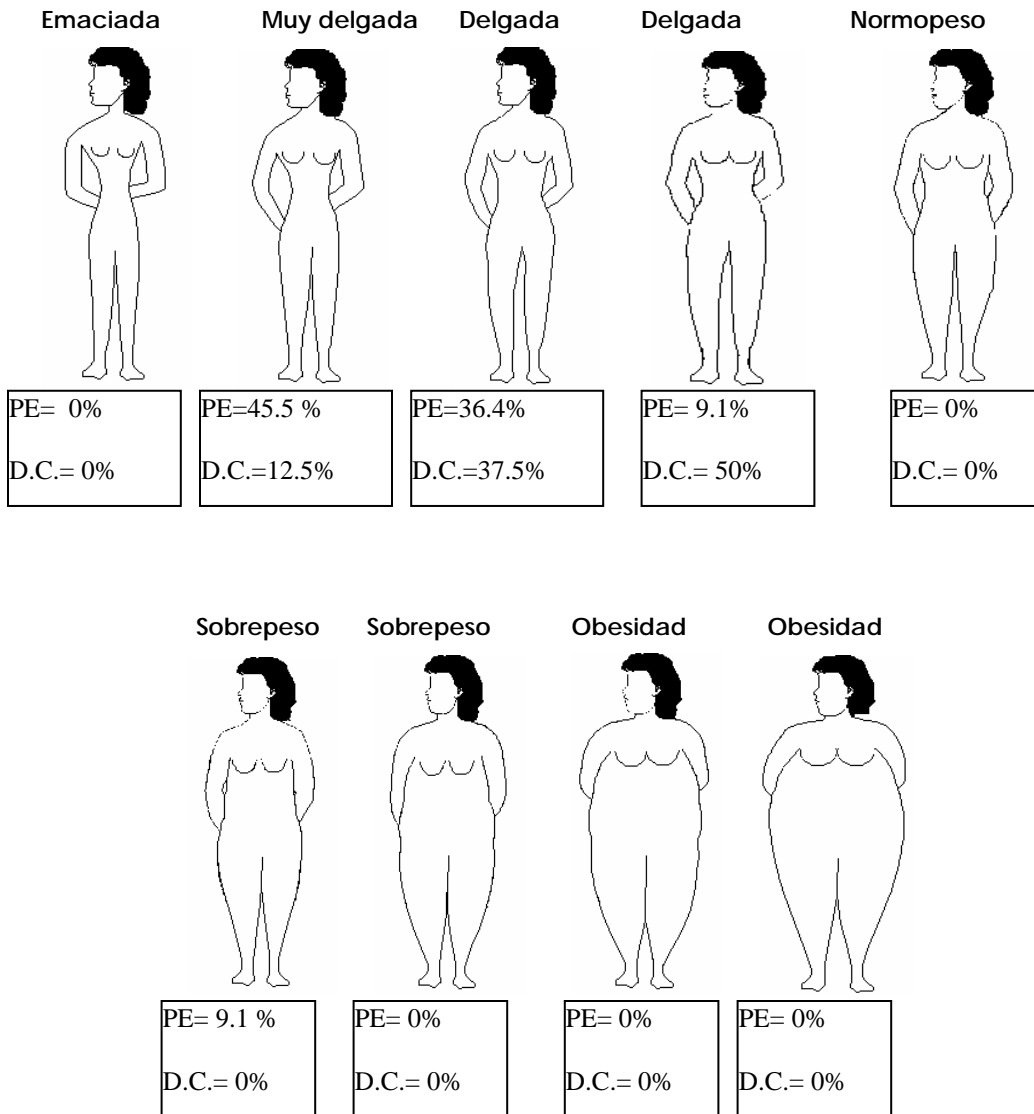


✓ *Elección de figura ideal*  
*Después (postest)*

La Figura 5.7 contiene los porcentajes de elección de figura ideal de los grupos después de la intervención, donde se puede observar que: 1) En el grupo control psicoeducativo hubo un 9.1% de las chicas que eligió una silueta con sobrepeso (Silueta 6). 2) Cero % de las chicas de ambos grupos eligió la silueta no. 1 (la más delgada de las nueve siluetas). 3) Entre las chicas de intervención psicoeducativa, la silueta más elegida fue la no. 2 (muy delgada, la misma que antes de la intervención), la silueta más seleccionada como figura ideal por las chicas de disonancia fue la no. 4 (delgada cercana al normopeso), de hecho esta es una silueta más grande que la seleccionada en el pre-test.

FIGURA 5. 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ELECCION DE LA FIGURA IDEAL POR TIPO DE INTERVENCION (DESPUES DE LA INTERVENCION)



*Evaluación (antes - después) de la variable figura ideal*

Con el propósito de averiguar si se produjeron diferencias significativas en la variable elección de figura ideal después de la intervención dependiendo del tipo de ésta, se aplicó a los datos una prueba t de Student para muestras independientes, como se observa en la Tabla 5.5 no se produjeron diferencias significativas; sin embargo, las medias incluidas en la misma tabla indican una dirección de las adolescentes del grupo experimental disonancia a elegir una silueta menos delgada que las chicas del otro grupo.

TABLA 5.5  
PRUEBA t (MUESTRAS INDEPENDIENTES), MEDIA Y D.E. DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL (DESPUES) POR TIPO DE TRATAMIENTO

Intervención	$\bar{x}$	S
Psicoeducativa	3.000	1.48
Disonancia	3.3750	.74
t (17) = -.654, p=.522		

También se aplicó una prueba t de Student para muestras relacionadas con el propósito de investigar diferencias significativas intragrupo en la elección de figura ideal antes y después de la intervención, en la tabla 5.6 puede verse que en el grupo de intervención psicoeducativa no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención (t(10)= -1.345, p=.208). Sin embargo, puede observarse una dirección a elegir una silueta más gruesa después de la intervención ( $\bar{x}$  antes=2.27,  $\bar{x}$  después=3.000).

TABLA 5.6

PRUEBA t (MUESTRAS RELACIONADAS), MEDIA Y D.E. DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL (ANTES-DESPUES) PARA EL TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO

Intervención psicoeducativa	$\bar{x}$	S
Antes	2.27	.6467
Después	3.000	1.48
t (10) = -1.345, p = .208		

La prueba t para muestras relacionadas para la intervención de disonancia, indicó que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en esta variable antes y después de la intervención ( $t(7) = -3.862, p = .006$ ). Las medias indicaron que las chicas eligieron después de la intervención una silueta menos delgada que antes del tratamiento experimental (ver Tabla 5.7).

TABLA 5.7

PRUEBA t (MUESTRAS RELACIONADAS), MEDIA Y D.E. DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL (ANTES-DESPUES) PARA INTERVENCIÓN DISONANCIA

Intervención disonancia	$\bar{x}$	S
Antes	2.500	.9258
Después	3.3750	.744
t (7) = -3.862, p = .006		

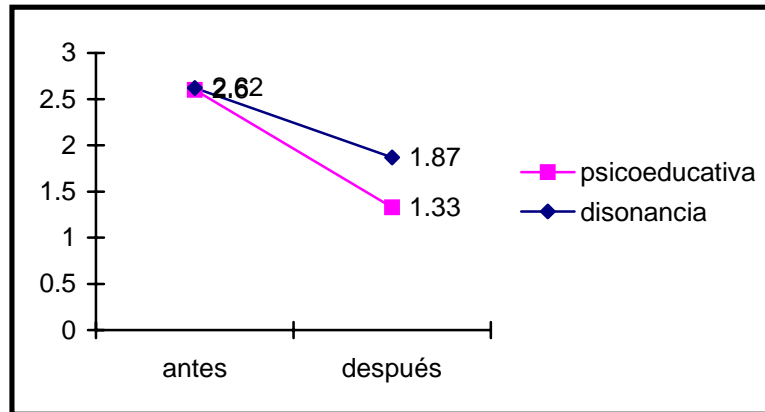
✓ *5.3.4 Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal*

Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes, indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por tipo de intervención – después de ésta- ( $t(16) = -.844, p = .411$ ).

La prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención psicoeducativa sólo por 7 milésimas ( $t(9)=2.177, p=.057$ ); sin embargo las medias incluidas en la Figura 5. 8 indican que después de la intervención, las chicas presentaron menor grado de insatisfacción.

En la intervención de disonancia, la prueba t para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención ( $t(7)=2.049, p=.080$ ). Sin embargo, las medias indicaron que las chicas redujeron su insatisfacción corporal después de la intervención (ver Figura 5.8).

FIGURA 5.8.  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE  
 SATISFACCIÓN/INSATISFACCION POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)



	Antes		Después	
Psicoeducativa	$\bar{x}=2.600,$	$S= 1.77$	$\bar{x}=1.33,$	$S=.88$
Disonancia	$\bar{x}=2.62,$	$S=1.06$	$\bar{x}=1.87,$	$S=.83$

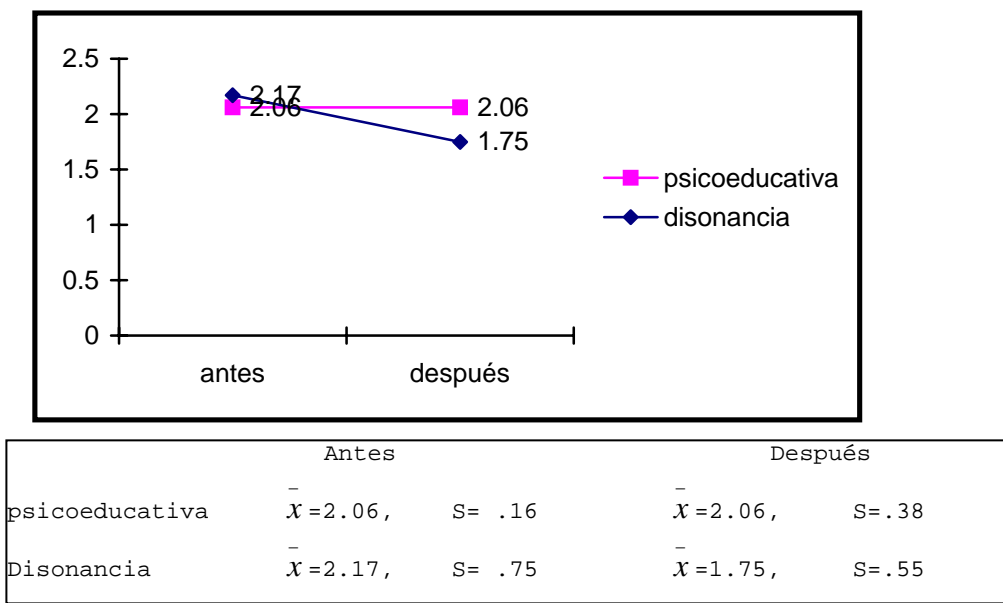


### 5.3.5 Conducta alimentaria compulsiva

Los resultados de la prueba t para muestras independientes indicaron que no se produjeron diferencias significativas en el factor conducta alimentaria compulsiva por tipo de intervención (después):  $t(16)=.937$ ,  $p=.361$ . Sin embargo, las medias indicaron que fueron las chicas de intervención disonancia ( $\bar{x}=1.75$ ,  $S=.55$ ) quienes presentaron menor problema en esta variable cayendo en la categoría "nunca" mientras que la media del grupo psicoeducativo ( $\bar{x}=2.16$ ,  $S=1.83$ ) cayó en la categoría "a veces".

Los resultados de la prueba t (muestras relacionadas) indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención psicoeducativa ( $t(9)=.000$ ,  $p=1.000$ , de hecho la media antes y después fue exactamente la misma, ver Figura 5.9). En la intervención disonancia si se produjeron diferencias significativas antes y después de ésta ( $t(8)=2.950$ ,  $p=.018$ ), las medias incluidas en la Figura 5.9 indican que *antes* las chicas "a veces" tenían conductas alimentarias compulsivas mientras que después "nunca" las tenían.

FIGURA 5.9  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA  
 COMPULSIVA POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)



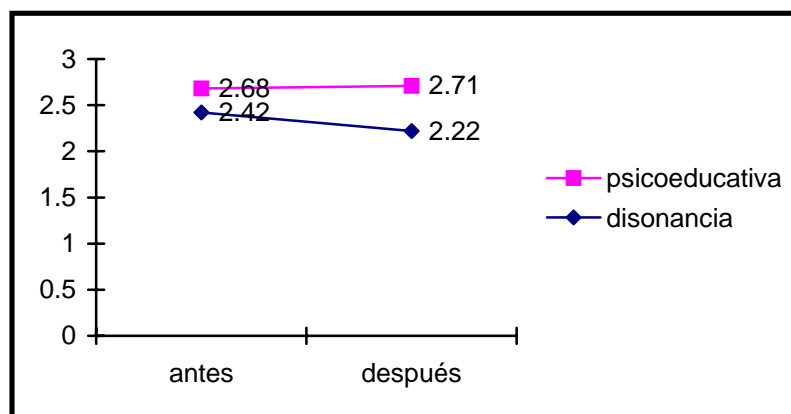
✓ 5.3.6 Preocupación por el peso y la comida

En lo que respecta a esta variable no se produjeron diferencias significativas por tipo de intervención –después– ( $t(18)=1.310, p=.207$ ). Sin embargo, las adolescentes del grupo disonancia presentaron ligeramente menor preocupación por el peso y la comida ( $\bar{x}=2.22, S=.63$ ) que las adolescentes del otro grupo ( $\bar{x}=2.71, s=.95$ ).

La prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas antes y después en la intervención psicoeducativa ( $t(10)=-.103, p=.920$ ) y tampoco en la intervención disonancia ( $t(8)=1.890, p=.108$ ). La dirección de los valores de las medias (incluidas en la Figura 5.10) indican que las adolescentes del grupo disonancia presentaron ligeramente menor preocupación por el peso y la comida después de la intervención.

FIGURA 5.10

MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)



	Antes		Después	
Psicoeducativa	$\bar{x}=2.67,$	$S= .87$	$\bar{x}=2.71,$	$S=.95$
Disonancia	$\bar{x}=2.42,$	$S= .83$	$\bar{x}=2.22,$	$S=.72$

✓ 5.3.7 Dieta crónica restrictiva

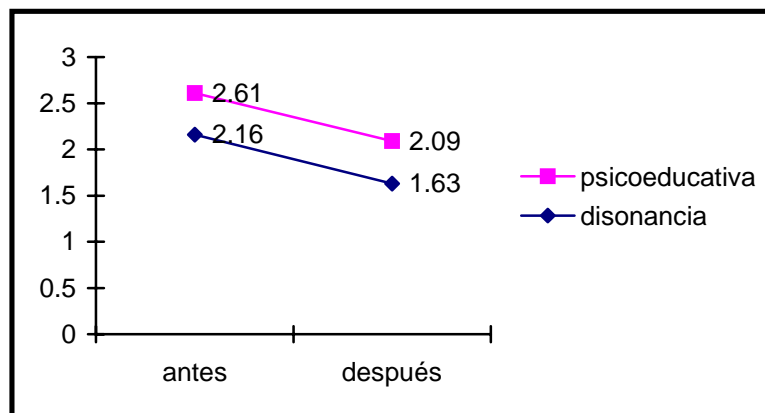
A pesar de que no se produjeron diferencias significativas en la variable dieta crónica restrictiva por tipo de intervención –después de ésta- ( $t(18) = .992, p = .334$ ). No obstante, la dirección de los valores de las medias indicó que las chicas del grupo disonancia presentaron menor dieta ( $\bar{x} = 1.63, s = .63$ , ubicada en “nunca”) que las chicas del grupo educativo ( $\bar{x} = 2.09, s = 1.25$ , ubicada en “a veces”).

Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas, indicaron que se no produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención psicoeducativa ( $t(1.505, p = .163)$ ), pero si antes y después de la intervención disonante ( $t(8) = 2.460, p = .039$ ). Las medias indicaron que después de la intervención de disonancia las chicas “nunca” hacían dieta crónica restrictiva y antes “a veces” (ver Figura 5.11).

En la Figura 5.11, se observa también que las adolescentes de ambos tipos de intervención, después de ésta, redujeron sus medias en esta variable, es decir, presentaron menos problemas.

FIGURA 5.11.

MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE DIETA CRÓNICA RESTRICTIVA POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)



	Antes	Después
Psicoeducativa	$\bar{x} = 2.61, S = .82$	$\bar{x} = 2.09, S = 1.25$
Disonancia	$\bar{x} = 2.16, S = .72$	$\bar{x} = 1.63, S = .63$

## 5.4 RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

### 5.4.1 MUERTE EXPERIMENTAL

Tres semanas después de terminado el tratamiento se encuestó por tercera ocasión a las participantes incluidas en el primer piloteo, se trabajó con una N=11, n1=5 adolescentes que fueron expuestas al programa psicoeducativo, n2=6 adolescentes expuestas al programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC). Se presentó una muerte experimental de seis participantes para el primer grupo y de 3 para el segundo.

### 5.4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Con el propósito de investigar si los resultados producidos por el programa de intervención permanecían tiempo después de terminado éste se realizó un seguimiento de las adolescentes tres semanas después, debido al tamaño de las muestras se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas (U de Mann Whitney, para comparar las respuestas intergrupo; la prueba de Rangos de Wicolxon y la prueba de Friedman para el análisis intragrupo) a las variables de estudio (elección de figura ideal, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva y seguimiento de dieta restrictiva) teniendo en todos los casos como variable independiente la condición experimental.

Como se observa en la Tabla 5.8, no se produjeron diferencias significativas en ninguna de las variables de estudio por tipo de intervención. Se observa una tendencia en la variable conducta alimentaria compulsiva ( $p=.054$ ). Las medias (incluidas en la Tabla 5.9) indican que las chicas del grupo psicoeducativo presentaron más problemas de conducta alimentaria compulsiva (ubicándose en "a veces") que las del otro grupo (su media se ubicó en "nunca"). También es importante hacer notar que, a pesar de que los resultados no fueron estadísticamente

significativos, las adolescentes del grupo control presentaron mayor seguimiento de dieta restrictiva ( $\bar{x}=2.27$ , ubicándose en "a veces") que las chicas del grupo experimental cuya media se ubicó en "nunca". En la Tabla 5.9 también se puede observar que las chicas del grupo de intervención basado en la TDC eligieron una silueta promedio más gruesa como figura ideal que las chicas del otro grupo ( $\bar{x}=3.00$  vs.  $\bar{x}=2.4$ ), de la misma forma las estudiantes del grupo experimental presentaron menor grado de insatisfacción en comparación con las del otro grupo.

TABLA 5.8  
 RESULTADOS DE LA PRUEBA U DE MANN-WHITNEY DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO  
 (SEGUIMIENTO) POR TIPO DE INTERVENCIÓN

	Preocupación por el peso y la comida	Dieta crónica y restrictiva	Conducta alimentaria compulsiva	Satisfacción/ insatisfacción	Figura ideal
Mann-Whitney U	12.000	11.000	4.500	15.000	10.500
Z	-.554	-.737	-1.926	.000	-.857
Sig.	.580	.461	<b>.054</b>	1.000	.391

TABLA 5.9  
 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO  
 (SEGUIMIENTO) POR TIPO DE INTERVENCIÓN

	Tratamiento	$\bar{x}$	S
Preocupación el peso y la comida	Psicoeducativo	2.8889	1.2497
	Disonancia	2.2407	.7042
Dieta crónica y restrictiva	Psicoeducativo	2.2750	1.3387
	Disonancia	1.6667	.5627
Conducta alimentaria compulsiva	Psicoeducativo	2.6500	1.0128
	Disonancia	1.6806	.4516
Figura ideal	Psicoeducativo	2.4000	.8944
	Disonancia	3.0000	1.0954
Satisfacción / insatisfacción	Psicoeducativo	2.4000	2.3022
	Disonancia	2.0000	.0000

Como se observa en la Tabla 5.10, en la prevención psicoeducativa se produjeron diferencias significativas únicamente en la variable seguimiento de dieta restrictiva, los resultados de la prueba Wilcoxon señalan que estas diferencias se produjeron pretest-postest ( $Z=-2.023$ ,  $p=.043$ ), pero no pretest-seguimiento ( $Z=-1.483$ ,  $p=.138$ , este análisis se presentó en la sección anterior) y tampoco postest-seguimiento ( $Z=-1,753$ ,  $p=.080$ ).

TABLA 5.10  
 RESULTADOS DE LA PRUEBA DE FRIEDMAN PARA MUESTRAS RELACIONADAS (PRE-TEST, POS-TEST Y SEGUIMIENTO) PARA LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

	Satisfacción / insatisfacción	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Dieta crónica y restrictiva	Figura ideal
Ji cuadrada	5.000	.400	3.263	6.400	3.455
gl	2	2	2	2	2
Sig.	.082	.951	.196	.041	.178

El análisis de medidas repetidas de Friedman para la intervención basado en la TDC, arrojó diferencias estadísticamente significativas en las variables dieta crónica restrictiva y figura ideal (ver Tabla 5.11). En relación con la variable dieta crónica restrictiva, los datos arrojados por la prueba Wilcoxon indican que se produjeron diferencias significativas pretest - postest ( $Z=-2.023$ ,  $p=.043$ , este análisis se presentó en la sección anterior), pretest - seguimiento ( $Z=-2.207$ ,  $p=.027$ ) ; pero no postest - seguimiento ( $Z=-.314$ ,  $p=.753$ ). Las medias (ver Tabla 5.12) indican que las chicas del grupo experimental redujeron su nivel de seguimiento de dieta restrictiva después de ser expuestas al programa de prevención, manteniéndose este resultado tres semanas después. La variable figura ideal presentó diferencias significativas pretest - postest ( $Z=-2.236$ ,  $p=.025$ ), pero no pretest - seguimiento ( $Z=-1.732$ ,  $p=.083$ ) y postest - seguimiento ( $Z=-1.414$ ,  $p=.157$ ), como se mencionó en la sección anterior la figura ideal elegida después del tratamiento fue más gruesa que la elegida antes.

TABLA 5.11

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE FRIEDMAN PARA MUESTRAS RELACIONADAS  
(ANTES, DESPUÉS Y SEGUIMIENTO) PARA LA INTERVENCIÓN DISONANCIA

	Satisfacción / insatisfacción	Conducta alimentaria compulsiva	Preocupación por el peso y la comida	Dieta crónica y restrictiva	Figura ideal
Ji cuadrada	1.625	2.333	2.111	8.435	7.600
gl	2	2	2	2	2
Sig.	.444	.311	.348	<b>.015</b>	<b>.022</b>

TABLA 5.12

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LA VARIABLE DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA POR TIPO DE INTERVENCIÓN

	Tratamiento	$\bar{x}$	S
Pre-test	Psicoeducativo	3.0571	.6437
	Disonancia cognoscitiva	2.2381	.8314
Post-test	Psicoeducativo	1.8000	.9291
	Disonancia cognoscitiva	1.7143	.7340
Seguimiento	Psicoeducativo	2.2750	1.3387
	Disonancia cognoscitiva	1.6667	.5627

## 5.5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



Como se mencionó en secciones anteriores, el objetivo de la presente investigación fue diseñar, someter a estudio piloto y comparar la eficacia de dos programas de prevención (disonancia cognoscitiva y psicoeducativo) de factores de riesgo en trastornos de la alimentación asociados con conducta alimentaria e imagen corporal dirigidos a la población de mujeres adolescentes.

La muestra total original de la presente investigación estuvo formada por una N=43 mujeres estudiantes de 3° de secundaria que presentaron seguimiento de dieta restrictiva e insatisfacción con la imagen corporal, debido a la muerte experimental se trabajó con N=20, la cual se subdividió en n1=11 adolescentes expuestas al programa psicoeducativo, y n2=9 adolescentes del programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC).

Sin embargo, una de las variables que han mostrado influir en la insatisfacción con la imagen corporal es la menarca temprana y se encontró que también por azar los grupos resultaron diferentes en esta variable. Las adolescentes del grupo educativo fueron chicas con menarca temprana y fueron estas adolescentes las que menor cambio presentaron. Estos resultados sugieren que para el desarrollo de la investigación propiamente dicha se tomen los grupos igualados en esta variable.

Por otro lado también habrá que tener cuidado en la magnitud de la muerte experimental. Sin embargo, este hecho indica entre otras cosas, que los resultados significativos pueden tenerse como altamente efectivos ya que mostraron ser significativos con una muestra tan pequeña. Asimismo, las adolescentes que permanecieron al final de la intervención mostraron mucho interés en los contenidos de los programas; y algunas de ellas opinaron verbalmente que les habían sido de utilidad.

Los resultados de la encuesta inicial (el pre - test que se utilizó para seleccionar a los participantes que se incluirían en las intervenciones) indicaron que un alto porcentaje

de las chicas estaban insatisfechas con su imagen corporal, estos datos coinciden con los reportados en investigaciones nacionales previas donde también se han encontrado altos porcentajes de insatisfacción en niñas, preadolescentes y adolescentes (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, & Pineda, 2000).

Cuando se preguntó a las chicas que ingresaron a los programas de prevención sobre el inicio de su vida sexual, la mayoría contestó que no la habían iniciado; sin embargo llama la atención, por la corta edad de las adolescentes, un pequeño porcentaje que ya la había iniciado. Estos hallazgos confirman los de Rodríguez y Sánchez (2001) quienes también encontraron que los adolescentes de ambos sexos iniciaron su vida sexual a corta edad, lo que sugiere que los adolescentes inician a una edad más temprana su vida sexual.

En lo que se refiere a la variable elección de figura ideal, la totalidad de las chicas de ambos programas (disonancia y psicoeducativo) eligieron –antes de la intervención– siluetas delgadas y muy delgadas; estos hallazgos coinciden con las afirmaciones de Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel (2000) quienes aportan datos que confirman que las mujeres de nuestro país interiorizan una figura delgada como ideal corporal y no únicamente las mujeres de países desarrollados.

Los resultados de la prueba t de Student indicaron que no se produjeron diferencias significativas antes - después de la intervención, ni por tipo de programa en la elección de figura ideal, sin embargo, la tendencia de las medias indicó que las chicas de ambos tipos de intervención eligieron por lo menos una silueta más grande como figura ideal después de la misma, además de que ninguna de las chicas eligió la silueta más delgada. La reducción de la preferencia por una silueta delgada si fue estadísticamente significativa en el grupo disonante.

En las variables conducta alimentaria compulsiva y seguimiento de dieta restrictiva no se observaron diferencias significativas por tipo de intervención, pero se observó una dirección de las medias de las chicas del programa de disonancia cognoscitiva a presentar menor problema en estos factores de riesgo después de la intervención en comparación con las chicas del otro programa.

Siguiendo con el análisis de estas mismas variables, se encontró reducción significativa después de la intervención basada en la TDC pero no en el programa psicoeducativo, antes de la intervención de la disonancia cognoscitiva las medias de seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva se ubicaban en la categoría de "a veces", después se ubicó en "nunca". Estos resultados son congruentes con los reportados por Stice et al. (2001) quienes también encontraron reducción de síntomas bulímicos en las participantes después de ser expuestas al programa de disonancia, no encontrando diferencias significativas por tipo de intervención.

También es importante resaltar que, a pesar de que no hubo una reducción estadísticamente significativa del grado de insatisfacción con la imagen corporal, después de la intervención basada en la TDC, si disminuyó el nivel de seguimiento de dieta crónica restrictiva cayendo en la categoría de "nunca", esto es de suma importancia ya que es el seguimiento de dieta y no la insatisfacción corporal, el factor que representa la "antesala" de un trastorno alimentario (Polivy & Herman, 1985).

Se realizó un seguimiento tres semanas después, los resultados de las pruebas no paramétricas indicaron que los cambios producidos al finalizar las intervenciones se mantuvieron en ambos grupos; sin embargo, se observó una tendencia en el grupo psicoeducativo a presentar mayor conducta alimentaria compulsiva (su media regresó a la categoría de "a veces", después de estar en "nunca" al finalizar el programa). Entre las chicas del grupo de disonancia se mantuvieron las medias de dieta crónica restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en la categoría de "nunca", y el promedio de elección de figura ideal fue de una silueta más gruesa que la elección del grupo control. Estos resultados coinciden con los reportados por Stice, Mazotti, Weibel y Agras (2000) y Stice et al. (2001) donde los cambios se mantuvieron un mes después de finalizado el tratamiento.

Los resultados de la presente investigación permiten concluir que:

1. Existe un alto porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal entre las mujeres adolescentes.
2. Las adolescentes interiorizan la delgadez como ideal corporal.
3. Se observó una tendencia a reducir el grado de insatisfacción con la imagen corporal en ambos tipos de intervención.
4. Las chicas expuestas al programa basado en la TDC redujeron significativamente el grado de seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva, confirmándose además la relación entre estas variables.
5. Los efectos del programa de prevención basado en la TDC se mantienen tres semanas después.

## CAPITULO SEIS

SEGUNDA FASE DE INVESTIGACIÓN.

SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

## RESUMEN

*Objetivo.* Desarrollar, someter a estudio piloto y comparar la eficacia de la segunda versión (modificada) de dos programas de prevención de factores de riesgo de trastornos alimentarios, dirigidos a la población de mujeres adolescentes. La intervención del primero está enfocada al cambio de actitudes que se apoya en la teoría de la disonancia cognoscitiva, y el segundo, se ajusta a una intervención que busca el cambio de actitudes a través de información educativa. *Método.* Se trabajó con una muestra total  $N=25$  adolescentes que tenían insatisfacción con la imagen corporal pero no seguimiento de dieta restrictiva (bajo riesgo), misma que se subdividió en  $n_1=12$  (intervención disonante) y  $n_2=13$  (intervención psicoeducativa), presentándose una muerte experimental de 7 participantes para el primer grupo y de 5 para el psicoeducativo. La media de edad para el primer grupo fue de 12.65 ( $S=.55$ ) y para el grupo de intervención de disonancia cognoscitiva el promedio fue de 12.42 ( $s=.59$ ). La investigación es de campo, de carácter experimental y longitudinal, con un diseño pretest - postest y grupo control. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud que permitió detectar factores de riesgo. *Procedimiento.* Una vez seleccionados los participantes (a través del pretest), se asignó al azar a las condiciones experimental y control. Posteriormente, se llevó a cabo la intervención, y se midió los efectos al finalizar ésta. *Resultados.* Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de intervención en las variables de estudio; la prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias antes - después de la intervención en ninguna de las condiciones experimentales; sin embargo, las chicas de ambos grupos mantuvieron sus niveles de dieta y conducta alimentaria compulsiva en un grado sin riesgo.

A inicios del siglo XX se publicó el estudio piloto de un programa de prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria que buscaba el cambio de actitudes basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. Se utilizó esta estrategia como una alternativa al modelo tradicional de formato psicoeducativo. Stice et al. (2000) trabajaron con una muestra relativamente pequeña (N=30) de mujeres estudiantes universitarias con problemas de imagen corporal y alimentarios. Los investigadores desarrollaron una intervención de tres sesiones semanales de una hora y media cada una, misma que formó parte de un diseño cuasi experimental de un solo grupo pretest-postest y seguimiento de un mes. Los resultados de este estudio permitieron a los autores señalar que el programa basado en la disonancia reduce la patología bulímica y factores de riesgo asociados y sugerir la realización de investigaciones experimentales con muestras más grandes y grupos comparativos, con la certeza de la eficacia del programa desarrollado.

Este primer estudio piloto (2000), permitió a Stice et al. (2001) la realización de dos experimentos más con mayor rigor metodológico, un intento aleatorio con un grupo comparativo y otro con una muestra más grande (n=148), dos grupos experimentales y uno en lista de espera, también aleatorio (Stice et al., 2003).

En la presente investigación, el estudio piloto de la primera fase, permitió probar las sesiones (tres) tanto del programa de disonancia como el psicoeducativo para la prevención de desórdenes de conducta alimentaria, desarrollados para población mexicana. Los hallazgos de este primer estudio en México, permitieron la detección de la población a quien va dirigida la prevención, sugirió la necesidad de trabajar con mujeres de bajo riesgo; la ampliación de los programas de tres a ocho sesiones semanales de hora y media (debido a que tres no resultaban suficientes) y confirmar que el programa de disonancia era eficaz en la reducción de factores de riesgo en adolescentes de secundaria de nuestro país.

De tal forma que esta segunda fase pretendió, como se menciona en páginas subsecuentes (en el plan de investigación), someter a estudio piloto los dos programas preventivos (disonancia y psicoeducativo) con su formato de ocho sesiones y probar la eficacia de éstos en la reducción de factores de riesgo de trastornos alimentarios en chicas con bajo riesgo.



## 6.1 PLAN DE INVESTIGACIÓN

### 6.1.1 OBJETIVO GENERAL

Someter a estudio piloto dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro en el método psicoeducativo, modificados con base en los resultados del primer estudio piloto, en una muestra de mujeres adolescentes con bajo riesgo.

### 6.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Someter a estudio piloto la segunda versión de los programas preventivos en una muestra de mujeres de secundaria pública con bajo riesgo (presencia de insatisfacción con la imagen corporal).

2. Evaluar y comparar la eficacia de cada uno de los programas modificados (segunda versión) en la disminución de factores de riesgo de desórdenes del comer:

- 2.1 Insatisfacción con la imagen corporal
- 2.2 Conducta alimentaria compulsiva
- 2.3 Preocupación por el peso y la comida
- 2.4 Dieta crónica y restrictiva
- 2.5 Deseo de una silueta corporal delgada

### 6.1.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

1. El programa de intervención:
  - a) Cambio de actitudes con la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.
  - b) Cambio de actitudes con información psicoeducativa.

Variables dependientes:

1. Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
2. Dieta restrictiva.

3. Conducta Alimentaria Compulsiva.
4. Preocupación por el peso corporal y la comida.
5. Deseo de una silueta corporal delgada

La definición de las variables se puede encontrar en este mismo apartado dentro del capítulo dedicado a la primera fase de investigación (primer estudio piloto).

## 6.2 MÉTODO

### 6.2.1 MUESTRA Y PARTICIPANTES

#### 6.2.1.1 MUESTRA TOTAL

Se trabajó con una muestra total N= 132 estudiantes mujeres de primer grado de secundaria de una escuela pública, la media de edad fue de  $\bar{x}=12.57$  años y  $S=.63$ . De la muestra menos de una cuarta parte (23%) presentó satisfacción con la imagen corporal, el porcentaje restante estaban insatisfechas, más de la mitad (57%) querían ser más delgadas y un mínimo porcentaje deseaban ser más gruesas (Ver Tabla 6.1).

TABLA 6. 1  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN  
CON LA IMAGEN CORPORAL PARA LA MUESTRA TOTAL

	PORCENTAJE
Insatisfacción (-)	18.0
Satisfacción (0)	23.4
Insatisfacción (+)	58.6
Total	100.0
N=	132

### 6.2.1.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron a las participantes que presentaron insatisfacción con la imagen corporal pero no seguimiento de dieta restrictiva, la insatisfacción representa una muestra de alto riesgo pero en menor proporción (Andersen citado en Gómez Peresmitré, 2001a). Este criterio se utilizó de acuerdo con las sugerencias que arrojó el primer piloteo. De esta forma, se trabajó con una muestra de riesgo N=37 adolescentes que estuvieran insatisfechas "positivamente" (querían ser más delgadas) pero reportaron no seguir dieta.

### 6.2.1.3 MUESTRAS EXPERIMENTALES

Las adolescentes de la muestra de riesgo (N=37) fueron asignadas al azar a una de dos condiciones: grupo experimental, disonancia cognoscitiva (n1=19) y grupo control, psicoeducativo (n2=18).

### 6.2.1.4 MUESTREO

La elección de las escuelas y la de los participantes fue intencional. La asignación de los participantes al grupo experimental o control se realizó al azar.

#### Control de variables

Se igualaron los grupos (experimental y control) en las variables: edad, sexo, tipo de escuela, escolaridad, y ubicación de la escuela.

1. Se excluyeron aquellas participantes que no cumplieran con estas características y que presentaran defectos físicos notables (cicatrices de quemaduras en la cara o cuerpo, disfunción en las extremidades, etc.).

2. Se formaron dos grupos de facilitadores (sexo femenino) a quienes se les entrenó en la aplicación de los programas, cada facilitador fue asignado al azar a cada grupo. Una vez formados los grupos de facilitadores se asignaron al azar a una u otra situación experimental (disonancia o control).

3. El responsable de la investigación (también del sexo femenino) supervisó todas las actividades de los programas de intervención (incluyendo su aplicación).

### 6.2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de campo, de carácter experimental, con un diseño de dos grupos, experimental y control, pretest – postest.

### 6.2.3 INSTRUMENTOS

Así como en la primera fase de la investigación, se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998), y se usaron las mismas secciones con el propósito de detectar factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y su utilización como pre prueba y post prueba.

### 6.2.4 PROCEDIMIENTO

1) Se modificaron los manuales de los dos programas preventivos (en función de los resultados del primer piloteo), obteniéndose una segunda versión de ocho sesiones para cada uno (ver Anexo B2).

2) Se formaron dos grupos de facilitadores (sexo femenino, pasantes de psicología) a quienes se les entrenó en la aplicación de los programas, cada facilitador fue asignado al azar a cada grupo. Una vez formados los grupos de facilitadores se asignaron al azar a una u otra situación experimental (disonancia o control).

3) Se acudió a las autoridades de la escuela para solicitar su colaboración en la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.

4) Se pidió la autorización por escrito de los padres.

5) El día de aplicación del instrumento se dijo a las estudiantes que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban y que la información que proporcionarían sería confidencial.

6) Se aplicó el instrumento a nivel grupal en horario de clase por encuestadores previamente entrenados.

7) Se seleccionaron a las participantes que tenían insatisfacción con la imagen corporal y se asignaron al azar a las condiciones (experimental y control).

8) Se llevaron a cabo 2 talleres informativos de 1 sesión cada uno, uno de ellos para los padres de familia (solo para las alumnas seleccionadas, con el propósito de dar una explicación de los trastornos alimentarios y sus consecuencias, y solicitar el permiso para que sus hijas pudieran participar en los talleres) y otro para los maestros (con el propósito de conscientizarlos sobre la importancia de prevenir este tipo de desordenes) (ver Anexo B1).

9) A las chicas del grupo experimental se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas como role playing o juego de roles, modelamiento, grupos focales y desarrollo de actividades en casa (el manual de actividades se puede consultar en el Anexo B2).

10) A las adolescentes del grupo psicoeducativo se les proporcionó la misma información que al grupo de disonancia pero a través del método tradicional de enseñanza (ver Anexo B2).

11) El responsable de la investigación (también del sexo femenino) supervisó todas las actividades de los programas de intervención (incluyendo su aplicación).

El procedimiento se ajustó al siguiente diseño:

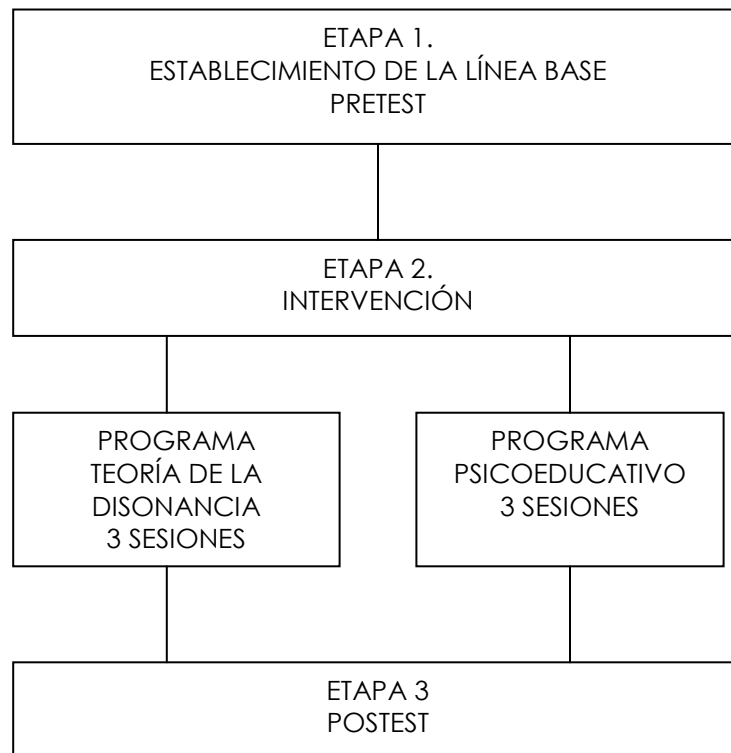


TABLA 6.2 RESUMEN DE OBJETIVOS DE LAS SESIONES DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS.  
SEGUNDA VERSIÓN OCHO SESIONES

SESIÓN	DISONANCIA COGNOSCITIVA	PSICOEDUCATIVO
PRIMERA	<p>PRESENTACIÓN E INVITACIÓN</p> <p>Objetivos.</p> <p>Presentar a las chicas el programa e invitarlas a participar</p> <p>Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes</p>	<p>PRESENTACIÓN E INVITACIÓN</p> <p>Objetivos.</p> <p>Presentar a las chicas el programa e invitarlas a participar</p> <p>Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes</p>
SEGUNDA	<p>AUTOCONCEPTO</p> <p>Objetivos.</p> <p>Tomar conciencia de uno mismo. Incrementar el autoconocimiento</p> <p>Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.</p> <p>Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.</p>	<p>AUTOCONCEPTO</p> <p>Objetivos</p> <p>Analizar la definición de autoconcepto</p> <p>Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.</p> <p>Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.</p>
TERCERA	<p>FIGURA IDEAL Y DIETA RESTRICTIVA</p> <p>Objetivos.</p> <p>Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.</p> <p>Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.</p>	<p>FIGURA IDEAL Y DIETA RESTRICTIVA</p> <p>Objetivos.</p> <p>Enseñar a las participantes los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.</p> <p>Enseñar y analizar las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.</p>

<p>CUARTA</p>	<p>PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Que la adolescente detecte la presión que ejerce el medio social para lucir una silueta delgada.</p> <p>Que la adolescente proporcione y actúe posibles soluciones para resistir la presión ejercida para lograr la delgadez.</p>	<p>PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Enseñar y analizar la presión que ejerce el medio social para lucir una silueta delgada.</p> <p>Que la adolescente proporcione posibles soluciones para resistir la presión ejercida para lograr la delgadez.</p>
<p>QUINTA</p>	<p>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</p> <p>Objetivos</p> <p>Que las adolescentes conozcan los grupos de alimentos y reconozcan la importancia de los nutrimentos para el funcionamiento del cuerpo</p>	<p>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</p> <p>Objetivos</p> <p>Enseñar a las participantes los grupos de alimentos y la importancia de los nutrimentos para el funcionamiento del cuerpo</p>
<p>SEXTA</p>	<p>ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo.</p> <p>Producir disonancia en las participantes a partir de que descubran y representen estrategias de aceptación de su cuerpo</p> <p>Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo</p>	<p>ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo.</p> <p>Que las participantes comprendan el concepto de imagen corporal y sugieran estrategias para aceptar el cuerpo</p>



<p>SEPTIMA</p>	<p>ACTITUD HACIA LA OBESIDAD</p> <p>Objetivos</p> <p>Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso</p> <p>Estimular la empatía hacia personas en situación de sobrepeso y obesidad</p> <p>Producir disonancia en las participantes a través de la elaboración de consejos para niñas con problemas de imagen corporal</p>	<p>ACTITUD HACIA LA OBESIDAD</p> <p>Objetivos</p> <p>Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso</p>
<p>OCTAVA</p>	<p>DESARROLLO DE ESTRATEGIAS CONTRA LA PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Producir disonancia en las alumnas a partir de la elaboración y representación de estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgadas.</p>	<p>DESARROLLO DE ESTRATEGIAS CONTRA LA PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Que las alumnas detecten estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgadas.</p>

### 6.3 RESULTADOS

#### 6.3.1 MUESTRAS EXPERIMENTALES

##### 6.3.1.1 PRUEBA DE IGUALDAD ORIGINAL DE LAS MUESTRAS DE ESTUDIO

###### *Edad*

El promedio de edad para la muestra experimental total fue de  $\bar{x} = 12.54$  años con una  $S = .57$ , los datos para las condiciones experimentales se pueden observar en la Tabla 6.3. Los resultados de una prueba *t* de Student para muestras independientes indicaron que las medias de esta variable no difieren significativamente en ambos grupos ( $t(23) = 1.005, p = .326$ ).

TABLA 6.3  
 MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE EDAD POR CONDICIÓN  
 EXPERIMENTAL

<b>Grupo de intervención</b>	$\bar{x}$	<b>S</b>
<b>Psicoeducativo</b>	12.64	.5487
	62	
<b>Disonancia</b>	12.41	.5937
	67	
<b>Total</b>	12.53	.5707
	60	

$t(23) = 1.005, p = .326$

###### *¿Trabajas?*

Cuando se preguntó a las adolescentes sobre su situación laboral la mayoría reportó no trabajar, sin embargo, un 8% en cada una de las situaciones experimentales si laboraba (ver Tabla 6.4). Las respuestas de las chicas en esta variable no difirieron estadísticamente según su condición experimental ( $U$  de Man = 77.500,  $p = .954$ ).

TABLA 6.4  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ¿TRABAJAS? POR CONDICIÓN  
EXPERIMENTAL

	Grupo de intervención		Total
	Psicoeducativo	Disonancia	
<b>Si</b>	7.7%	8.3%	8.0%
<b>No</b>	92.3%	91.7%	92.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

U de Man=77.500, p=.954

*¿Con quién vives?*

La mayoría de las adolescentes reportó vivir con su familia (padres y hermanos), aunque un pequeño porcentaje (8%) de las chicas del grupo de disonancia vivía con unos amigos las respuestas por condición experimental no difirieron estadísticamente (U de Mann= 65.500. p=.514).

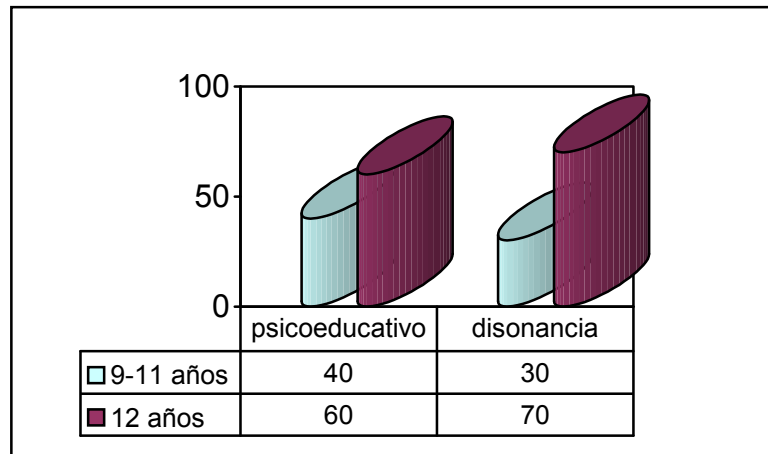
TABLA 6.5  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE “VIVES CON...” POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL

	Grupo de intervención		Total
	Psicoeducativo	Disonancia	
Familia	91.7%	83.3%	87.5%
Padre y madre	8.3%	8.3%	8.3%
Amigos		8.3%	4.2%
	100.0%	100.0%	100.0%

*Maduración sexual*

La mayoría de las chicas de ambos grupos presentó su menarca a los 12 años de edad, no obstante, un 40% del grupo psicoeducativo y un 30% del grupo disonancia presentaron su primera menstruación de los 9 a los 11 (ver Figura 6.1). Los resultados de la prueba U de Mann mostraron que las respuestas en esta variable no difirieron estadísticamente según la condición experimental ( $U=45.000$ ,  $p=.648$ ).

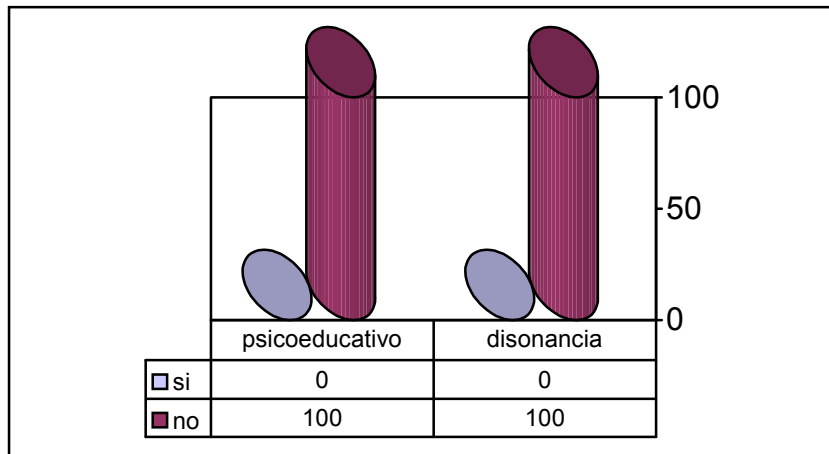
FIGURA 6.1  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD DE LA PRIMERA  
MENSTRUACIÓN POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL



### *Vida sexual*

Como se puede observar en la Figura 6.2 la totalidad de las adolescentes de ambos grupos reportó no haber iniciado su vida sexual; por lo tanto las respuestas según el tipo de intervención no difirieron significativamente (U de Mann= 50.000,  $p=1.000$ ).

FIGURA 6.2  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INICIO DE VIDA SEXUAL POR  
CONDICIÓN EXPERIMENTAL



### 6.3.2 MUERTE EXPERIMENTAL

Al finalizar la intervención se trabajó con una N=25, n1=12 (intervención disonancia) y n2=13 (intervención psicoeducativa), presentándose una muerte experimental de 7 participantes para el primer grupo y de 5 para el psicoeducativo.

### 6.3.3 Elección de Figura Ideal

#### *antes / después*

Como se observa en la Figura 6.3 la totalidad de las chicas de ambos grupos eligieron (antes de la intervención) como figura ideal siluetas muy delgadas y delgadas (incluyendo la silueta con emaciación). No eligiendo en ningún caso siluetas de las categorías normopeso a obesidad. La silueta más elegida por ambos grupos fue la silueta número 3 (delgada).

En la misma figura (6.3) se puede ver que después de la intervención, entre las chicas de ambos grupos las siluetas más frecuentemente elegidas como ideales fueron figuras delgadas; sin embargo, la silueta emaciada (la más delgada de todas) no fue elegida por ninguno de los grupos (antes de la intervención si fue elegida). Es importante hacer notar que un 25% de las chicas del grupo con intervención psicoeducativa eligió una silueta normopeso y un 8% de la misma condición eligió una figura con sobrepeso como ideal.

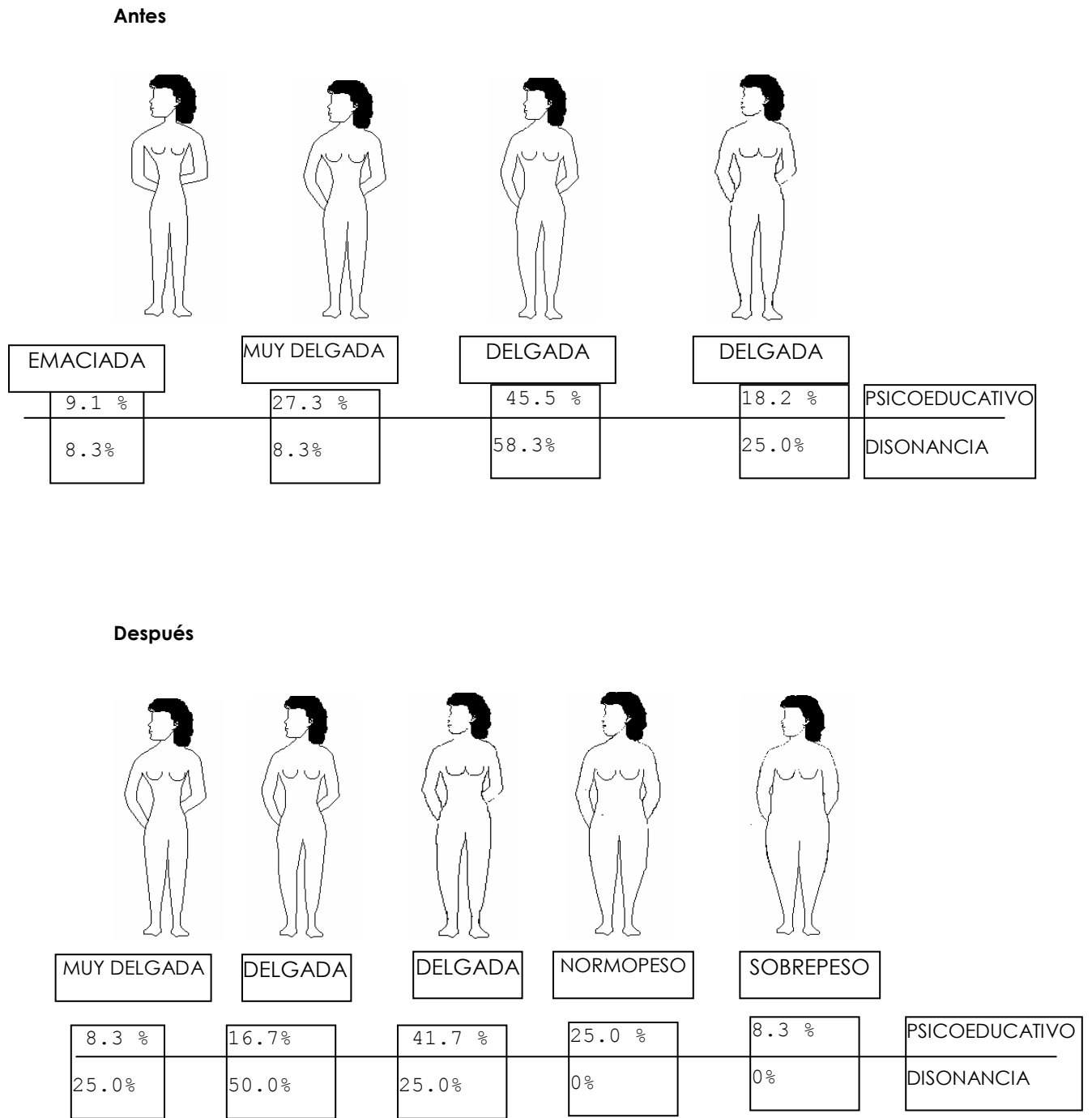


Figura 6.3. Elección de figura ideal antes y después de la intervención por grupo



*Evaluación estadística (antes –después)*

*Elección de Figura Ideal*

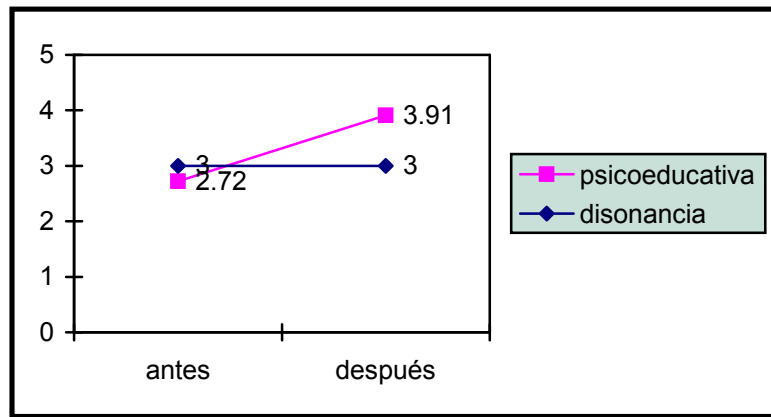
En la Tabla 6.6 se puede observar que se produjeron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención en la variable elección de figura ideal por condición experimental, las medias (incluidas en la misma tabla) indican que las chicas del grupo psicoeducativo ( $\bar{x}=4.00$ ) eligieron una silueta más grande en comparación con las adolescentes del otro grupo ( $\bar{x}=3.00$ ).

TABLA 6.6  
PRUEBA t (MUESTRAS INDEPENDIENTES), MEDIA Y D.E. DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL (DESPUES) POR TIPO DE INTERVENCIÓN

Intervención	$\bar{x}$	S
Psicoeducativa	4.00	1.08
Disonancia	3.00	.74
t (23) =2.679, p=.013		

Los resultados de la prueba t de Student para muestras relacionadas indicaron que no se produjeron diferencias significativas en la elección de la figura ideal antes y después de la intervención en el grupo de disonancia (t (11)=.000 p=1.000). En el grupo psicoeducativo si se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención (t(10)=-3.634, p=.005; las medias graficadas en la Figura 6.4 indican que la silueta que las chicas de este grupo eligieron antes se ubicó en la categoría de “muy delgada” ( $\bar{x}=2.72$ ) y después se ubicó en la categoría de “delgada” ( $\bar{x}=3.91$ ).

FIGURA 6.4  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL POR TIPO DE INTERVENCIÓN



	Antes		Después	
Psicoeducativa	$\bar{x}=2.72,$	$S=.90$	$\bar{x}=3.91$	$S=.94$
Disonancia	$\bar{x}=3.00,$	$S=.85$	$\bar{x}=3.00,$	$S=.74$

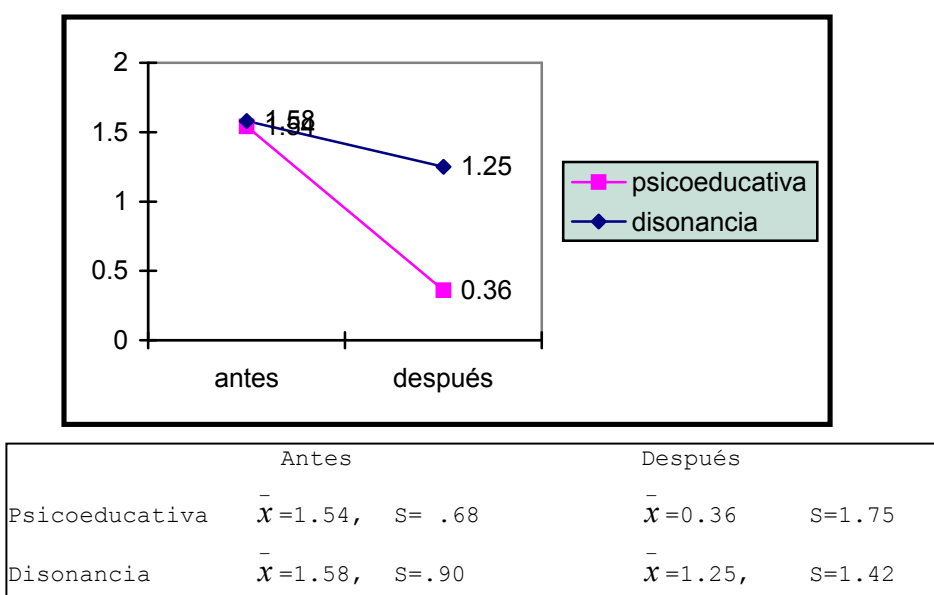
#### 6.3.4 Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal

Se compararon las medias de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (después de la intervención) según la condición experimental a través de una prueba t de Student, no encontrándose diferencias significativas ( $t(23)=-1.369, p=.184$ ).

La prueba t para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas en esta variable antes y después de la intervención de disonancia ( $t(11)=1.173, p=.266$ ); sin embargo, las medias (representadas en la Figura 6.5) indican que las chicas redujeron su insatisfacción de  $\bar{x}_{antes}=1.58$  a  $\bar{x}_{después}=1.26$ .

El grado de insatisfacción se redujo significativamente en las chicas que recibieron la intervención psicoeducativa ( $t(10)=2.550, p=.029$ ). La media de insatisfacción antes de recibir el tratamiento fue de  $\bar{x}_{\text{antes}}=1.54$  y  $\bar{x}_{\text{después}}=.36$  (esta última muy cercana a cero, ver Figura 6.5).

FIGURA 6.5  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE  
 SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE  
 INTERVENCIÓN

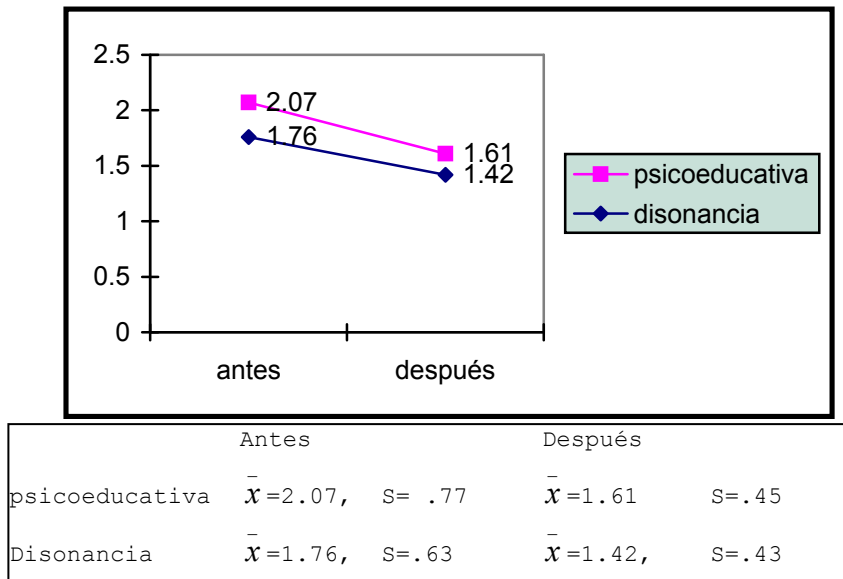


### 6.3.5 Conducta alimentaria compulsiva

Como se observa en la Figura 6.6 las chicas de ambos grupos redujeron sus niveles de conducta alimentaria compulsiva después de la intervención, las medias de las chicas con intervención psicoeducativa fueron las siguientes:  $\bar{x}_{\text{antes}}=2.07$  (ubicada en la categoría de "a veces") y  $\bar{x}_{\text{después}}=1.61$  (ubicada en la categoría de "nunca"). Por otro lado, las medias de las adolescentes del grupo de disonancia se ubicaron antes ( $\bar{x}=1.76$ ) y después ( $\bar{x}=1.42$ ) en la categoría de "nunca", reduciéndose no obstante después de la intervención, pero ¿qué tan diferentes son

estadísticamente estos promedios? Las medias después de la intervención según la condición experimental no difirieron significativamente ( $t(23)=1.370, p=.184$ ) a pesar de que el promedio del grupo experimental fue menor ( $\bar{x}=1.42$  vs.  $X=1.61$ ). El análisis intragrupo de la intervención disonancia indicó que no se produjeron diferencias significativas en la conducta alimentaria compulsiva antes y después de ésta ( $t(11)=1.1755, p=.107$ ). Por el contrario, si se produjeron diferencias significativas en esta variable antes y después de la intervención psicoeducativa ( $t(11)=2.768, p=.018$ ).

FIGURA 6.6  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA  
 COMPULSIVA POR TIPO DE INTERVENCIÓN

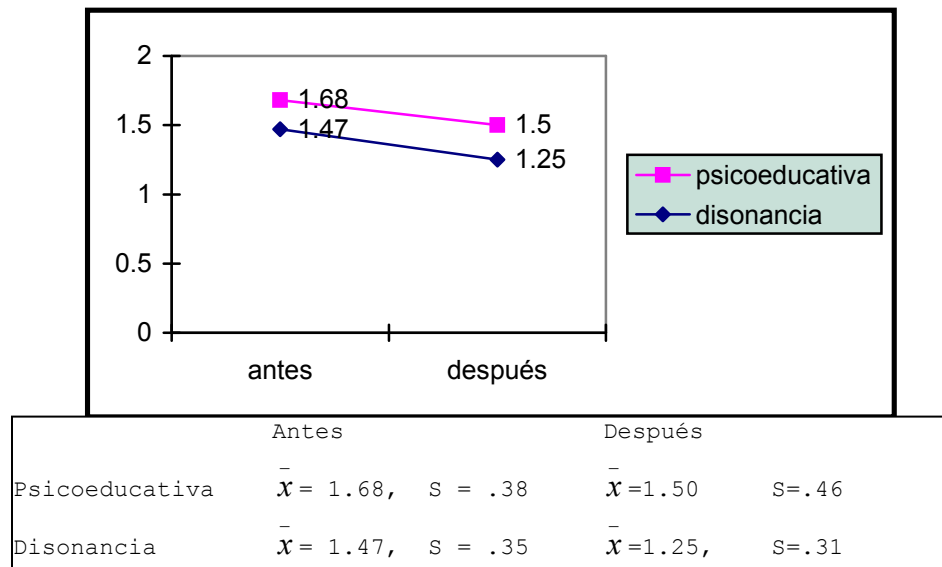


6.3.6 Preocupación por el peso y la comida

En la figura 6.7 se puede ver que las participantes de ambos grupos redujeron sus niveles de preocupación por el peso y la comida después de la intervención que recibieron –no obstante, es importante hacer notar que las medias de los dos grupos (antes y después) se ubicaron en la categoría de “nunca”-. Los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas para este análisis ( $t$  de Student para muestras

relacionadas y t de Student para muestras independientes) indicaron que no se produjeron diferencias significativas por condición experimental ( $t(23)=1.587, p=.126$ ), tampoco antes y después de las intervenciones de disonancia ( $t(10)=1.469, p=.173$ ) y psicoeducativa ( $t(11)=1.067, p=.309$ ).

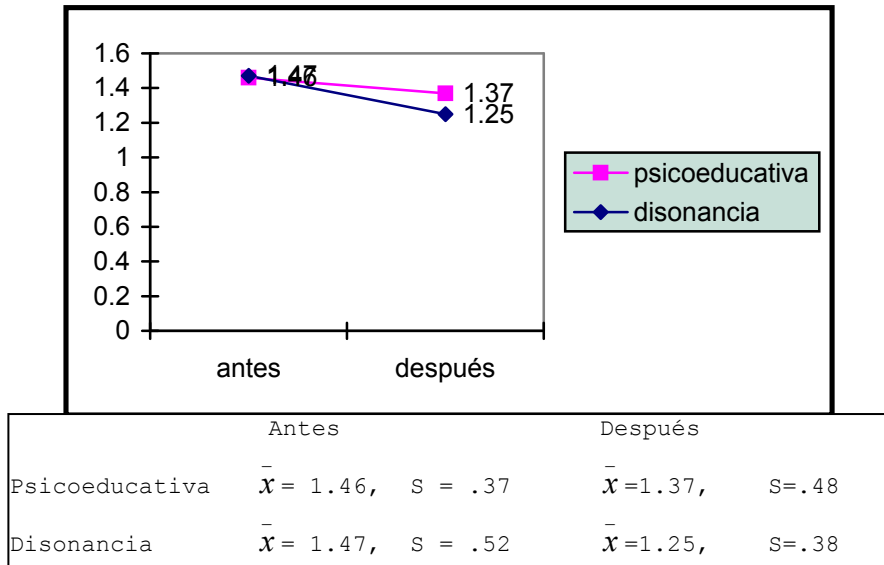
FIGURA 6.7  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO  
 Y LA COMIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN



### 6.3.7 Dieta crónica y restrictiva

De la misma forma que en la variable anterior, el seguimiento de dieta restrictiva de las chicas de ambos grupos se redujo después de recibir el tratamiento pero sin producirse diferencias significativas por condición experimental ( $t(23)=.928, p=.363$ ), ni antes y después de las intervenciones (disonancia:  $t(11)=1.450, p=.175$ , psicoeducativa:  $t(11)=.567, p=.582$ ). Como se observa en la Figura 6.8 las medias (antes y después) de ambas condiciones se ubicaron en la categoría de “nunca”.

FIGURA 6.8  
 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE DIETA CRÓNICA Y  
 RESTRICTIVA POR TIPO DE INTERVENCIÓN



#### 6.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue someter a estudio piloto, la segunda versión de los programas preventivos (disonancia cognoscitiva y psicoeducativo, cada uno compuesto por ocho sesiones) y comparar su eficacia en la disminución de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados del primer piloteo sugirieron la necesidad de trabajar con niñas más jóvenes (primer grado de secundaria) y que manifestaran la presencia de un solo factor de riesgo (insatisfacción con la imagen corporal) y no dos (dieta + insatisfacción). De esta forma se trabajó con una N=25 estudiantes mujeres de primer grado de secundaria insatisfechas con su imagen corporal que no seguían dieta restrictiva, subdividida en n1=12 adolescentes que ingresaron (al azar) a la intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva y n2= 13 adolescentes expuestas al programa psicoeducativo. La media de edad de ambos grupos quedó ubicada en los 12 años. Ambas muestras (experimental y control) quedaron igualadas en las variables edad, tipo de escuela, situación laboral e inicio de la vida sexual.

Los hallazgos del primer piloteo también sugirieron la creación de un taller de sensibilización para maestros y otro para padres con el propósito de informar y explicar la importancia de llevar a cabo las intervenciones. Cada uno de los talleres se llevaron a cabo en una única sesión de una hora, en el taller para padres se les solicitó, además, la autorización necesaria para que sus hijas participaran en los programas, en esta reunión los padres acordaron que las sesiones de intervención se llevarían en un horario extra clase (los lunes al terminar las actividades académicas).

Nuevamente, los resultados de la encuesta inicial (pre – test de selección inicial de participantes), indicaron la presencia de altos porcentajes de insatisfacción con la imagen corporal entre las adolescentes de la muestra entrevistada; coincidiendo con los hallazgos del primer piloteo (Pineda, s. f.) y la investigación nacional (Gómez-Peresmitré et al., 2001).

Los resultados del análisis inferencial de los datos indicaron que las chicas expuestas al programa de intervención de disonancia no presentaron cambios después de ser expuestas al mismo en las variables dependientes planteadas en la actual investigación (satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, y seguimiento de dieta restrictiva).

Los hallazgos relacionados con la satisfacción / insatisfacción con la imagen coinciden con los hallados del primer estudio piloto, donde tampoco se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención. Sin embargo, los resultados en las variables conducta alimentaria compulsiva y seguimiento de dieta restrictiva no coinciden con los reportados en el primer estudio, donde las chicas expuestas a la intervención de disonancia redujeron significativamente sus niveles en ambas variables. ¿Cuál es la explicación de estos hallazgos aparentemente contradictorios? La respuesta parece encontrarse en las características de la muestra de riesgo: Las chicas del primer piloteo eran de edades más avanzadas ( $\bar{x}=14.75$  años), y se encontraban en mayor riesgo de padecer un trastorno alimentario (insatisfacción con la imagen corporal + seguimiento de dieta).

De acuerdo con Andersen (citado en Gómez-Peresmitré, 2001a) los factores de riesgos tienen características aditivas, la presencia de un mayor número de factores incrementa el riesgo. Estas afirmaciones se comprueban en los hallazgos tanto del primer piloteo (Pineda, s.f.) como en los del actual. Los promedios de conducta alimentaria compulsiva y seguimiento de dieta restrictiva de las chicas del primer piloteo antes de ser expuestas al programa se ubicaban en la categoría de "a veces" (después se ubicaron en "nunca"; demostrando la efectividad del programa de disonancia al terminar éste); mientras que las medias de estas variables para las chicas del estudio actual se ubicaron (antes y después de ser expuestas a la intervención) en la categoría de "nunca", dando una falsa impresión de no efectividad del programa.



En la sección anterior (resultados), se puede observar que las chicas expuestas al programa psicoeducativo redujeron significativamente sus grados de insatisfacción corporal y conducta alimentaria compulsiva después de ser expuestas al mismo, estos hallazgos coinciden con los reportados por Stice et al. (2001) quienes también encontraron que las chicas expuestas al programa psicoeducativo redujeron los grados en la sintomatología bulímica. ¿Quiere decir entonces que el programa psicoeducativo es más efectivo que el de disonancia? No, la primera y principal respuesta nuevamente se halla en las características de la muestra pero esta vez en la de los grupos del estudio actual: por azar las chicas del grupo control (psicoeducativo) manifestaron mayor problema de conducta alimentaria compulsiva antes de iniciar la intervención (la media se ubicó en la categoría de “a veces”, después se ubicó en “nunca”); mientras que la media del grupo experimental se ubicó antes y después en “nunca”. La segunda respuesta tiene que ver con los argumentos dados por Stice et al.(2001) quienes dan una explicación parsimoniosa (como ellos mismos la denominan): el tratamiento control (utilizado en este caso) también resulta efectivo para las participantes. Se descartan explicaciones alternativas como regresión a la media, el efecto de acarreo producido por las medidas múltiples, así como las expectativas de las participantes de que las intervenciones serían efectivas ya que los mismos efectos podrían haberse producido en otros programas de prevención que no han resultado exitosos (Franko, 1998; Santonastoso, et al., 1999, citados por Stice et al., 2001).

De acuerdo con el psicólogo clínico norteamericano Alan Kazdin (1999), la significancia clínica se refiere al valor práctico o a la importancia del efecto de una intervención, aquello que hace a una intervención una diferencia real en la vida diaria de los clientes o individuos o a otros con quienes convive. Este argumento sirvió como fundamento para evaluar variables adicionales (en este caso relacionadas con la interacción familiar y social de las chicas) que nos permitieran completar la evaluación de la eficacia de los programas de intervención. En general se encontró que las chicas poseen buenas relaciones con sus padres, familiares cercanos (hermanos y abuelos) y amigos. Entre los hallazgos más interesantes se encontró que las chicas del grupo experimental (expuestas a la intervención de disonancia) mejoraron (aunque no significativamente) la calidad en la relación con su papá y

hermanos (consideradas como “regulares” antes de la intervención y después de ésta como “buenas”).

Los resultados de la presente investigación (segundo estudio piloto) permiten concluir y confirmar que:

1. Existe un alto porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal entre las mujeres adolescentes.
2. Los factores de riesgos tienen características aditivas, la presencia de un mayor número de factores incrementa el riesgo de padecer un trastorno alimentario.
3. No se produjeron diferencias significativas en las variables dependientes por tipo de intervención; sin embargo, las chicas expuestas al programa basado en la TDC (teoría de la disonancia cognoscitiva) mejoraron (no significativamente) las relaciones con algunos de sus familiares (padre y hermanos).

#### SUGERENCIAS

El segundo piloteo de los programas permitió la elaboración de las siguientes sugerencias para la realización de las subsecuentes intervenciones:

- Trabajar con adolescentes de segundo grado de secundaria, con la finalidad de realizar el seguimiento un año después.
- Trabajar con adolescentes de dos grupos de riesgo: 1. Chicas con insatisfacción corporal y, 2. Chicas con insatisfacción corporal + seguimiento de dieta restrictiva; con el propósito de comparar la eficacia del programa basado en la TDC en muestras con distinto riesgo (bajo y alto).

## CAPITULO SIETE.

### TERCERA FASE DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO PRINCIPAL

PRETEST

POSTEST

SEGUIMIENTO 1

SEGUIMIENTO 2

SIGNIFICANCIA CLINICA

### RESUMEN

*Objetivo.* Evaluar dos programas dirigidos a la prevención de factores de riesgo en trastornos alimentarios. La intervención del primero está enfocada al cambio de actitudes apoyándose en la teoría de la disonancia cognoscitiva. El segundo, se ajusta a una intervención que busca el cambio de actitudes a través de información educativa. *Método.* Se trabajó con una muestra total N=105 mujeres adolescentes de secundaria que se encontraban insatisfechas con su imagen corporal y/o estaban haciendo dieta restrictiva. La muestra se subdividió en n1=43 adolescentes de la condición de disonancia (grupo experimental 1), n2=42 estudiantes de la condición psicoeducativa (grupo experimental 2), y n3= 20 adolescentes del grupo control 1 (grupo control en lista de espera). Se presentó una intervención experimental de 11 participantes para el primer grupo, 14 para el psicoeducativo y 12 para el grupo control 2. La investigación es de campo, de carácter experimental y longitudinal, con un diseño pretest - posttest, seguimiento y grupo control. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud que permitió detectar factores de riesgo. *Procedimiento.* Una vez seleccionadas las participantes (a través del pretest), se asignó al azar a las condiciones experimental 1 y 2 y grupo control (en lista de espera). Posteriormente, se llevó a cabo la intervención. Se midieron los efectos al finalizar ésta, tres meses después (seguimiento 1) y un año después (seguimiento 2). *Resultados.* Los resultados de la prueba t de Student para muestras relacionadas indicaron que se produjeron cambios estadísticamente significativos en los factores de riesgo, en ambas condiciones experimentales. Sin embargo es, en la condición de disonancia cognoscitiva en la que la variable figura ideal se producen y mantienen mejorías (tres meses después). En la variable insatisfacción con la imagen corporal, se produjeron cambios en ambos tipos de intervención; no obstante, en el seguimiento 1 las chicas de la condición de disonancia tienden a mantener e incluso a manifestar niveles más bajos en este factor de riesgo. En el seguimiento 2, las chicas de disonancia fueron las únicas que redujeron significativamente, desde el pretest, sus niveles de figura ideal delgada e insatisfacción con la imagen corporal, de un nivel de riesgo a uno sin riesgo.

En el año 2000 se publicaron por vez primera los resultados de un programa preventivo de trastornos alimentarios basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, desde entonces y hasta la fecha se han reportado tres hallazgos más de investigación (Stice et al. 2001 y 2003; Matusek, Wendt, & Wiseman, 2004) que apoyan la eficacia de la TDC en la disminución de factores de riesgo en desórdenes de la conducta alimentaria. La primera investigación (la cual era un estudio piloto con un sólo grupo, pretest – postest) (Stice et al., 2000) llevada a cabo con una muestra estudiantil de mujeres universitarias con problemas de imagen corporal y conductas bulímicas, tenía la particularidad de ser uno de los pocos intentos preventivos resultantes exitosos en la disminución de factores de riesgo asociados con la enfermedad, hasta ese momento la prevención –basada básicamente en formatos psicoeducativos- había reportado consecuencias nulas e inclusive adversas.

El modelo del camino doble para trastornos alimentarios (Stice, 1994) señala que existen una serie de presiones socioculturales -- provenientes de la familia, pares y medios de comunicación -- para lucir una silueta corporal delgada, que contribuiría a la internalización de delgadez y al desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal, éstos factores llevarían al seguimiento de dieta restrictiva que junto con la presencia de afecto negativo (depresión y baja autoestima), serían los predictores más próximos de un trastorno alimentario.

La prevención de trastornos alimentarios basado en la TDC y en el modelo del camino doble proponen que al producir disonancia en las chicas que desean una silueta corporal delgada como figura ideal -- al tomar una posición en contra de ésta - llevaría una reducción en la insatisfacción con la imagen corporal, y otros factores de riesgo asociados- y por lo tanto evitar la aparición de la enfermedad al intervenir en una etapa temprana de la cadena causal del trastorno.

En el segundo (Stice et al., 2001), tercero (Stice et al., 2003) y cuarto ( Matusek, Wendt, & Wiseman, 2004) estudios, también se trabajó con estudiantes mujeres universitarias pero añadiendo un grupo comparativo con programa de prevención de formato psicoeducativo, en el último se incluyó un grupo en lista de espera.

En todos y cada uno de los reportes de la investigación preventiva de trastornos de la alimentación fundamentado en la TDC y comparados con el programa psicoeducativo, se encontró que el primero de ellos (TDC) es útil en la disminución de factores de riesgo relacionados con la enfermedad, sin embargo también el programa psicoeducativo resulta eficaz para el logro de la misma tarea. Ahora bien, ¿la eficacia de ambos programas es similar en una muestra de adolescentes mexicanas, o el efecto es exclusivo para muestras de mujeres estadounidenses universitarias? ¿si la eficacia resulta similar en ambos programas, da lo mismo aplicar cualquiera de los dos o es preferible uno de ellos, y en qué se fundamenta la decisión por alguno? Entre los objetivos de esta fase de la investigación se encuentra precisamente dar respuesta a estas interrogantes.

## 7.1 PLAN DE INVESTIGACIÓN

### 7.1.1 OBJETIVO GENERAL

1. Evaluar dos programas de prevención y determinar cuál tiene mayor probabilidad de éxito en la disminución de factores de riesgo de trastornos alimentarios, dirigido a mujeres adolescentes, basado en el cambio de actitudes que se apoya en:

1. La teoría de la disonancia cognoscitiva (Festinger, 1954).
2. La presentación de información psicoeducativa.

### 7.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar la eficacia de los programas preventivos en la reducción de factores de riesgo:

- a) insatisfacción con la imagen corporal
- b) deseo de una silueta corporal delgada
- c) dieta crónica y restrictiva
- d) conducta alimentaria compulsiva
- e) preocupación por el peso y la comida

2. Comparar la eficacia de los programas preventivos en escuelas privadas y públicas.

3. Llevar a cabo un seguimiento de tres meses y otro de un año, para investigar los efectos de los programas preventivos a largo plazo.

### 7.1.3 PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN

I. Al comparar los dos tipos de intervención (uno basado en la TDC y otro psicoeducativo), ¿cuál de los dos producirá en las adolescentes:

1. mayor reducción en el grado de insatisfacción corporal?
2. mayor reducción por el deseo de una silueta corporal delgada?

3. menor grado de seguimiento de dieta restrictiva?
4. menor grado de preocupación por el peso corporal y la comida?
5. menor grado de conducta alimentaria compulsiva?

II. ¿Difieren los efectos de los programas preventivos dependiendo del tipo de escuela (pública y privada)?

III.

1. ¿Cuáles son los efectos de los programas preventivos tres meses después?
2. ¿Cuáles son los efectos de los programas preventivos un año después?

#### 7.1.4 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

1. El programa de intervención:
  - a) Cambio de actitudes con la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.
  - b) Cambio de actitudes con información psicoeducativa.
  
2. Tipo de escuela
  - a) privada
  - b) pública

Variables dependientes:

1. Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
2. Deseo de una silueta corporal delgada
3. Dieta restrictiva.
4. Conducta Alimentaria Compulsiva.
5. Preocupación por el peso corporal y la comida.



## VARIABLE INDEPENDIENTE

### 1. TIPO DE PREVENCIÓN

#### *Definición conceptual*

*Programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.* Consiste en una serie de actividades cuyo objetivo es producir disonancia cognoscitiva en las personas que tienen como ideal corporal la delgadez, de tal forma que se disminuyan o eliminen factores de riesgo de trastornos alimentarios.

*Programa de prevención psicoeducativo de trastornos alimentarios.* Representa un número determinado de sesiones que incluyen la presentación de información sobre la imagen corporal y la aceptación del cuerpo. Utiliza el método tradicional de enseñanza donde un maestro o un facilitador proporcionan la información y el alumno tiene un mínimo de participación.

#### Definición operacional

En la presente investigación, se utilizarán dos tipos de estrategias planificadas con el propósito de reducir el riesgo de trastornos alimentarios.

*Programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva.* En la presente investigación este programa involucró una serie de ejercicios conductuales, verbales y escritos, cuyo propósito era propiciar que las adolescentes tomen una posición en contra del ideal corporal delgado (disonancia cognoscitiva) y/o menos estricta contra la forma corporal opuesta a dicho ideal (ver Tabla 7.1).

*Programa de prevención psicoeducativo de trastornos alimentarios.* Constó de ocho sesiones de una hora y media, que incluyen exactamente la misma información que el programa disonante pero proporcionado a partir del método tradicional de enseñanza, de hecho al ver la Tabla 7.1, la primera impresión es que son muy similares las intervenciones, debido a que incluyen los mismos temas, sin embargo las técnicas

utilizadas fueron diferentes, en el programa psicoeducativo, las chicas tuvieron mínima participación, es una forma pasiva de enseñanza –aprendizaje

## 2. TIPO DE ESCUELA

Definición operacional

### ESCUELA PÚBLICA

Las escuelas públicas son aquellas instituciones educativas que sostiene y opera el Estado y que su servicio es gratuito o las que aun siendo del Estado, el servicio tiene un costo para el usuario (Vázquez, 1988).

### ESCUELA PRIVADA

Las instituciones de educación privada son aquellas cuya inversión proviene de la iniciativa privada y las que se sostienen con las aportaciones de los padres de familia hacen con concepto de cuotas escolares (Vázquez, 1988).

Definición operacional

### ESCUELA PÚBLICA

Para fines del presente estudio se acudió y se pidió permiso a las autoridades de una escuela pública, que pertenece al Distrito Federal.

### ESCUELA PRIVADA

Asimismo, para fines de la investigación se acudió y se pidió permiso a las autoridades de una escuela privada, perteneciente al Distrito Federal.

## VARIABLES DEPENDIENTES

### 1. SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

Definición conceptual

Una de las formas de estimar la variable satisfacción / insatisfacción corporal es a través de la distancia que existe entre la realidad e idealidad. Por lo tanto, la satisfacción e insatisfacción se manifiesta en relación con el grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal.

#### Definición operacional

La satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal se mide a través de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal. La insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal.

### 2. DESEO DE UNA SILUETA CORPORAL DELGADA.

#### Definición conceptual

La figura ideal es conceptualizada como aquella silueta o forma corporal que representa el modelo o estereotipo al que aspira una persona. El deseo de una silueta corporal delgada se refiere a la selección de una silueta en la categoría de delgadez como ideal corporal.

#### *Definición operacional*

Esta variable se mide a través del reactivo del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 2001) que evalúa la elección de Figura ideal en adolescentes ("Me gustaría que mi cuerpo fuera ..."). En este ítem se presentan nueve siluetas corporales que cubren un continuo de peso que va de la categoría de emaciación a obesidad pasando por una silueta normopeso. A la figura más delgada se le asigna el valor de 1 y a la más gruesa el número 9.

### 3. DIETA RESTRICTIVA

#### Definición conceptual

Dieta restrictiva se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (disminuir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993).

#### Definición operacional

Esta variable se mide a través del Factor no. 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998) que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva (ver Anexo A1). Esta escala contiene ocho reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca , hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los ocho reactivos. Puntuaciones altas indican mayor seguimiento de dieta restrictiva.

#### 4. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

##### Definición conceptual

Son aquellas formas, hábitos y costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se caracterizan por una alimentación desordenada, excesiva y descontrolada, se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurren en los casos clínicos.

##### Definición operacional

Esta variable se mide a través del Factor no. 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998) que mide conducta alimentaria compulsiva (ver Anexo A1). Esta escala contiene 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca , hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los 14 reactivos. Puntuaciones altas indican mayor conducta alimentaria compulsiva.

#### 5. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

##### Definición conceptual

La preocupación por el peso y la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso y a comer "de más", interés por el control de peso a

través de una ingesta alimentaria restrictiva y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo.

#### Definición operacional

Se evalúa a través del Factor 2 de la EFRATA (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998) que mide preocupación por el peso y la comida (ver Anexo A1). Esta escala contiene nueve reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde 1= nunca , hasta siempre=5). Se obtiene un valor promedio con los nueve reactivos. Puntuaciones altas indican mayor preocupación por el peso.

## 7.2 MÉTODO

### 7.2.1 MUESTRA

Se trabajó con una muestra total  $N= 220$  mujeres adolescentes, misma que se subdividió en  $n_1= 84$  estudiantes de escuela privada y  $n_2=136$  estudiantes de escuela pública (ver Tabla 1). La media de edad del grupo 1 fue de  $\bar{x}=13.98$  ( $s=.99$ ), la edad promedio de las chicas de la escuela pública fue  $\bar{x}=12.89$  ( $S=.74$ ).

De la muestra total se seleccionó a las adolescentes que presentaron insatisfacción con la imagen corporal y / o seguimiento de dieta restrictiva. Se trabajó con una  $N=105$  adolescentes que cumplieron con el criterio de selección. Debido a que las chicas con dos factores de riesgo, tienen mayor probabilidad de presentar un trastorno alimentario, se formaron dos bloques de participantes: con bajo riesgo (solo presencia de insatisfacción) y con mediano riesgo (insatisfacción con la imagen corporal más insatisfacción). Así las chicas del bloque con mediano riesgo, por un lado, y aquellas del bloque de bajo riesgo por otro, fueron asignadas al azar a una de tres condiciones diferentes: 1. programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, 2. programa de prevención psicoeducativo, o al 3. grupo control en lista de espera.

El tamaño de las muestras quedó formado de la siguiente manera: grupo experimental 1 = 43 adolescentes con prevención de trastornos alimentarios basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC); grupo experimental 2 = 42 adolescentes expuestas a un programa psicoeducativo; y grupo control = 20 chicas en lista de espera.

## Control de variables

Se igualaron los grupos (experimentales y control) en las variables: edad, sexo, escolaridad y ubicación de la escuela. Es importante mencionar que las facilitadoras de los programas de prevención, eran todas de sexo femenino, y fueron entrenadas y supervisadas por la responsable de la investigación.

### 7.2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

La investigación es de campo, de carácter experimental y longitudinal, con un diseño de tres grupos: experimental 1= disonancia cognoscitiva, experimental 2= psicoeducativo y control = en lista de espera.

### 7.2.3 INSTRUMENTOS

Tal como sucedió en la primera y segunda fase de la investigación (estudios piloto 1 y 2), se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998), y se usaron las mismas secciones, con el propósito de detectar factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y su utilización como pre prueba y post prueba.

### 7.2.4 PROCEDIMIENTO

- 1 Se formaron dos grupos de facilitadores (sexo femenino) a quienes se les entrenó en la aplicación de los programas, cada facilitador fue asignado al azar a cada grupo. Una vez formados los grupos de facilitadores se asignaron al azar a una u otra situación experimental (disonancia o psicoeducativo).
- 2 Se acudió a las autoridades de la escuela secundarias públicas y privadas para solicitar su colaboración en la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.
- 3 En una sesión informativa se pidió la autorización por escrito de los padres, y se les proporcionó información de trastornos alimentarios (ver contenido en

- Anexo B1). El día de aplicación del instrumento se dijo a las alumnas que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban y que la información que proporcionarían sería confidencial.
- 4 Se aplicó el instrumento (para seleccionar a las alumnas) a nivel grupal en horario de clase por encuestadores previamente entrenados.
  - 5 Se seleccionaron a las adolescentes que tenían insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta restrictiva y se asignaron al azar a las condiciones (experimentales y control).
  - 6 A las chicas del grupo experimental se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas como role playing o juego de roles, modelamiento, grupos de discusión y desarrollo de actividades en casa (el manual de actividades se puede consultar en el Anexo B2).
  - 7 A las adolescentes del grupo psicoeducativo se les proporcionó exactamente el mismo contenido que al grupo de disonancia pero a través de un formato tradicional de enseñanza (ver Anexo B2).
  - 8 Una vez concluido los programas, se aplicó el postest.
  - 9 Tres meses después se acudió nuevamente a las escuelas para aplicar el seguimiento 1.
  - 10 Un año después se acudió a las escuelas para aplicar el seguimiento 2.
  - 11 Un año después (del seguimiento 2), se acudió a las escuelas para aplicar el programa de prevención más efectivo a las chicas del grupo control en lista de espera.
  - 12 El responsable de la investigación (también del sexo femenino) supervisó todas las actividades de los programas de intervención (incluyendo su aplicación).

El procedimiento se ajusta al siguiente diseño:



	Pretest	intervención	Postest	Seguimiento 1 (tres meses después)	Seguimiento 2 (1 año después)	Intervención
Z Grupo experimental 1	X	X	X	X	X	
Z Grupo experimental 2	X	X	X	X	X	
Z grupo control en lista de espera	X		X	X	X	X

TABLA 7.1 RESUMEN DE OBJETIVOS DE LAS SESIONES DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS.  
SEGUNDA VERSIÓN OCHO SESIONES

SESIÓN	DISONANCIA COGNOSCITIVA	PSICOEDUCATIVO
PRIMERA	<p>PRESENTACIÓN E INVITACIÓN</p> <p>Objetivos.</p> <p>Presentar a las chicas el programa e invitarlas a participar</p> <p>Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes</p>	<p>PRESENTACIÓN E INVITACIÓN</p> <p>Objetivos.</p> <p>Presentar a las chicas el programa e invitarlas a participar</p> <p>Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes</p>
SEGUNDA	<p>AUTOCONCEPTO</p> <p>Objetivos.</p> <p>Tomar conciencia de uno mismo.</p> <p>Incrementar el autoconocimiento</p> <p>Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.</p> <p>Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.</p>	<p>AUTOCONCEPTO</p> <p>Objetivos</p> <p>Analizar la definición de autoconcepto</p> <p>Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.</p> <p>Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.</p>
TERCERA	<p>FIGURA IDEAL Y DIETA RESTRICTIVA</p> <p>Objetivos.</p> <p>Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.</p> <p>Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.</p>	<p>FIGURA IDEAL Y DIETA RESTRICTIVA</p> <p>Objetivos.</p> <p>Enseñar a las participantes los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.</p> <p>Enseñar y analizar las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.</p>

<p>CUARTA</p>	<p>PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Que la adolescente detecte la presión que ejerce el medio social para lucir una silueta delgada.</p> <p>Que la adolescente proporcione y actúe posibles soluciones para resistir la presión ejercida para lograr la delgadez.</p>	<p>PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Enseñar y analizar la presión que ejerce el medio social para lucir una silueta delgada.</p> <p>Que la adolescente proporcione posibles soluciones para resistir la presión ejercida para lograr la delgadez.</p>
<p>QUINTA</p>	<p>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</p> <p>Objetivos</p> <p>Que las adolescentes conozcan los grupos de alimentos y reconozcan la importancia de los nutrimentos para el funcionamiento del cuerpo</p>	<p>ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</p> <p>Objetivos</p> <p>Enseñar a las participantes los grupos de alimentos y la importancia de los nutrimentos para el funcionamiento del cuerpo</p>
<p>SEXTA</p>	<p>ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo.</p> <p>Producir disonancia en las participantes a partir de que descubran y representen estrategias de aceptación de su cuerpo</p> <p>Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo</p>	<p>ACEPTACIÓN CORPORAL</p> <p>Objetivo.</p> <p>Que las participantes comprendan el concepto de imagen corporal y sugieran estrategias para aceptar el cuerpo</p>

<p>SEPTIMA</p>	<p>ACTITUD HACIA LA OBESIDAD</p> <p>Objetivos</p> <p>Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso</p> <p>Estimular la empatía hacia personas en situación de sobrepeso y obesidad</p> <p>Producir disonancia en las participantes a través de la elaboración de consejos para niñas con problemas de imagen corporal</p>	<p>ACTITUD HACIA LA OBESIDAD</p> <p>Objetivos</p> <p>Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso</p>
<p>OCTAVA</p>	<p>DESARROLLO DE ESTRATEGIAS CONTRA LA PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Producir disonancia en las alumnas a partir de la elaboración y representación de estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgadas.</p>	<p>DESARROLLO DE ESTRATEGIAS CONTRA LA PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ</p> <p>Objetivos</p> <p>Que las alumnas detecten estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgadas.</p>

### 7.3 RESULTADOS

En el presente apartado se reportan los principales resultados obtenidos en la segunda fase de la investigación, cuyo objetivo principal es la evaluación y comparación de la eficacia de dos programas de prevención (uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro en un formato psicoeducativo).

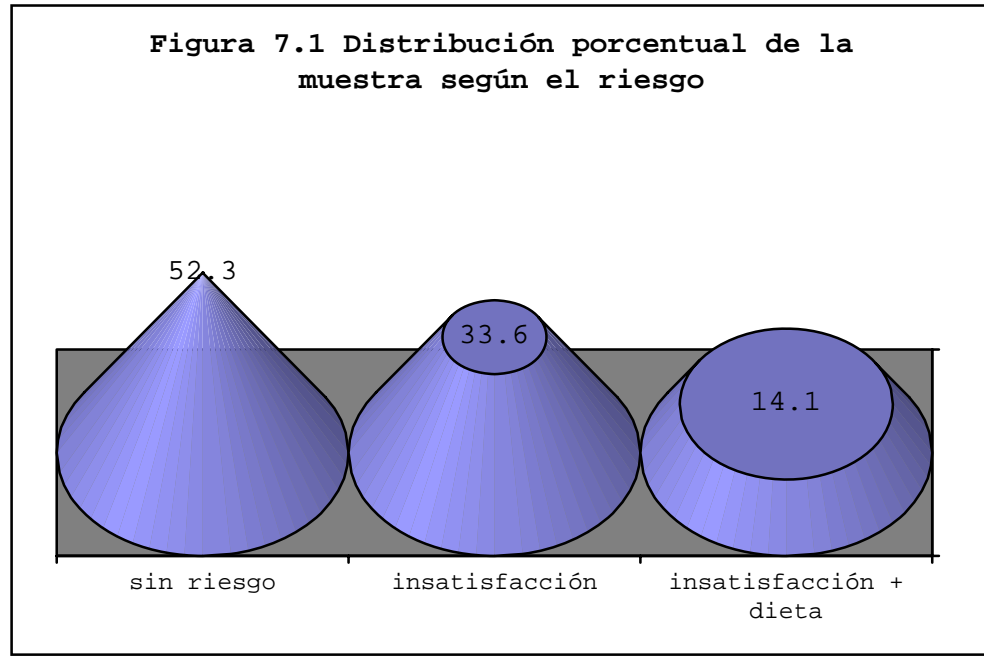
#### 7.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con una muestra total  $N= 220$  mujeres adolescentes, misma que se subdividió en  $n_1= 84$  estudiantes de escuela privada y  $n_2=136$  estudiantes de escuela pública (ver Tabla 7.2). La media de edad del grupo 1 fue de  $\bar{x} =13.98$  ( $s=.99$ ), la edad promedio de las chicas de la escuela pública fue  $\bar{x} =12.89$  ( $S=.74$ ).

TABLA 7.2 DISTRIBUCIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA POR TIPO DE ESCUELA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Privada	84	38.4
Pública	136	61.6
Total	220	100.0

De la muestra total, casi la mitad (48%) de las chicas presentaba insatisfacción con la imagen corporal. De este porcentaje, el 14% ( $n=31$ ) manifestó hacer dieta, y el porcentaje restante ( $n= 74$ ) únicamente insatisfacción con la imagen corporal. (ver figura 7.1).



### 7.3.1.1 TAMAÑO DE LAS MUESTRAS EXPERIMENTALES

De la muestra total se seleccionó a las adolescentes que presentaron insatisfacción con la imagen corporal y / o seguimiento de dieta restrictiva. Se trabajó con una N=105 adolescentes que cumplieron con el criterio de selección. Las participantes elegidas fueron asignadas al azar a una de tres condiciones diferentes: grupo experimental 1= 43 adolescentes con prevención de trastornos alimentarios basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC); grupo experimental 2= 42 adolescentes expuestas a un programa psicoeducativo; y grupo control = 20 chicas en lista de espera.

En la Tabla 7.4 se puede ver que el 36 % de las adolescentes de la escuela privada y el 26% de las de escuela pública manifestaron insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restrictiva, mientras que el 64% y 74% de las chicas de escuela privada y pública respectivamente, estaban insatisfechas pero no hacían dieta.

TABLA 7.3 DISTRIBUCIÓN DE LA CONDICIÓN EXPERIMENTAL DE LOS PARTICIPANTES POR TIPO DE ESCUELA

	TIPO DE ESCUELA		TOTAL
	Privada	Pública	
Psicoeducativo	17 43.6%	25 37.9%	42 40.0%
Disonancia cognoscitiva	22 56.4%	21 31.8%	43 41.0%
Lista de espera		20 30.3%	20 19.0%
TOTAL		66 100.0%	105 100.0%

TABLA 7.4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE RIESGO POR TIPO DE ESCUELA.

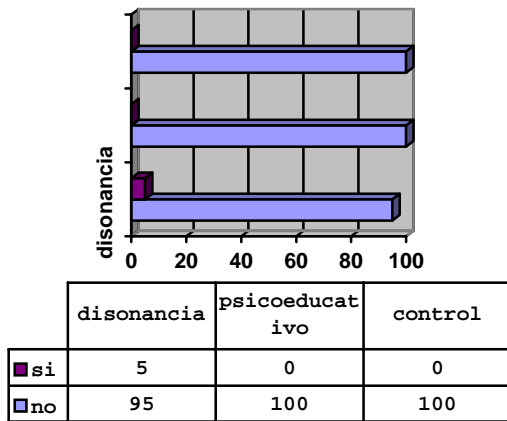
Riesgo	TIPO DE ESCUELA		TOTAL
	1.00 Privada	2.00 Pública	
Bajo (Insatisfacción)	25 64.1%	49 74.2%	74 70.5%
Medio (insatisfacción + dieta)	14 35.9%	17 25.8%	31 29.5%
TOTAL	39 100.0%	66 100.0%	105 100.0%

7.3.1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS

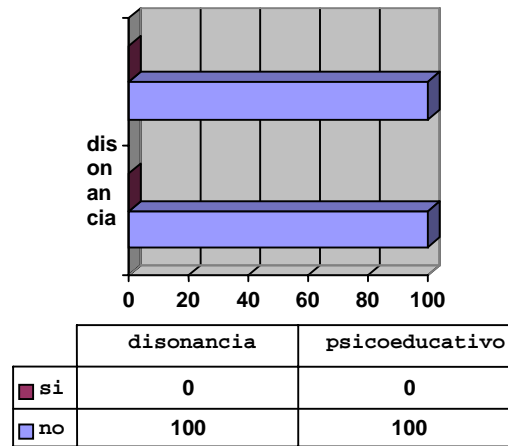
*Situación laboral*

Cuando se preguntó a las participantes sobre su situación laboral la totalidad de las chicas de ambos tipos de intervención (disonancia y psicoeducativa) de escuela privada reportó no trabajar (ver Figura 7. 2). Entre las chicas de escuela pública un 5% del grupo de disonancia si trabajaba, el porcentaje restante señaló no trabajar (ver Figura 7. 3).

**Figura 7. 3 Distribución porcentual de la variable Trabajas? por tipo de programa. Escuela pública**



**Figura 7. 2 Distribución variable "Trabajas? por programa. Escuela privada**



*Vives Con...?*

Como se observa en la Tabla 7. 5, la mayoría de las adolescentes, independientemente del tipo de escuela y la condición experimental vive con la familia nuclear (padres y hermanos), sin embargo, un porcentaje ligeramente mayor de las chicas de escuela privada vive sólo con el papá o con la mamá (23% vs. 12% de escuela pública).



TABLA 7. 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE “VIVES CON...” POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		CONDICIÓN			TOTAL
PRIVADA		Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	Control	
	Familia nuclear	76.5%	77.3%		76.9%
	Papá o mamá	23.5%	22.7%		23.1%
	Total	100.0%	100.0%		100.0%
PUBLICA					
	Familia nuclear	84.0%	81.0%	100.0%	87.9%
	Papá o mamá	16.0%	19.0%		12.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*Maduración sexual*

La mayoría de las chicas de la escuela privada (41%) y de la escuela pública (43% presentó la menarca entre los 9 y 11 años, y entre los 12 y 14 años (59% y 57%, respectivamente); sin embargo, un porcentaje ligeramente mayor de la intervención psicoeducativa (ambos tipo de escuela) presentó la primera menstruación entre los 12 y 14 años; mientras que un pequeño porcentaje (5%) de las chicas de disonancia de escuela pública la presentó antes de los 9 (ver Tabla 7. 6).

TABLA 7. 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		CONDICIÓN			TOTAL
	Edad	Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	Control	
Privada	< 9-11 años	41.2%	50.0%		45.9%
	12-14	58.8%	50.0%		54.1%
		100.0%	100.0%		100.0%
Pública	< 9 años		5.0%		1.7%
	9-11	42.9%	45.0%	64.7%	50.0%
	12-14	57.1%	50.0%	35.3%	48.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### *Vida sexual*

Como se puede observar en la Tabla 7. 7 la mayoría de las chicas de ambos tipos de escuela no ha iniciado su vida sexual, sin embargo un 11% de las adolescentes de la condición de disonancia de escuela privada y un 6% de disonancia de escuela pública reportaron ya haberla iniciado.

TABLA 7. 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INICIO DE LA VIDA SEXUAL POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		CONDICIÓN			TOTAL
		Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	Control	
Privada	No	100.0%	88.9%		94.3%
	Si		11.1%		5.7%
	Total	100.0%	100.0%		100.0%
Pública	No	100.0%	94.1%	100.0%	98.3%
	Si		5.9%		1.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*Ingreso mensual familiar*

Cuando se preguntó el monto del ingreso mensual a nivel familiar, la respuesta más frecuente entre las chicas de escuela privada de la condición de disonancia fue de \$10000 o más (65%), y con intervención psicoeducativa fue de \$8000 a \$10000 (36%) y más de \$10000 (36%). Llama la atención un 5% de las participantes de disonancia con un ingreso de \$ 2000 o menos. Entre las adolescentes de escuela pública con intervención psicoeducativa, las respuestas más frecuentes fueron \$2000 y menos , y \$ 2000 y \$4000, en las chicas con intervención de disonancia fueron \$2000 o menos y \$ 8000 a \$10000. (Ver Tabla 7. 8)

TABLA 7. 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INGRESO MENSUAL FAMILIAR POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		CONDICIÓN			TOTAL
	Ingreso en pesos	Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	Control	
Privada	\$2000 o menos		5.0%		2.9%
	\$2001-4000	7.1%	10.0%		8.8%
	\$4001-6000	7.1%	20.0%		14.7%
	\$6001 a 8000	14.3%			5.9%
	\$8001 a 10000	35.7%			14.7%
	Mas de \$10000	35.7%	65.0%		52.9%
		100.0%	100.0%		100.0%
Pública	\$2000 o menos	36.4%	37.5%	11.1%	28.6%
	\$2001-4000	36.4%	6.3%	33.3%	26.8%
	\$4001-6000	18.2%	6.3%	5.6%	10.7%
	\$6001 a 8000	4.5%	6.3%	5.6%	5.4%
	\$8001 a 10000	4.5%	31.3%	27.8%	19.6%
	Mas de \$10000		12.5%	16.7%	8.9%
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*Ocupación del padre*

Como se observa en la Tabla 7.9, existe un porcentaje mayor de profesionistas y empresarios como ocupaciones del padre entre las chicas de escuela privada de ambos tipos de intervención en comparación con las adolescentes de escuela pública, aunque también se presentan entre estas últimas porcentajes altos de papás profesionistas.

TABLA 7. 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DEL PADRE POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

TIPO_ESC		CONDICIÓN			TOTAL
		Psicoeducativo	Disonancia cognoscitiva	Control	
Privada	Comerciante		9.5%		5.3%
	Empleado	5.9%	52.4%		31.6%
	Profesionista	58.8%	23.8%		39.5%
	Empresario	35.3%	14.3%		23.7%
	Total	100.0%	100.0%		100.0%
Pública	Obrero	4.8%	6.7%		3.6%
	Comerciante	23.8%	6.7%	15.8%	16.4%
	Empleado	28.6%	46.7%	57.9%	43.6%
	Profesionista	23.8%	40.0%	21.1%	27.3%
	Empresario	14.3%		5.3%	7.3%
	No contestó	4.8%			1.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### 7.3.2 MUERTE EXPERIMENTAL

Al finalizar la intervención se trabajó con una muestra total N=68 adolescentes, grupo experimental 1 (disonancia) n=32, grupo experimental 2 (psicoeducativo) n=28, grupo control (en lista de espera) n=8. Se presentó una muerte experimental total de 37 alumnas, para el grupo 1= 11; para el grupo 2= 14 y para el grupo 3= 12 alumnas, abandonaron la investigación.

En el seguimiento 2 (un año después de la prevención) se trabajó con una muestra de 38 participantes, presentándose una muerte experimental de 31 alumnas, 16 para el grupo disonante y 15 para el psicoeducativo (ver Tabla 7. 10).

TABLA 7.10 DISTRIBUCION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA EL SEGUIMIENTO 2

	TRATAMIENTO			TOTAL
	Psicoeducativo	Disonancia	espera	
Pública	6	11	9	26
Privada	7	5		12
	13	16	9	38

#### 7.3.2.1 DIAGNOSTICO DE LA ALEATORIEDAD EN EL PROCESO DE LA MUERTE EXPERIMENTAL

Con el propósito de investigar si la muerte experimental, presente en esta fase de la investigación, fue aleatoria o si se manifestó algún tipo de pautas en el comportamiento de las variables (factores de riesgo o sociodemográficas), se procedió al análisis de la aleatoriedad de la muerte experimental, a través de uno de los criterios propuestos por Hair, Anderson, Tatham y Black (1999). El criterio valora los datos ausentes para una única variable Y al formar dos grupos –observaciones con datos ausentes para Y y aquellos con valores validos de Y. Se realizan entonces los test para determinar si existen diferencias significativas entre los dos grupos sobre otras variables de interés. Si se encuentran diferencias significativas, indica que existe un proceso de pérdida de datos no aleatorio.

Los resultados mostrados en las siguientes tablas, indican que no se produjeron diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas y de factores de riesgo por grupo (chicas ausentes y presentes al finalizar los programas preventivos), en ninguna de las condiciones experimentales (psicoeducativo, disonancia y lista de espera). El diagnóstico lleva a confirmar que la muerte experimental se presentó de forma aleatoria.

TABLA 7. 11 t DE STUDENT. FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS POR MUERTE EXPERIMENTAL (PARTICIPANTES QUE PERMANECIERON O ABANDONARON) AL FINALIZAR LA PREVENCION PSICOEDUCATIVA

	t	gl	Sig.
Conducta alimentaria compulsiva	-.480	17	.637
Preocupación por el peso y la comida	.816	19	.424
Dieta crónica y restrictiva	.516	17	.612
Figura ideal	-.108	19	.915
Figura actual	-.761	19	.456
Insatisfacción con la imagen corporal	-.880	19	.390
Vives con..	-1.314	19	.204
Lugar que ocupas entre tus hermanos	-.280	19	.783
Maduración Sexual	1.483	12.673	.162

TABLA 7. 12 t DE STUDENT. FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS POR MUERTE EXPERIMENTAL (PARTICIPANTES QUE PERMANECIERON O ABANDONARON) AL FINALIZAR LA PREVENCION DE DISONANCIA

	t	gl	Sig.
Conducta alimentaria compulsiva	1.038	22	.311
Preocupación por el peso y la comida	.016	23	.987
Dieta crónica y restrictiva	-.561	20	.581
Figura ideal	-.829	15.777	.419
Figura actual	.729	23	.474
Insatisfacción con la imagen corporal	1.729	23	.097
Vives con..	1.142	17.977	.268
Lugar que ocupas entre tus hermanos	.000	23	1.000
Maduración Sexual	1.917	20	.070

TABLA 7. 13 t DE STUDENT. FACTORES DE RIESGO Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS POR MUERTE EXPERIMENTAL (PARTICIPANTES QUE PERMANECIERON O ABANDONARON). LISTA DE ESPERA

	t	gl	Sig.
Conducta alimentaria compulsiva	-1.065	10.603	.310
Preocupación por el peso y la comida	.122	13	.905
Dieta crónica y restrictiva	1.140	6.865	.293
Figura ideal	-.371	13	.716
Figura actual	-1.011	13	.330
Insatisfacción con la imagen corporal	-1.212	13	.247
Lugar que ocupas entre tus hermanos	-.806	13	.435
Maduración Sexual	-.586	12	.569

### 7.3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

#### 7.3.3.1 FIGURA IDEAL

Como se observa en la Tabla 7. 14, la totalidad de las chicas independientemente de la condición experimental y el tipo de escuela, eligieron siluetas delgadas y muy delgadas como figura ideal antes de ser sometidas a los programas de prevención. Únicamente un mínimo porcentaje (15%) de las chicas de escuela pública del programa psicoeducativo, eligió una silueta con peso normal; no sólo no se eligieron siluetas con sobrepeso, entre las chicas de escuela privada del programa disonancia, sino que no fue elegida la silueta delgada 2 que representa una figura ligeramente más gruesa que la silueta delgada 1 y más delgada que la figura normal (ver Figura 7. 4).

FIGURA 7. 4. SILUETAS FEMENINAS DESDE EL RANGO DE DESNUTRICION HASTA OBESIDAD

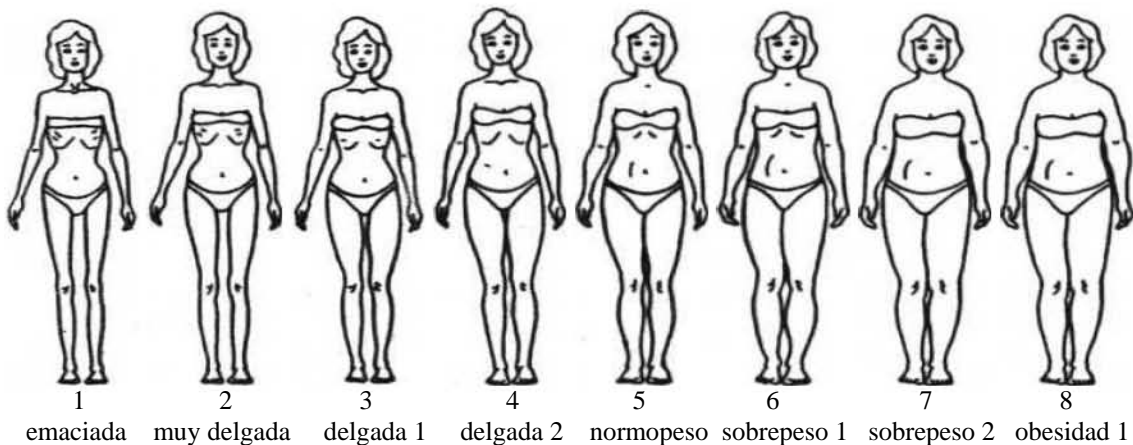




TABLA 7.14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL ANTES DE LA INTERVENCIÓN POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

	EMACIADA	MUY DELGADA	DELGADA 1	DELGADA 2	PESO NORMAL	SOBRE PESO 1	SOBRE PESO 2	OBESIDAD 1
ANTES DE LA PREVENCIÓN								
Privada psicoeducativo	7.7	30.8	30.8	30.8				
Privada disonancia	21.4	14.3	64.3					
Pública psicoeducativo	20.0	5.0	35.0	25.0				
Pública disonancia		38.5	38.5	23.1				
Pública espera	12.5	25.0	37.5	25.0				
DESPUES DE LA PREVENCIÓN								
Privada psicoeducativo	8.3	25.0	25.0	41.7				
Privada disonancia	12.5		12.5	62.5		12.5		
Pública psicoeducativo	21.1		15.8	42.1	15.8	5.3		
Pública disonancia	7.7	23.1	61.5	7.7				
Pública espera	12.5	12.5	12.5	62.5				
TRES MESES DESPUES DE LA PREVENCIÓN (SEGUIMIENTO 1)								
Privada psicoeducativo	7.7	23.1	46.2	23.1				
Privada disonancia		28.6	14.3	28.6	7.1	21.4		
Pública psicoeducativo	5.6	27.8	16.7	22.2	27.8			
Pública disonancia		23.°	53.8	23.1				
Pública espera		25.0	50.0	12.5		12.5		
UN AÑO DESPUES DE LA PREVENCIÓN (SEGUIMIENTO 2)								
Privada psicoeducativo		14.3	57.1	28.6				

Privada disonancia			50	25		25		
Pública psicoeducativo	20	20	20	20		20		
Pública disonancia	12.5		37.5	37.5		12.5		
Pública espera		33.3		33.3		33.3		

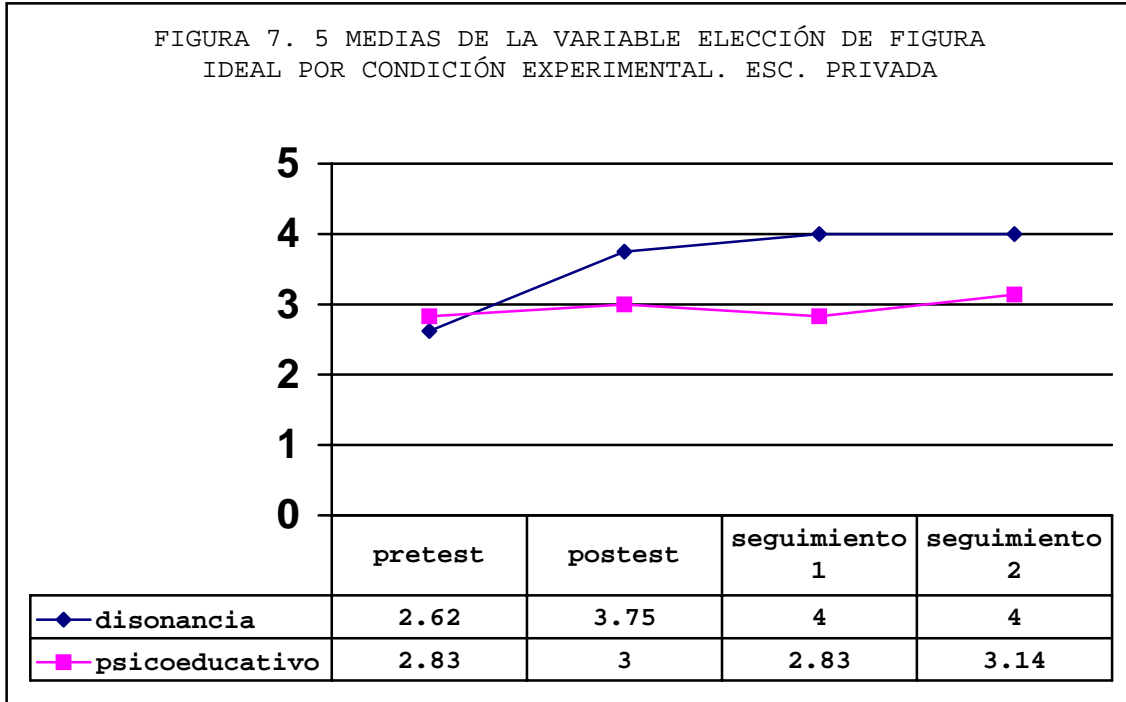
Como se puede ver en la Tabla 7.14, después de la intervención las chicas de todos los grupos incrementaron la elección de la silueta delgada 2 como figura ideal (la cual se encuentra en la categoría de delgadez, pero más cercana a la silueta con normopeso, ver Figura 7.4). Este comportamiento fue más evidente en el grupo de disonancia cognoscitiva, en el que incluso un 12% de las chicas eligió una silueta con sobrepeso como ideal corporal. Llama la atención que un 5% del grupo psicoeducativo de escuela pública también eligió una con sobrepeso (ver silueta 6 de la Figura 7.4).

En el periodo de seguimiento 1 (tres meses después), las mediciones indicaron que la silueta emaciada (desnutrida y la más delgada de todas) ya no fue elegida por ninguna de las alumnas que fueron expuestas al programa de prevención de disonancia en ambos tipos de escuela. Continuando con este mismo grupo (prevención disonancia, escuela privada) llama la atención que aparece la elección de una silueta normopeso como figura ideal (7%) (lo que no sucede en el pre y postest) y un incremento en la silueta sobrepeso (de 12% a 21%) (ver Tabla 7.14). En el grupo psicoeducativo de escuela pública, la elección de una silueta normopeso aumentó en comparación con el postest, sin embargo, ya no se eligió la silueta sobrepeso.

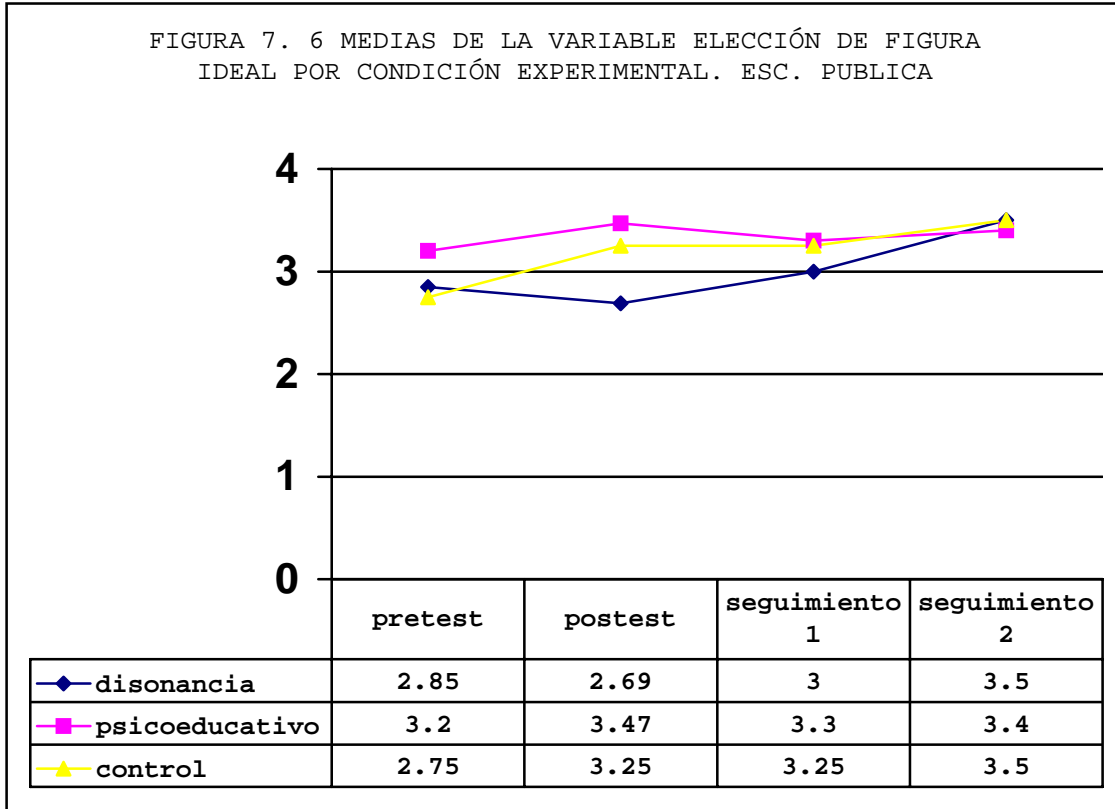
En la Tabla 7.14 también se puede observar que las adolescentes de escuela privada del grupo disonante no eligieron ninguna silueta muy delgada y desnutrida como figura ideal en el periodo de seguimiento 2 (un año después), eligiendo siluetas más cercanas al normopeso, e incluso una silueta con sobrepeso moderado, la misma tendencia ocurre en el grupo de disonancia de escuela pública con la excepción de que en este último si eligen una silueta emaciada. Entre las participantes de la prevención psicoeducativa de ambos tipos de escuela y en el de espera si se manifiestan elecciones de las siluetas desnutrida y muy delgada.

#### FIGURA IDEAL ANTES, DESPUÉS Y SEGUIMIENTO

En las Figuras 7.5 y 7.6 se encuentran graficadas las medias de elección de figura ideal en el pretest, posttest y seguimientos de las diferentes condiciones experimentales para escuela privada y escuela pública, respectivamente. Como se puede observar en la Figura 7.5, las chicas de escuela privada del programa de disonancia pasaron de una silueta muy delgada a una delgada en el posttest, y a una menos delgada (cercana al normopeso) en el seguimiento 1, el comportamiento de esta variable fue ascendente en este grupo, mientras que en el grupo psicoeducativo prácticamente no hubo cambio en la elección de figura ideal. Las medias del seguimiento 2 indicaron que las chicas de ambos grupos mantuvieron la tendencia del seguimiento 1, las chicas de disonancia pasaron de un nivel de riesgo (pretest) a uno sin riesgo (posttest y seguimientos) (el punto de corte para figura ideal es de 2.77, ver apartado de significancia clínica en este mismo capítulo).



Entre las chicas de escuela pública, el comportamiento de esta variable fue diferente en el pretest. Antes de la intervención las chicas del programa psicoeducativo, deseaban una silueta más gruesa como ideal corporal (delgada 1), en comparación con el grupo disonancia y control quienes eligieron siluetas muy delgadas. En el postest las alumnas del grupo psicoeducativo y control eligieron siluetas un poco más gruesas, mientras que en el grupo de disonancia hubo un ligero descenso (aun en la categoría de muy delgada); en el periodo de seguimiento 1 tuvieron un ascenso ubicándose en la categoría de delgadez, en esta medición la media de los tres grupos se ubicaron al mismo nivel (ver Figura 7.6). En el seguimiento 2, las participantes del grupo disonante tuvieron el ascenso más marcado, ubicándose en un nivel sin riesgo.



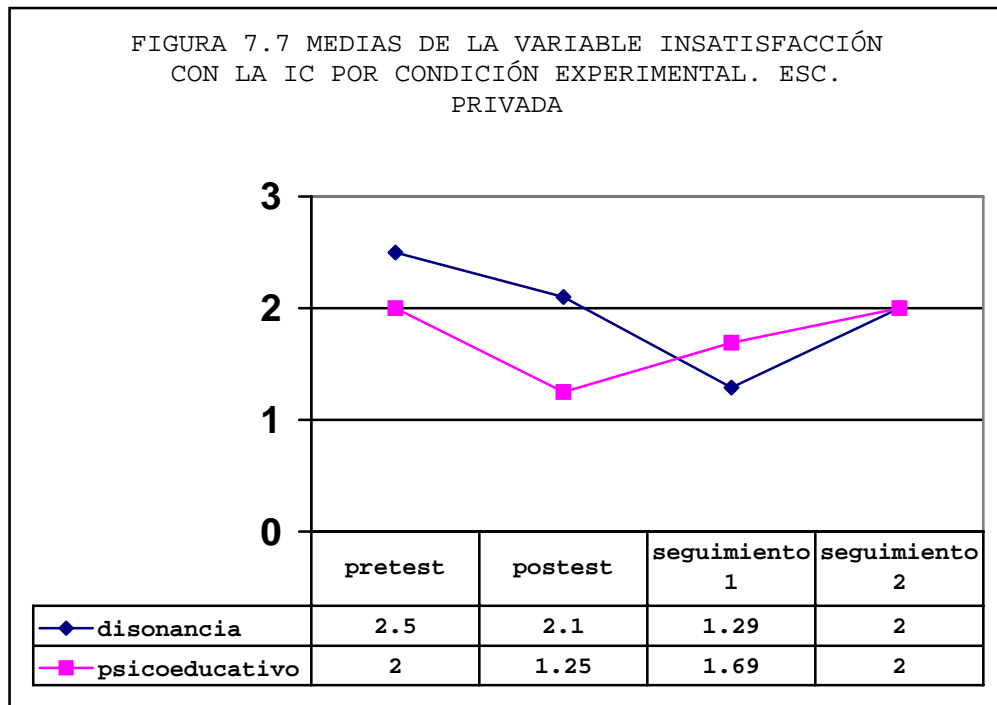
Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas indicaron que las diferencias producidas en las diferentes mediciones y grupos, fueron únicamente significativas en el grupo de disonancia cognoscitiva de escuela privada pre - posttest ( $t(7) = -2.553$ ,  $p = .038$ ); y pretest - seguimiento 1 ( $t(13) = -3.085$ ,  $p = .009$ ) (ver Tabla 7.15).

TABLA 7.15 RESULTADOS PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS. VARIABLE FIGURA IDEAL POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

			T	gl	Sig.
	CONDICIÓN				
PRIVADA	Psicoeducativo	Fig. ideal pre – fig. ideal post	-.561	11	.586
		Fig. ideal pre – fig. ideal seguimiento	.000	12	1.000
		Fig. ideal post – fig. ideal seguimiento	.692	11	.504
	Disonancia cognoscitiva	Fig. ideal pre – fig. ideal post	-2.553	7	.038
		Fig. ideal pre – fig. ideal seguimiento	-3.085	13	.009
		Fig. ideal post – fig. ideal seguimiento	-.475	7	.649
PÚBLICA	Psicoeducativo	Fig. ideal pre – fig. ideal post	-.815	18	.426
		Fig. ideal pre – fig. ideal seguimiento	-1b.144	17	.269
		Fig. ideal post – fig. ideal seguimiento	.000	16	1.000
	Disonancia cognoscitiva	Fig. ideal pre – fig. ideal post	.519	12	.613
		Fig. ideal pre – fig. ideal seguimiento	-.519	12	.613
		Fig. ideal post – fig. ideal seguimiento	-1.477	12	.165
	Control	Fig. ideal pre – fig. ideal post	-1.528	7	.170
		Fig. ideal pre – fig. ideal seguimiento	-1.183	7	.275
		Fig. ideal post – fig. ideal seguimiento	.000	7	1.000

7.3.3.2 SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

En la Figura 7.7 se encuentran graficadas las medias de la variable insatisfacción con la imagen corporal de las chicas de escuela privada, en ésta se puede ver que antes del programa de prevención las expuestas al de disonancia presentaban mayor grado de insatisfacción que sus congéneres expuestas al programa psicoeducativo. Después de la intervención, las chicas del grupo psicoeducativo redujeron significativamente su nivel de insatisfacción ( $t(11)=2.691, p=.021$ ), (ver Tabla 7.16). En el grupo de disonancia, la insatisfacción tuvo un descenso lineal pasando de  $\bar{x}_{pretest} = 2.5$  a  $\bar{x}_{seguimiento1} = 1.7$  aun cuando no resultaron estadísticamente significativos los cambios. El estadístico  $d(2t/\sqrt{gl})$  indicó un buen tamaño del efecto,  $d=.82$  (ver Tabla 7.16). Un año después (seguimiento 2), las participantes del grupo psicoeducativo regresaron a su nivel original (pretest) de insatisfacción con la imagen corporal, no así en el grupo disonante, presentando solo un ligero ascenso.



Al igual que en la escuela privada, las chicas de disonancia de escuela pública, presentaron al inicio el nivel más alto de insatisfacción corporal, manifestando una reducción estadísticamente significativa (junto con el grupo psicoeducativo) después de la intervención (ver Tabla 7.16 y Figura 7. 8). Es importante señalar que las alumnas del programa psicoeducativo aumentaron su grado de insatisfacción en el periodo de seguimiento 1 (en comparación con el posttest), manteniéndose los cambios en el grupo de disonancia en el seguimiento 2 (ver Figura 7. 8). En el grupo control, no se produjeron diferencias significativas en ninguno de los periodos de medición (ver Tabla 7.16).

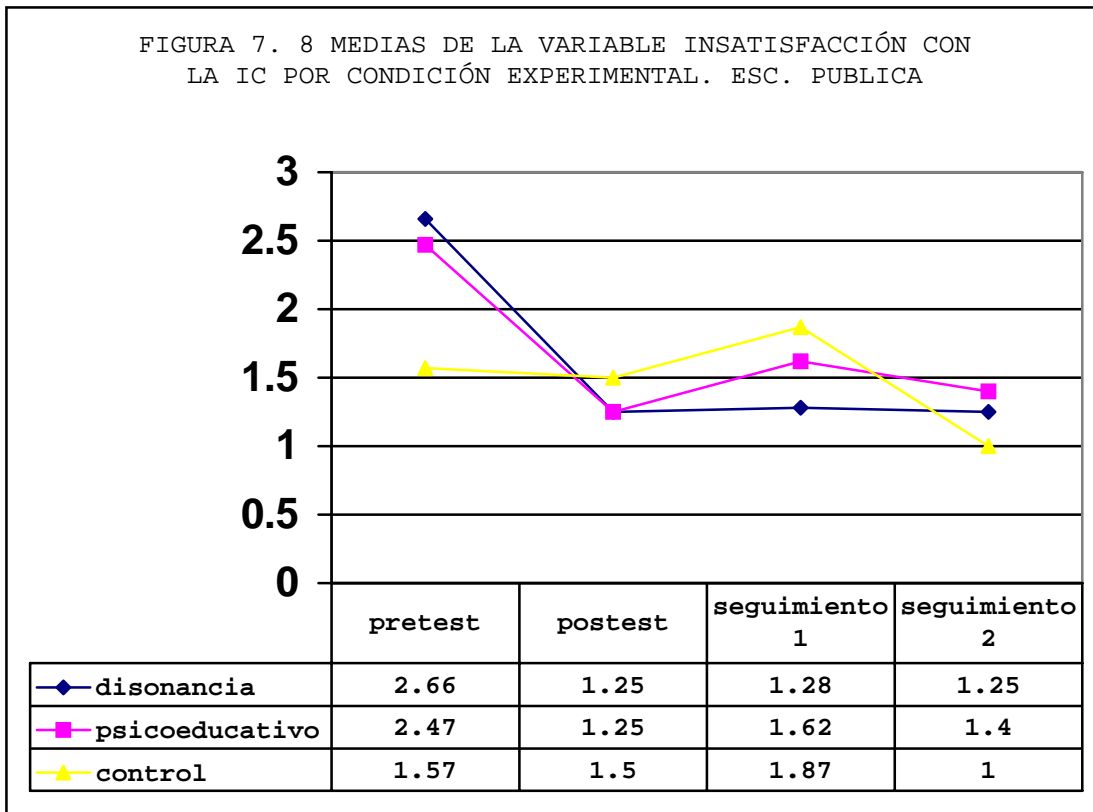


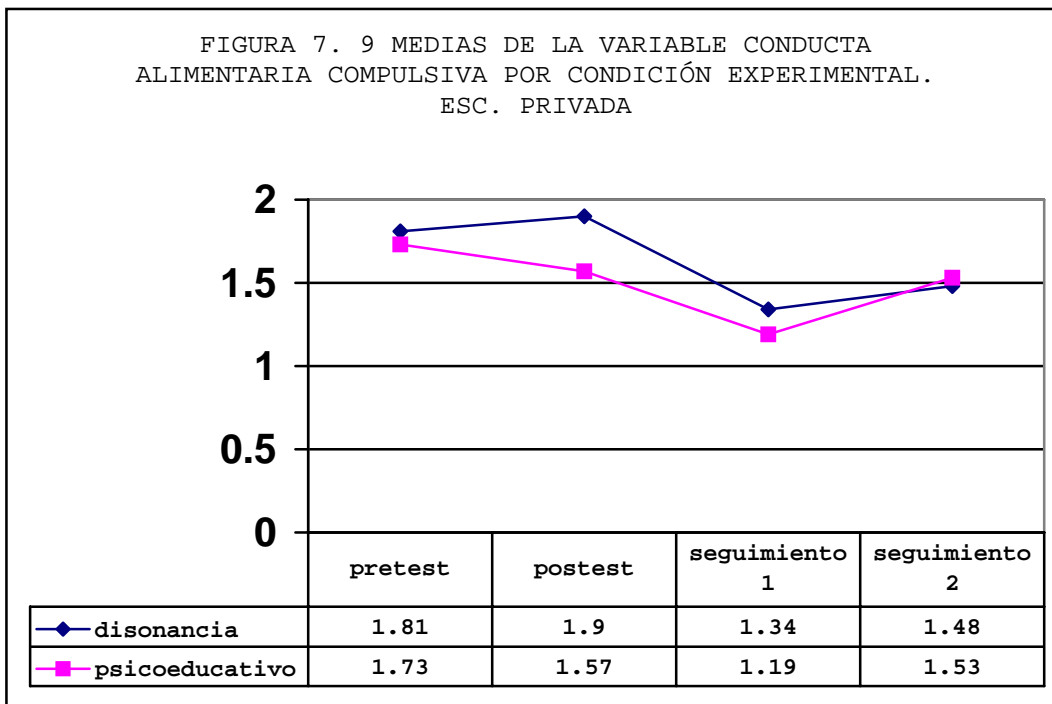


TABLA 7.16 RESULTADOS PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS. VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IC POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

			t	gl	Sig.
	Condición	Insatisfacción			
PRIVADA	Psicoeducativo	Pretest – postest	2.691	11	.021
		Pretest – seguimiento	.938	12	.367
		Postest – seguimiento	-.561	11	.586
	Disonancia cognoscitiva	Pretest – postest	.893	7	.402
		Pretest – seguimiento	1.472	13	.165
		Postest – seguimiento	1.070	7	.320
PÚBLICA	Psicoeducativo	Pretest – postest	2.535	18	.021
		Pretest – seguimiento	3.059	17	.007
		Postest – seguimiento	-.108	16	.915
	Disonancia cognoscitiva	Pretest – postest	2.754	11	.019
		Pretest – seguimiento	2.009	12	.068
		Postest – seguimiento	-.938	11	.368
	Control	Pretest – postest	1.655	7	.142
		Pretest – seguimiento	.814	7	.442
		Postest – seguimiento	-.600	7	.567

7.3.3.3 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

En la Figura 7.9 y Tabla 7.17, se puede observar, que las chicas de escuela privada de ambos grupos no manifestaron cambios estadísticamente significativos en la variable conducta alimentaria compulsiva después de ser expuestos a los programas; en el periodo de seguimiento las alumnas de disonancia redujeron sus niveles de  $\bar{x}_{pretest}=1.81$ , a  $\bar{x}_{seguimiento1}=1.34$ ; las estudiantes del grupo psicoeducativo redujeron los niveles de  $\bar{x}_{pretest}=1.73$  a  $\bar{x}_{seguimiento1}=1.19$ , resultando estadísticamente significativa la diferencia para este grupo ( $t(12)=2.772, p=.017$ ), pero no para la condición de disonancia; sin embargo se presentó un tamaño del efecto bastante alto  $d=.94$  (ver Tabla 7.17). En el seguimiento 2, el grupo disonante mantuvo el nivel sin riesgo del seguimiento 1; mientras que el otro grupo se trasladó a un nivel de riesgo como en el pretest (el punto de riesgo para esta variable es 1.51).



Como se observa en la figura 7. 10, las alumnas de los tres grupos de la escuela pública redujeron sus niveles de conducta alimentaria compulsiva, siendo más evidente en el grupo de disonancia quienes pasaron de  $\bar{x}=1.7$  a  $\bar{x} = 1.2$  (de hecho fue en este grupo donde únicamente se produjeron diferencias significativas pretest – postest, ver Tabla 7.17). En el periodo de seguimiento 1, las alumnas de los tres grupo redujeron sus niveles en esta variable en comparación con el postest, las alumnas del programa de disonancia fueron las que presentaron el nivel más bajo de conducta alimentaria compulsiva, pero no resultó significativa esta diferencia, pero si en los grupos psicoeducativo y en lista de espera (ver Tabla 7.17). En el seguimiento 2, llama la atención que las alumnas del grupo disonante (escuela pública) aumentaron su promedio de conducta alimentaria compulsiva en relación al seguimiento 1.

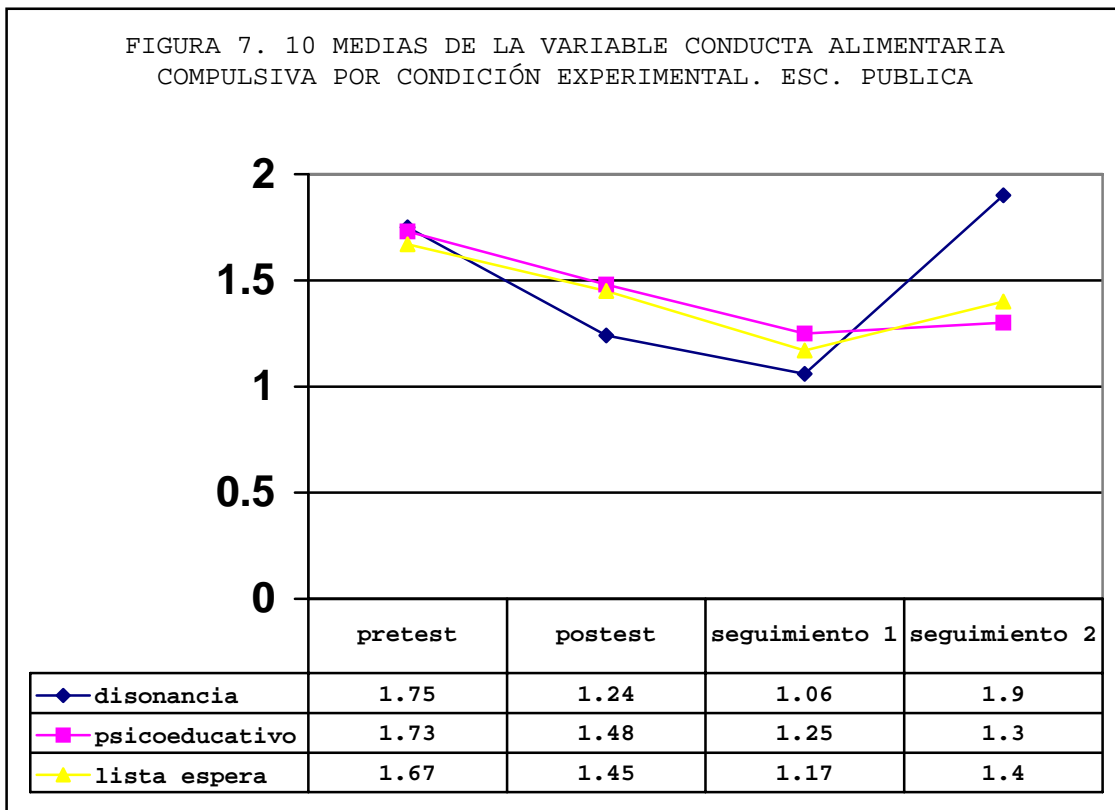
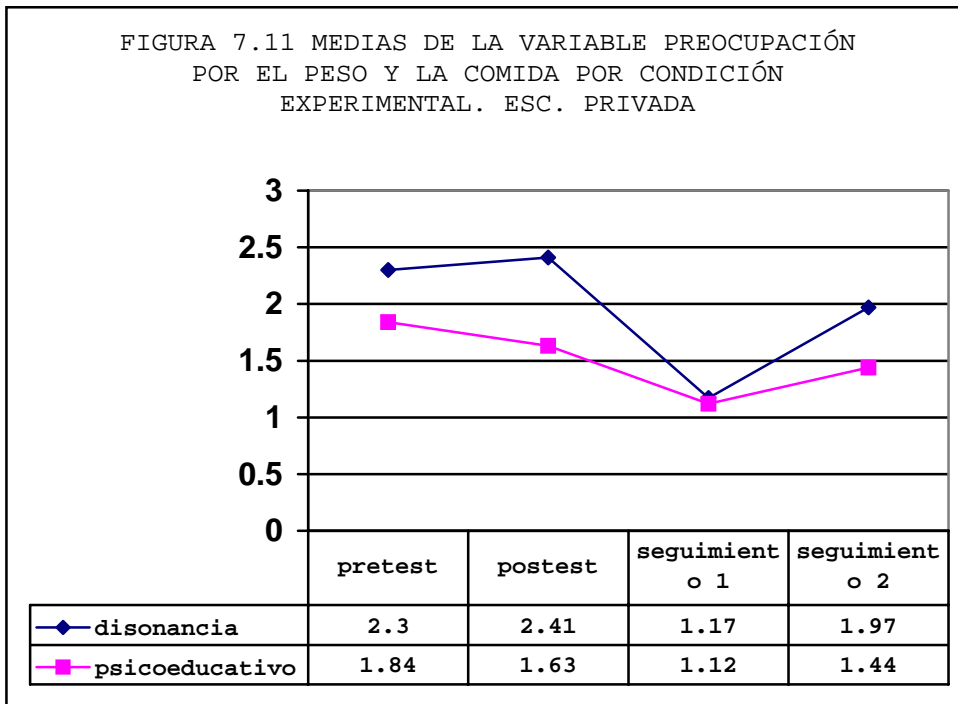


TABLA 7.17 RESULTADOS PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS. VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

CONDICIÓN		Conducta alimentaria compulsiva	t	gl	Sig.
PRIVADA	Psicoeducativo	Pretest –postest	1.273	11	.229
		Pretest – seguimiento	2.772	12	.017
		Postest – seguimiento	1.676	11	.122
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	-.340	6	.746
		Pretest – seguimiento	1.699	13	.113
		Postest – seguimiento	1.466	6	.193
PÚBLICA	Psicoeducativo	Pretest –postest	1.866	12	.087
		Pretest – seguimiento	2.772	18	.013
		Postest – seguimiento	.965	13	.352
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	2.529	10	.030
		Pretest – seguimiento	4.533	12	.001
		Postest – seguimiento	1.491	10	.167
	control	Pretest –postest	1.551	7	.165
		Pretest – seguimiento	2.964	7	.021
		Postest – seguimiento	2.516	7	.040

7.3.3.4 PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

Como se puede ver en la Figura 7.11 y en la Tabla 7.18, las alumnas de escuela privada de ambos grupos no presentaron cambios estadísticamente significativos en la variable preocupación por el peso y la comida después de ser expuestas al programa de prevención. No obstante, en el periodo de seguimiento 1 ambos grupos redujeron significativamente (ver Tabla 7.18) sus niveles de preocupación, las adolescentes del grupo de disonancia de la categoría de “a veces” a “nunca”, y ambos grupos de un nivel de riesgo a uno sin riesgo. En el seguimiento 2 ambos grupos aumentaron su preocupación por el peso y la comida sin llegar a sus valores iniciales.



Entre las alumnas de escuela pública se presentó reducción en la preocupación por el peso y la comida en los tres grupos tanto en el postest como en el seguimiento 1, estas diferencias fueron significativas en todos los casos excepto en el pretest - postest del grupo psicoeducativo (ver Tabla 7.18 y figura 7.12). Para el seguimiento 2, los tres grupos tendieron a regresar a sus promedios del pretest, siendo más evidente en el grupo psicoeducativo.

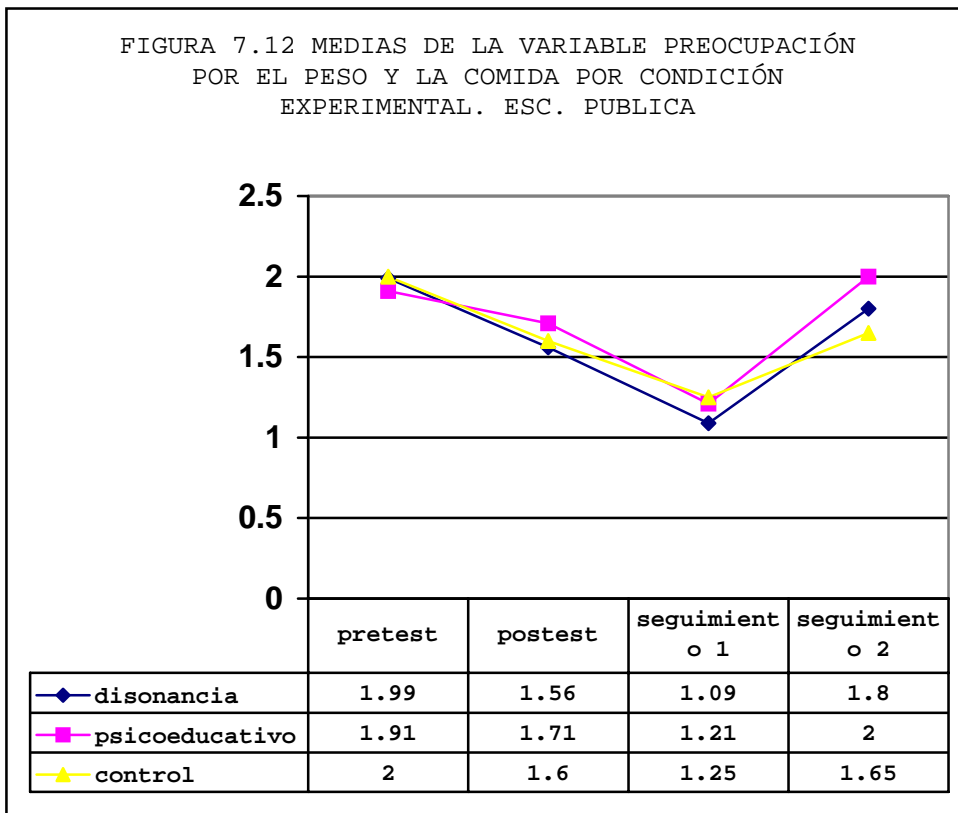
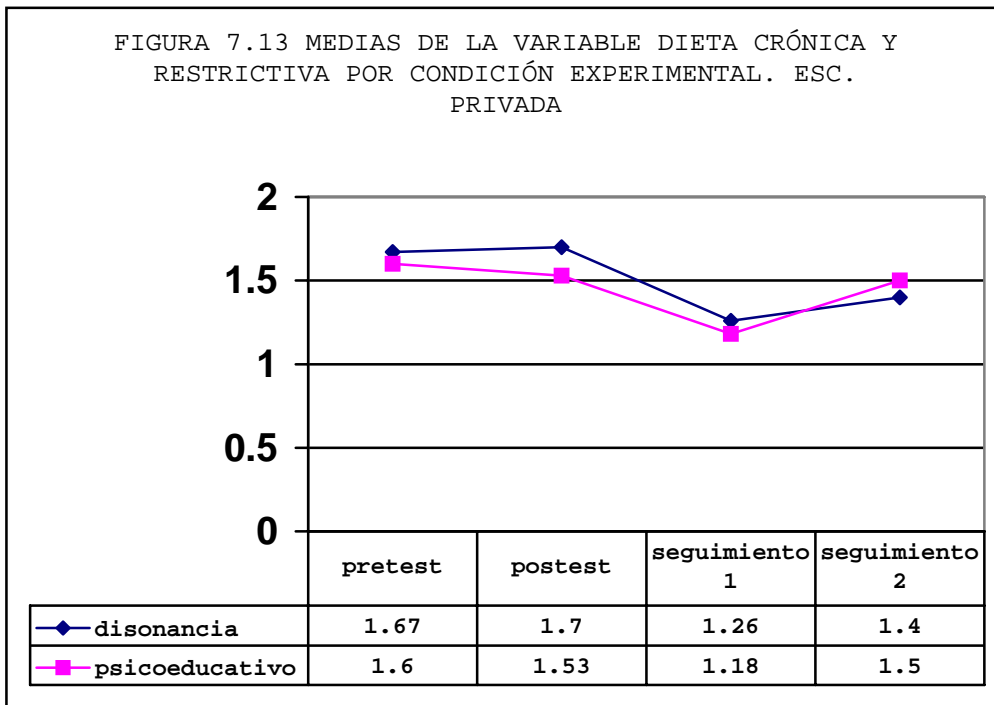


TABLA 7.18 RESULTADOS PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS. VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

TIPO_ESC	CONDICIÓN	PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	t	gl	Sig.
PRIVADA	Psicoeducativo	Pretest –postest	1.179	10	.266
		Pretest – seguimiento	3.629	11	.004
		Postest – seguimiento	3.182	11	.009
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	-.228	5	.829
		Pretest – seguimiento	4.614	12	.001
		Postest – seguimiento	2.305	6	.061
PÚBLICA	Psicoeducativo	Pretest –postest	1.276	13	.224
		Pretest – seguimiento	4.148	19	.001
		Postest – seguimiento	2.870	13	.013
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	3.175	11	.009
		Pretest – seguimiento	4.785	12	.000
		Postest – seguimiento	3.290	11	.007
	Control	Pretest –postest	3.075	7	.018
		Pretest – seguimiento	4.268	7	.004
		Postest – seguimiento	2.600	7	.035

7.3.3.5 DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA

En la Figura 7.13 y en la Tabla 7.19, se puede observar que las alumnas de escuela privada de los dos grupos experimentales no redujeron sus grados de seguimiento de dieta restrictiva después de las intervenciones. Como puede verse en la misma figura (7.13), las estudiantes de ambos grupos redujeron sus niveles en esta variable en la medición del seguimiento 1, sin embargo las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en el grupo psicoeducativo (pretest – posttest:  $t(12) = 3.559, p = .004$ ) (ver tabla 7.19). Se obtuvo un tamaño del efecto bastante bueno ( $d = .99$ ) para la condición de disonancia pretest – seguimiento 1. En el seguimiento 2, las participantes de ambos grupos, aumentaron sus niveles de dieta, resultando más evidente en el psicoeducativo; sin embargo, las chicas de ambas intervenciones se mantuvieron en un nivel sin riesgo (el punto de corte es 1.7).





En el grupo de escuela pública, las chicas de la condición de disonancia manifestaron en el pretest ( $\bar{x}=1.88$ ), el nivel más alto (en riesgo de sufrir un trastorno alimentario) de seguimiento de dieta restrictiva, y en el posttest el más bajo ( $\bar{x}=1.21$ ) en comparación con los otras condiciones (ver Figura 7.14); sin embargo, estas diferencias no fueron significativas pero se obtuvieron tamaños del efecto muy buenos ( $d_{\text{posttest}}=.94$ ,  $d_{\text{seguimiento 1}}=.99$ ). En el grupo psicoeducativo la reducción de 1.52 en el pretest a 1.34 en el posttest si resultó estadísticamente significativa ( $t(10)=2.334$ ,  $p=.042$ ) (ver Tabla 7.19). En el seguimiento 2, los tres grupos mantuvieron los niveles del seguimiento 1 (los promedios se ubicaron en la categoría sin riesgo, según el punto de corte, 1.7).

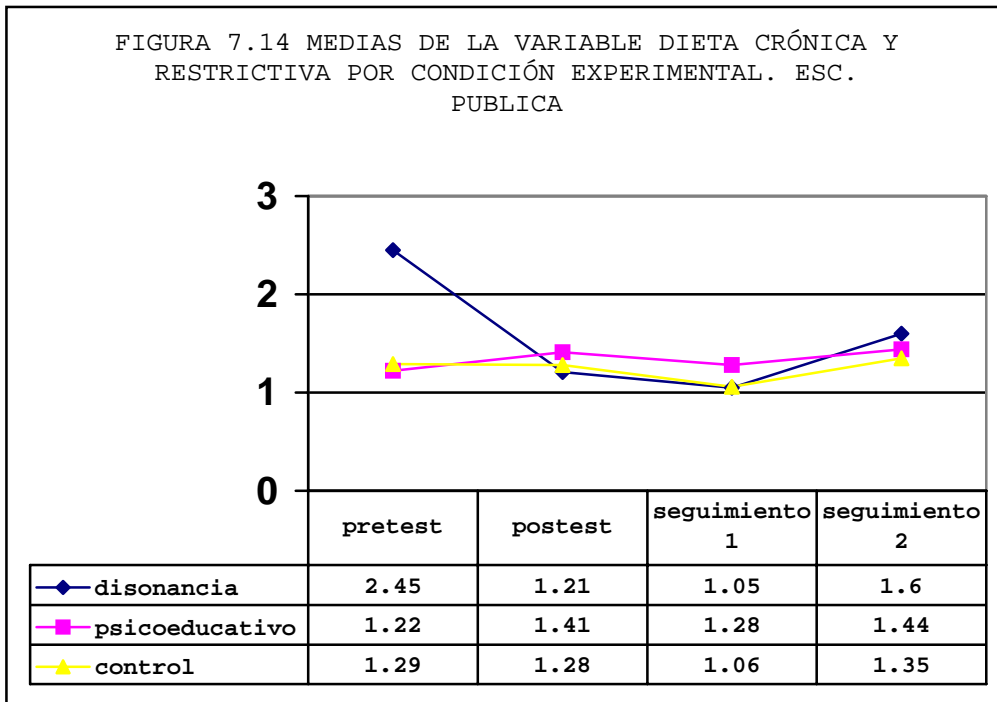


TABLA 7.19 RESULTADOS PRUEBA t DE STUDENT PARA MUESTRAS RELACIONADAS. VARIABLE DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA POR TIPO DE ESCUELA Y CONDICIÓN EXPERIMENTAL

CONDICIÓN		DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA	t	gl	Sig.
PRIVADA	Psicoeducativo	Pretest –postest	.819	11	.430
		Pretest – seguimiento	3.559	12	.004
		Postest – seguimiento	3.099	11	.010
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	-.235	7	.821
		Pretest – seguimiento	1.871	13	.084
		Postest – seguimiento	1.069	7	.321
PÚBLICA	Psicoeducativo	Pretest –postest	2.334	10	.042
		Pretest – seguimiento	1.591	17	.130
		Postest – seguimiento	-.056	12	.956
	Disonancia cognoscitiva	Pretest –postest	1.599	12	.136
		Pretest – seguimiento	1.742	12	.107
		Postest – seguimiento	1.566	12	.143
	Control	Pretest –postest	-.276	6	.792
		Pretest – seguimiento	1.655	6	.149
		Postest – seguimiento	1.169	7	.281

7.3.4 RESULTADOS POSTEST (DESPUES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN)

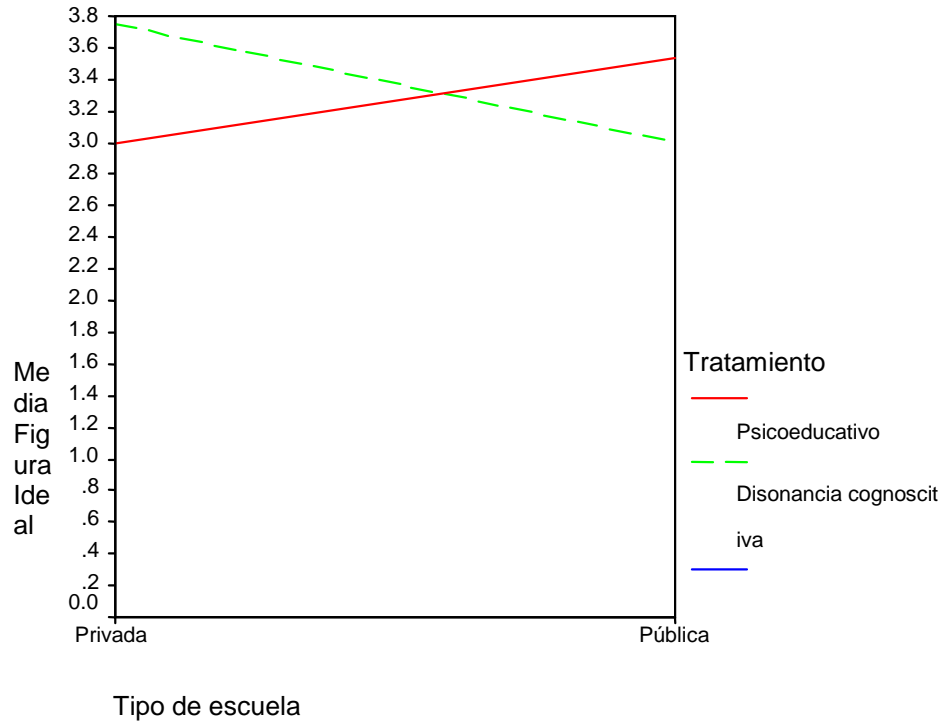
7.3.4.1 *Figura ideal*

Como se observa en la siguiente Tabla 7.20 no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente figura ideal, en ninguno de los efectos principales, ni en las interacciones, sin embargo se presentó una tendencia en la interacción tipo de escuela por tipo de prevención. Como se observa en la Figura 7.15, las participantes en el grupo disonante de escuela privada presentaron la silueta más gruesa como figura ideal, seguidas de las chicas de escuela pública de entrenamiento psicoeducativo, las alumnas de los grupos restantes se ubicaron en el mismo nivel sin riesgo.

TABLA 7.20 MANOVA. FIGURA IDEAL POR TIPO DE PREVENCIÓN, ESCUELA Y RIESGO. POSTEST

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Modelo corregido	9.330	9	1.037	.670	.732
Tipo de escuela	6.336E-02	1	6.336E-02	.041	.841
Programa de prevención	2.120E-02	2	1.060E-02	.007	.993
Riesgo	.102	1	.102	.066	.798
Tipo de escuela por programa	4.782	1	4.782	3.089	.085
Tipo de escuela por riesgo	1.587	1	1.587	1.025	.316
Programa por riesgo	2.503	2	1.252	.809	.451
Tipo de escuela por prevención y riesgo	.272	1	.272	.176	.677
Total	710.000	59			
Total corregido	85.186	58			

FIGURA 7.15 INTERACCION CON TENDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL POR TIPO DE ESCUELA Y PROGRAMA PREVENTIVO



#### *7.3.4.2 Insatisfacción con la imagen corporal*

Los resultados de la Tabla 7.21 indican que no se produjeron diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en ninguno de los efectos principales, pero sí en la interacción tipo de escuela por riesgo ( $F(1,57)=6.071$ ,  $p=.017$ ). Los análisis de la Tabla 7.22 muestran que las diferencias fueron significativas en el efecto del nivel de riesgo para las chicas de escuela pública, pero no para aquellas de escuela privada.

En la Figura 7.16, se puede observar que fueron únicamente las chicas de escuela pública con riesgo alto (insatisfacción más dieta restrictiva) las que presentaron niveles altos de insatisfacción. Dentro de la misma figura llama la atención que las participantes de escuela privada con alto riesgo, después de ser expuestas a sus prevenciones se ubicaron en un nivel sin riesgo.

TABLA 7.21 MANOVA. INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE PREVENCIÓN, ESCUELA Y RIESGO. POSTEST

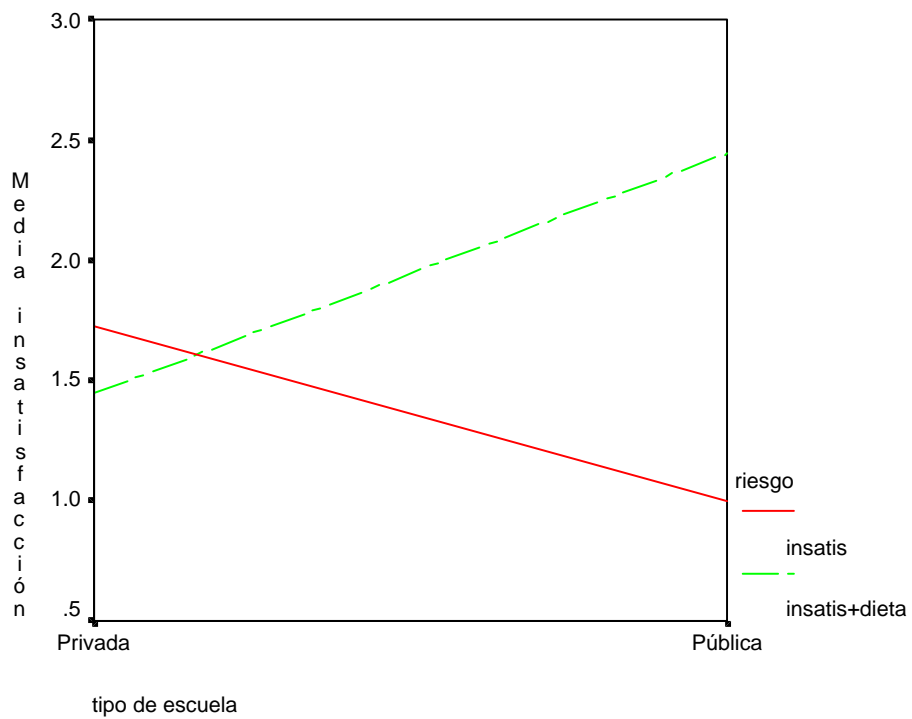
Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo 1	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Tipo de escuela	0.03407	1	3.407E-02	.011	.917
Programa de prevención	1.955	2	.978	.318	.729
Riesgo	5.301	1	5.301	1.724	.195
Tipo de escuela por programa	1.677	1	1.677	.545	.464
Tipo de escuela por riesgo	18.672	1	18.672	6.071	.017
Programa por riesgo	4.204	2	2.102	.683	.510
Tipo de escuela por prevención y por riesgo	.275	1	.275	.090	.766

TABLA 7.22 PRUEBA POST HOC BONFERRONI. TIPO DE ESCUELA Y RIESGO

Tipo de escuela	(I) Riesgo	(J) Riesgo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	Sig.
Privada	Bajo	Alto	.777	.591	.195
	Alto	Bajo	-.777	.591	.195
Pública	Bajo	Alto*	-1.146*	.564	.048
	Alto	Bajo *	1.146*	.564	.048

\* La diferencia de medias es significativa al nivel de .05.

FIGURA 7.16 INTERACCION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA. INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL POR TIPO DE ESCUELA Y RIESGO



7.3.4.3 Conducta alimentaria compulsiva

En la variable conducta alimentaria compulsiva, se produjeron diferencias significativas sólo en la variable independiente riesgo ( $F(1, 50) = 6.853, p = .012$ ) (ver Tabla 7.23). Las medias de conducta alimentaria compulsiva señalan que las participantes de bajo riesgo ( $\bar{x} = 1.34, s = .33$ ) manifestaron los niveles más bajos en esta variable que aquellas con alto riesgo ( $\bar{x} = 1.87, s = .94$ ).

TABLA 7.23 MANOVA. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR TIPO DE PREVENCIÓN, ESCUELA Y RIESGO. POSTEST

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
	tipo 1				
Modelo corregido	5.140	9	.571	1.557	.161
Tipo de escuela	1.225	1	1.225	3.340	.075
Programa de prevención	4.430E-02	2	2.215E-02	.060	.941
Riesgo	2.514	1	2.514	6.853	.012
Tipo de escuela por programa	.478	1	.478	1.303	.260
Tipo de escuela por riesgo	9.006E-02	1	9.006E-02	.245	.623
Programa por riesgo	2.650E-02	2	1.325E-02	.036	.965
Tipo de escuela por prevención y por riesgo	.762	1	.762	2.076	.157
Total	135.791	51			
Total corregido	20.182	50			



7.3.4.4 Preocupación por el peso y la comida

Con respecto a la preocupación por el peso y la comida, el análisis de medidas repetidas indicó que se encontraron diferencias significativas en el efecto principal riesgo ( $F(1, 52)=9.042, p=.004$ ), y en la interacción tipo de escuela por riesgo ( $F(1)=7.549, p=.009$ ) (ver Tabla 7.24). Los análisis de la Tabla 7.25 indican que las diferencias fueron significativas en el efecto del nivel de riesgo para las chicas de escuela pública, pero no para aquellas de escuela privada.

TABLA 7.24 MANOVA. PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL POR TIPO DE PREVENCIÓN, ESCUELA Y RIESGO. POSTEST

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media	F	Sig.
	tipo 1		cuadrada		
Tipo de escuela	.535	1	.535	1.135	.293
Programa de prevención	.908	2	.454	.963	.390
Riesgo	4.262	1	4.262	9.042	.004
Tipo de escuela por programa	1.344	1	1.344	2.851	.099
Tipo de escuela por riesgo	3.558	1	3.558	7.549	.009
Programa por riesgo	.899	2	.449	.954	.394
Tipo de escuela por prevención y por riesgo	.995	1	.995	2.111	.154

En la Figura 7.17 A se grafican las medias de preocupación por riesgo y tipo de escuela, en esta se puede observar que únicamente las alumnas de escuela pública con riesgo bajo, manifestó niveles sin riesgo después de recibir intervención. En la gráfica 7.17 B, se puede observar que al invertir los ejes, se presenta una interacción no ordinal entre las mismas variables de la figura anterior, debido a esta representación (no ordinal), no se interpretan las medias debidas a los efectos principales estadísticamente significativos (riesgo, véase Tabla 7.24).

TABLA 7.25 PRUEBA POST HOC BONFERRONI. TIPO DE ESCUELA Y RIESGO

Tipo de escuela	(I) Riesgo	(J) Riesgo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	Sig.
Privada	Bajo	Alto	1.157E-03	.267	.997
	Alto	Bajo	-1.157E-03	.267	.997
Pública	Bajo	Alto*	-.741 *	.226	.002
	Alto	Bajo*	.741 *	.226	.002

\* La diferencia de medias es significativa al nivel de .05.

FIGURA 7.17 A INTERACCION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR TIPO DE ESCUELA Y RIESGO

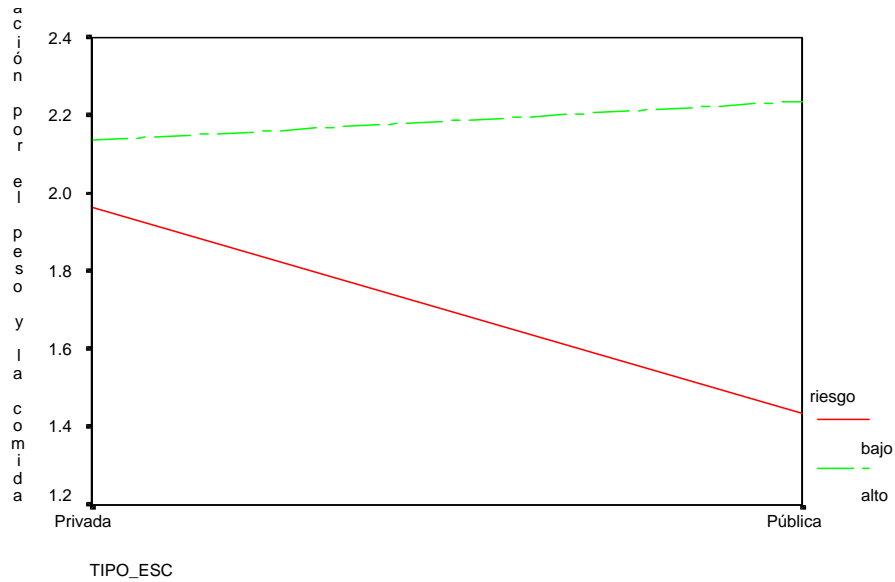
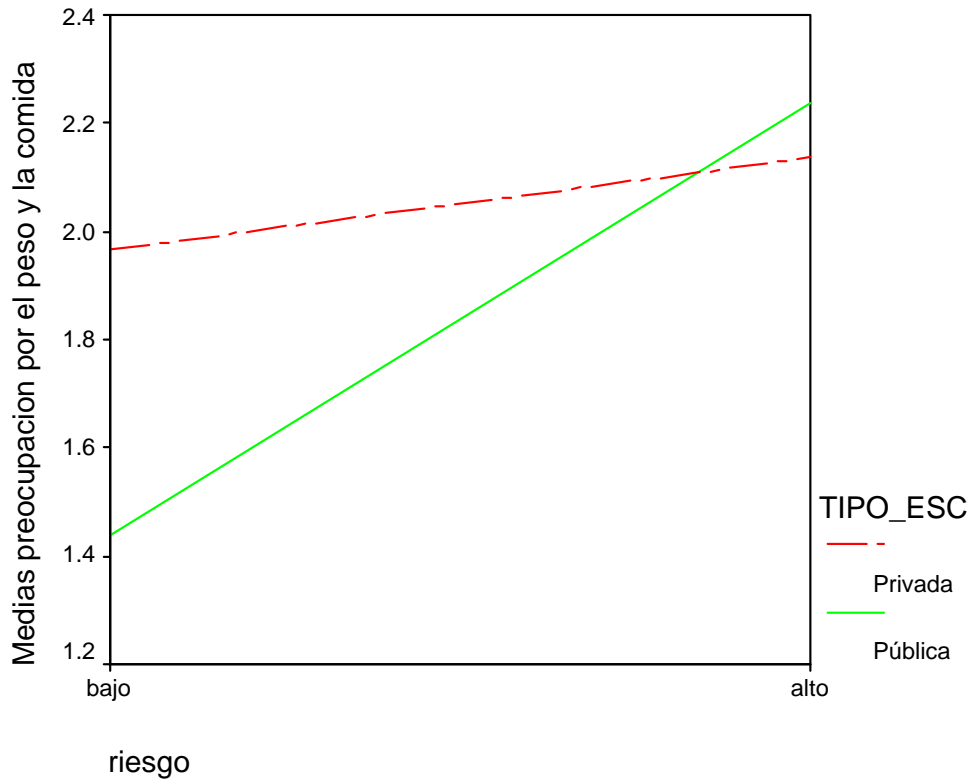


FIGURA 7.17 B INTERACCION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR TIPO DE ESCUELA Y RIESGO INVERSION DE EJES



7.3.4.5 Dieta crónica y restrictiva

Los resultados de la Tabla 7.26, señalan que se produjeron diferencias significativas en la variable dieta crónica y restrictiva en los efectos principales tipo de escuela ( $F(1, 52)=7.375, p=.009$ ) y riesgo ( $F(1, 52)=4.567, p=.038$ ), también se encuentran unas tendencias en algunas interacciones, tipo de escuela por riesgo, y tipo de prevención por riesgo.

TABLA 7.26 MANOVA. DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA POR TIPO DE PREVENCIÓN, ESCUELA Y RIESGO. POSTEST

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada	F	Sig.
Modelo corregido	4.174	9	.464	2.820	.011
Tipo de escuela	1.213	1	1.213	7.375	.009
Programa de prevención	3.908E-03	2	1.954E-03	.012	.988
Riesgo	.751	1	.751	4.567	.038
Tipo de escuela por programa	.205	1	.205	1.247	.270
Tipo de escuela por riesgo	.634	1	.634	3.854	.056
Programa por riesgo	.936	2	.468	2.844	.069
Tipo de escuela por prevención y por riesgo	.431	1	.431	2.622	.113
Total	115.969	53			
Total corregido	11.247	52			

En la Figura 7.19, se puede observar que aquellas chicas que recibieron programa de prevención, independientemente de su nivel de riesgo, redujeron sus niveles de dieta, fenómeno que no sucedió entre las alumnas de alto riesgo que estuvieron en lista de espera, quienes manifestaron el nivel más alto de dieta en el postest. Mientras que en la Figura 7.18 se observa, que las participantes de bajo riesgo de escuela pública fueron las que manifestaron los promedios más bajos de dieta.

FIGURA 7.18 INTERACCION CON TENDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LA VARIABLE DIETA CRÒNICA Y RESTRICTIVA POR TIPO DE ESCUELA Y RIESGO

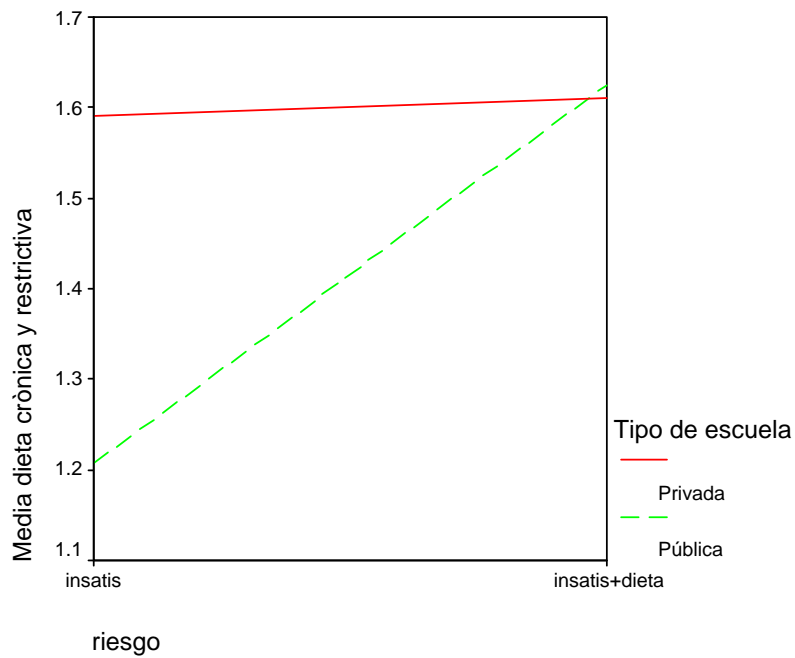
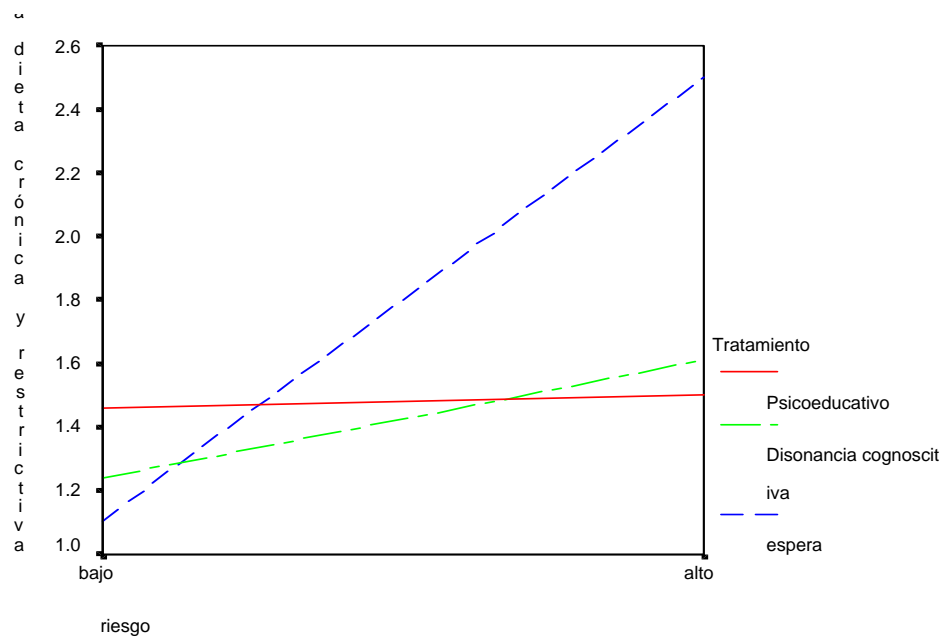


FIGURA 7.19 INTERACCION CON TENDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LA VARIABLE DIETA CRÒNICA Y RESTRICTIVA POR TIPO DE PROGRAMA PREVENTIVO Y RIESGO



#### 7.4 RESULTADOS SEGUIMIENTO 2 (UN AÑO DESPUES)

Debido a la muerte experimental, en el seguimiento 2 se trabajó al final con tamaños de “n s” muy pequeños, las celdas para realizar los análisis estadísticos por tipo de escuela y tratamiento por separado no eran suficientes, por lo que se decidió, para este momento de medición, trabajar únicamente por tipo de prevención y se omitió tipo de escuela. Los resultados se presentan en seguida.

Como se observa en la siguiente tabla (7.27), el análisis de varianza indicó que no se produjeron diferencias significativas en las variables dependientes dependiendo del tipo de tratamiento en el seguimiento 2.

TABLA 7.27 ANOVA . RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES POR TIPO DE PROGRAMA PREVENTIVO (PSICOEDUCATIVO, DISONANCIA Y ESPERA)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Figura ideal	Entre grupos	2.589	2	1.294	.509	.606
	Dentro de grupos	86.493	34	2.544		
	Total	89.081	36			
Insatisfacción	Entre grupos	2.700	2	1.350	.874	.427
	Dentro de grupos	52.543	34	1.545		
	Total	55.243	36			
Preocupación por el peso y la comida	Entre grupos	.602	2	.301	.705	.502
	Dentro de grupos	14.085	33	.427		
	Total	14.687	35			
Dieta crónica y restrictiva	Entre grupos	.059	2	.030	.097	.908
	Dentro de grupos	10.077	33	.305		
	Total	10.137	35			
Conducta alimentaria compulsiva	Entre grupos	1.229	2	.614	1.179	.320
	Dentro de grupos	17.198	33	.521		
	Total	18.426	35			

La Tabla 7.28 indica que no se produjeron diferencias significativas antes – seguimiento 2, un año después, de recibir el programa de prevención psicoeducativo, en ninguna de las variables dependientes.

TABLA 7.28 t DE STUDENT MUESTRAS PAREADAS. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ANTES – SEGUIMIENTO 2 PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

	Diferencias pareadas		t	gl	Sig.
	$\bar{x}$	D. E.			
Figura ideal antes – seguimiento 2	.0000	1.15470	.000	12	1.000
Satisfacción/insatisfacción antes – seguimiento 2	-.0769	1.25576	-.221	12	.829
Conducta alimentaria compulsiva antes – seguimiento 2	.0000	.43502	.000	11	1.000
Preocupación por el peso y la comida antes – seguimiento 2	-.1538	.57653	-.962	12	.355
Dieta crónica y restrictiva antes seguimiento 2	-.0729	.40049	-.631	11	.541

Se produjeron diferencias significativas en la variable figura ideal antes – seguimiento 2 en el programa de disonancia cognoscitiva y una tendencia en insatisfacción con la imagen corporal (ver Tabla 7.29). Las medias de las Tabla 7.30 señalan que las chicas de este grupo pasaron, en ambas variables, de un nivel de riesgo (pretest) a uno sin riesgo (seguimiento 2) (el punto de corte para figura ideal es 2.77, y el de insatisfacción es 1.52).

TABLA 7.29 t DE STUDENT MUESTRAS PAREADAS. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ANTES – SEGUIMIENTO 2 PROGRAMA DISONANCIA

	Diferencias pareadas				
	$\bar{x}$	D.E.	t	gl	Sig.
Figura ideal antes – seguimiento 2	-1.0588	1.78433	-2.447	16	.026
Satisfacción/insatisfacción antes – seguimiento 2	.9412	2.04544	1.897	16	.076
Conducta alimentaria compulsiva antes – seguimiento 2	-.1027	.60607	-.678	15	.508
Preocupación por el peso y la comida antes – seguimiento 2	.0903	.75492	.478	15	.639
Dieta crónica y restrictiva antes seguimiento 2	.3917	1.13573	1.336	14	.203



TABLA 7.30 MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLES DEPENDIENTES  
SEGUIMIENTO 2 PROGRAMA DISONANCIA

		$\bar{x}$	D. E.
Par 1	Figura ideal antes	2.7647	1.30045
	Seguimiento 2	3.8235	1.74052
Par 2	Satisfacción/insatisfacción antes	2.4118	1.50245
	Seguimiento 2	1.4706	1.23073

En la Tabla 7.31 se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables dependientes pretest – seguimiento 2 en el grupo de alumnas en lista de espera.

TABLA 7.31. t DE STUDENT MUESTRAS PAREADAS. RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ANTES – SEGUIMIENTO LISTA DE ESPERA

	Diferencias pareadas				
	$\bar{x}$	D. E.	t	gl	Sig.
Figura ideal antes – seguimiento 2	-.7143	1.38013	-1.369	6	.220
Satisfacción/insatisfacción antes – seguimiento 2	.5714	1.61835	.934	6	.386
Conducta alimentaria compulsiva antes – seguimiento 2	.1524	.21555	1.871	6	.110
Preocupación por el peso y la comida antes – seguimiento 2	.4122	.46959	2.323	6	.059
Dieta crónica y restrictiva antes seguimiento 2	-.0625	.06847	-2.236	5	.076

### 7.5 SIGNIFICANCIA CLINICA

De acuerdo con Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) un cambio en psicoterapia es clínicamente significativo cuando el participante pasa o se mueve de un rango disfuncional a uno funcional. La significancia clínica es una prueba complementaria en la evaluación del efecto en las variables dependientes (respuesta de los participantes al tratamiento). Con el propósito de investigar la significancia clínica de los resultados debidos a los programas preventivos, se obtuvieron los puntos de corte para determinar si las participantes transitaron de un nivel de riesgo a uno sin riesgo, o viceversa. Se habla de riesgo o sin riesgo y no de nivel funcional o disfuncional, debido a que las intervenciones realizadas en la presente investigación son de carácter preventivo, y no curativo, se trabajó con población general y no con pacientes diagnosticadas clínicamente. En la Tabla 7.32 se presentan los puntos de corte obtenidos con el criterio C, propuesto por Jacobson y col. (1984). Las participantes que caen por arriba de los valores expuestos, en la Tabla 7.32, de insatisfacción con la imagen corporal (1.52), conducta alimentaria compulsiva (1.51), preocupación por el peso y la comida (1.80) y dieta crónica y restrictiva (1.7), se encuentran en la categoría de "riesgo" para desarrollar un trastorno alimentario. Cuando las alumnas se ubican por debajo de estos valores, se puede decir esta sin riesgo de padecer este tipo de desordenes. En el caso específico de la variable figura ideal, si las alumnas se ubican por arriba de 2.77 se encuentran fuera de riesgo.

TABLA 7.32 PUNTOS DE CORTE (C), PARA DETERMINAR SIGNIFICANCIA CLÍNICA O TERAPEUTICA EN LAS PARTICIPANTES DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

VARIABLE	PUNTO DE CORTE
FIGURA IDEAL	2.77
INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	1.52
CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	1.51
PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	1.80
DIETA CRÓNICA RESTRICTIVA	1.7

$$C^* = \frac{S_0 (\bar{x}_1) + S_1 (\bar{x}_0)}{S_0 + S_1}$$

Donde

$\bar{x}_1$  = Promedio de los valores pretest de los grupos experimental y control

$\bar{x}_0$  = Promedio de los valores de la población sin riesgo

$S_0 = S_1$  = desviación estándar del grupo control, normal y grupo experimental

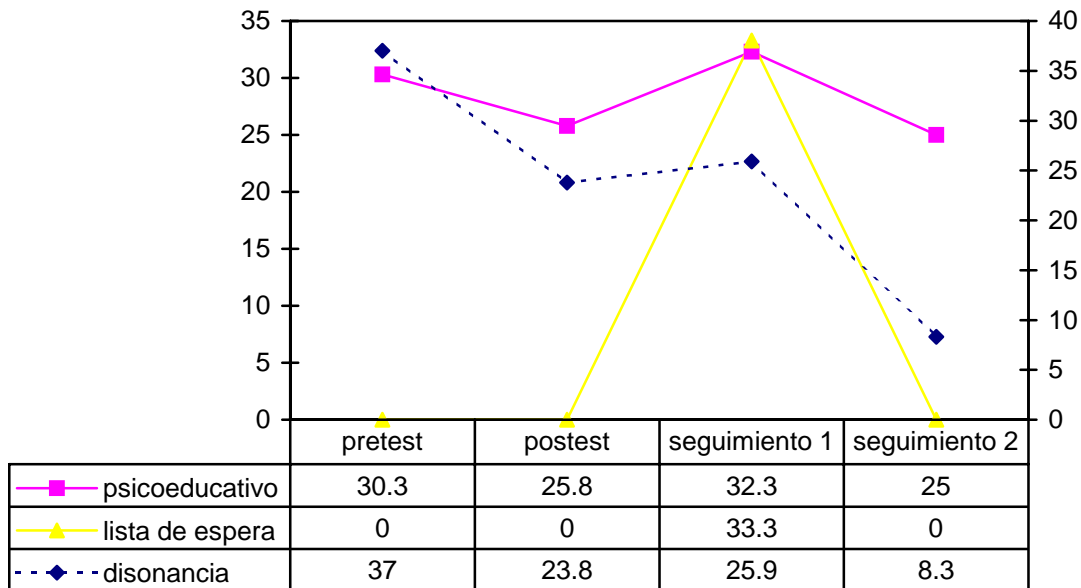
Pre tratamiento

\*Fórmula propuesta por Jacobson, Follette, y Revenstorf (1984)

7.5.1 FIGURA IDEAL

En la Figura 7.20 se pueden observar varios aspectos interesantes: primero, que las chicas ubicadas en el programa de disonancia manifestaron los porcentajes más altos de riesgo en figura ideal (siluetas muy delgadas) antes de recibir prevención. Segundo, cero por ciento de las participantes del grupo en lista de espera, se ubicaron con riesgo. Tercero, el grupo disonante fue disminuyendo el riesgo paulatinamente en la figura ideal, de un 37% en el pretest hasta la última medición (seguimiento un año), donde sólo un ocho por ciento de las participantes se ubicó en esta categoría.

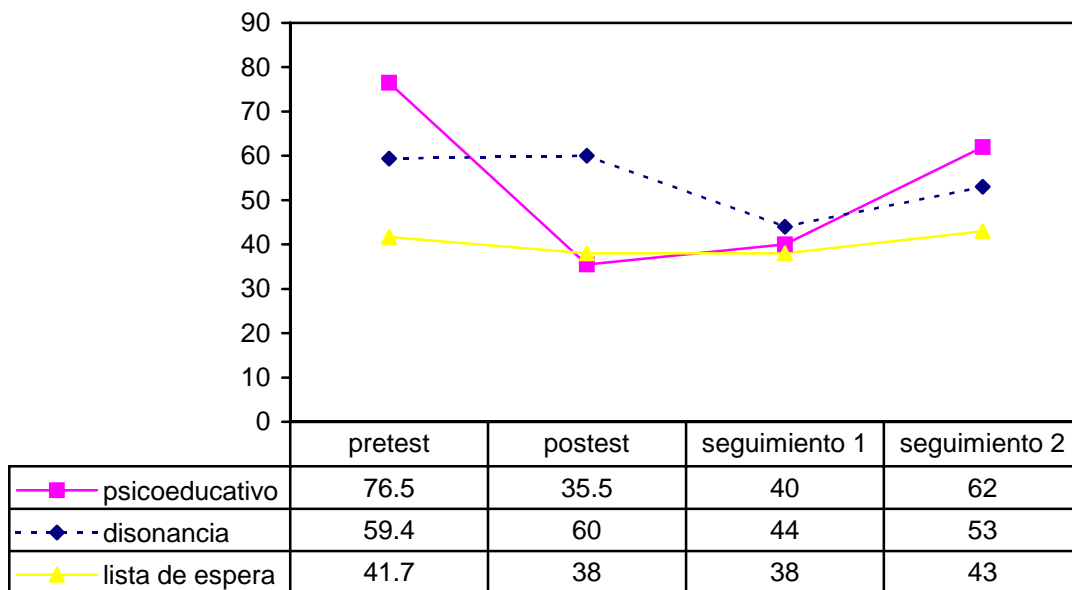
FIGURA 7.20 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL RIESGO DE ACUERDO CON EL PUNTO DE CORTE C=2.77. FIGURA IDEAL



### 7.5.2 INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

En la Figura 7.21, se puede observar que las chicas del grupo psicoeducativo manifestaron una evidente reducción del riesgo antes (76%) - después (35%) de recibir intervención, de insatisfacción con la imagen corporal, sin embargo en el último seguimiento (un año después) las participantes tendieron a regresar a su nivel de riesgo (62%). También se puede ver que las alumnas del grupo disonante prácticamente no presentaron cambio en el riesgo antes (59%) - después (60%) de recibir el programa, pero si lo disminuyeron en el seguimiento 1 (44%) y seguimiento 2 (53%). El grupo que no recibió intervención, mantuvo porcentajes constantes en los cuatro momentos de medición.

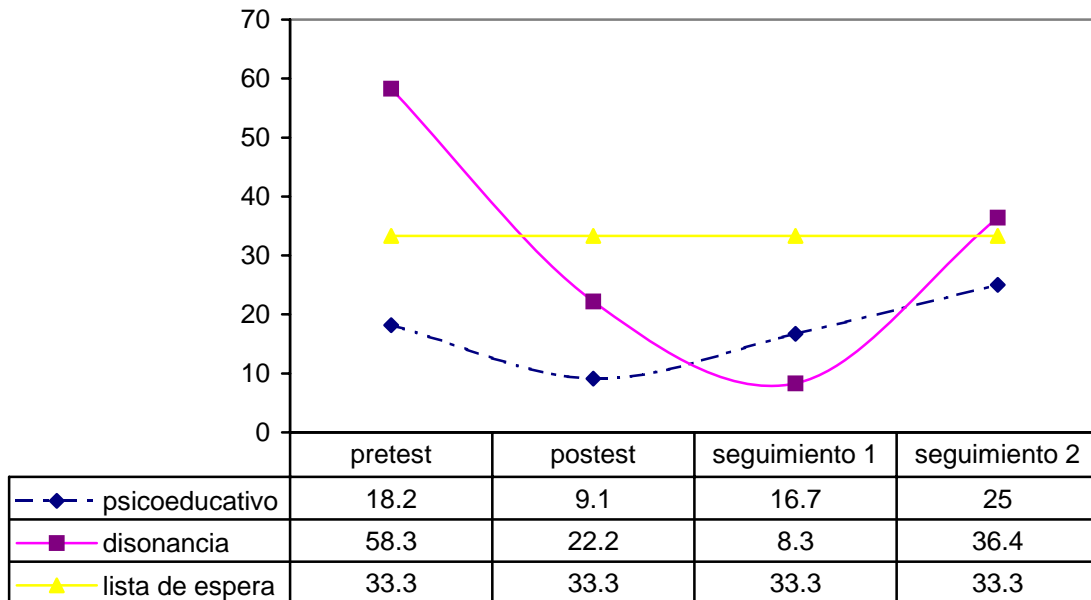
FIGURA 7.21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL RIESGO DE ACUERDO CON EL PUNTO DE CORTE  $C = 1.52$ . INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL



7.5.3 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Los datos en la Figura 7.22, muestran resultados interesantes: primero, las chicas que no recibieron tratamiento (lista de espera) presentaron porcentajes de riesgo en conducta alimentaria compulsiva exactamente iguales en las cuatro mediciones. Segundo las participantes del grupo disonante, manifestaron, los porcentajes más altos de riesgo en esta variable antes de recibir prevención, no obstante, fueron las que manifestaron el nivel más bajo de riesgo en el seguimiento 1 (8.3%). Tercero las alumnas de la prevención psicoeducativa redujeron el riesgo después de ser expuestas a ésta, sin embargo, en los seguimientos 1 y 2 tendieron a regresar a los niveles originales de riesgo, siendo las del grupo de disonancia las únicas que redujeron el riesgo desde el pretest al seguimiento 1.

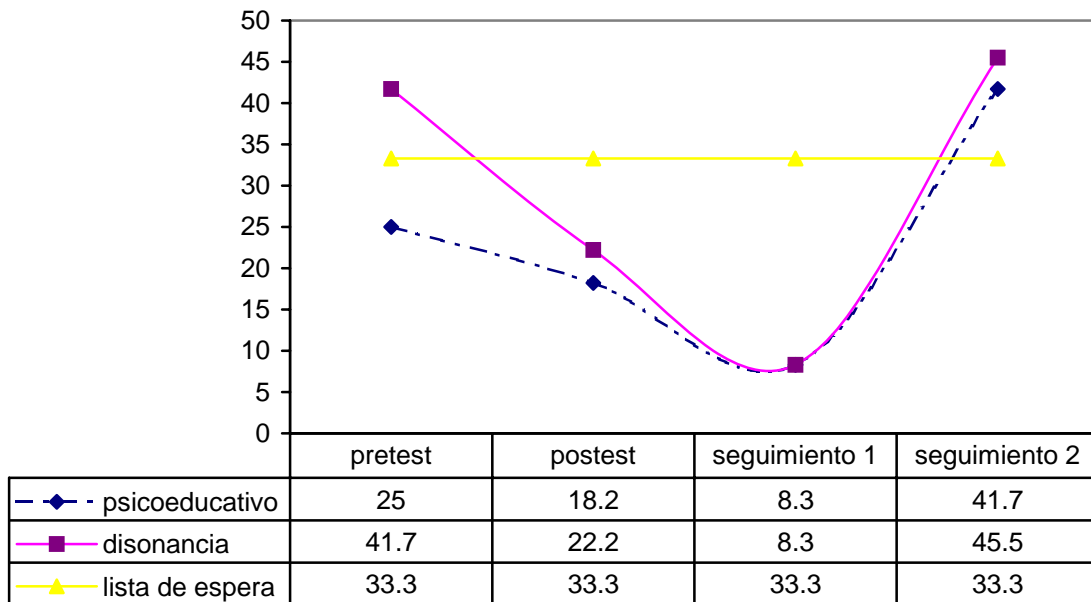
FIGURA 7.22 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL RIESGO DE ACUERDO CON EL PUNTO DE CORTE C = 1.51. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA



7.5.4 PREOCUPACION POR EL PESO Y LA COMIDA

Al igual que en la figura anterior, los datos de la siguiente, muestran que las participantes en lista de espera, tienen los mismos porcentajes de riesgo en la variable preocupación por el peso y la comida en las cuatro mediciones; mientras que las chicas de los grupos que recibieron prevención redujeron sus niveles después y en el seguimiento 1, no obstante llama la atención que las chicas de intervención psicoeducativa aumentaron su riesgo en el seguimiento 2 (42%) a partir del pretest (25%) (ver Figura 7.23).

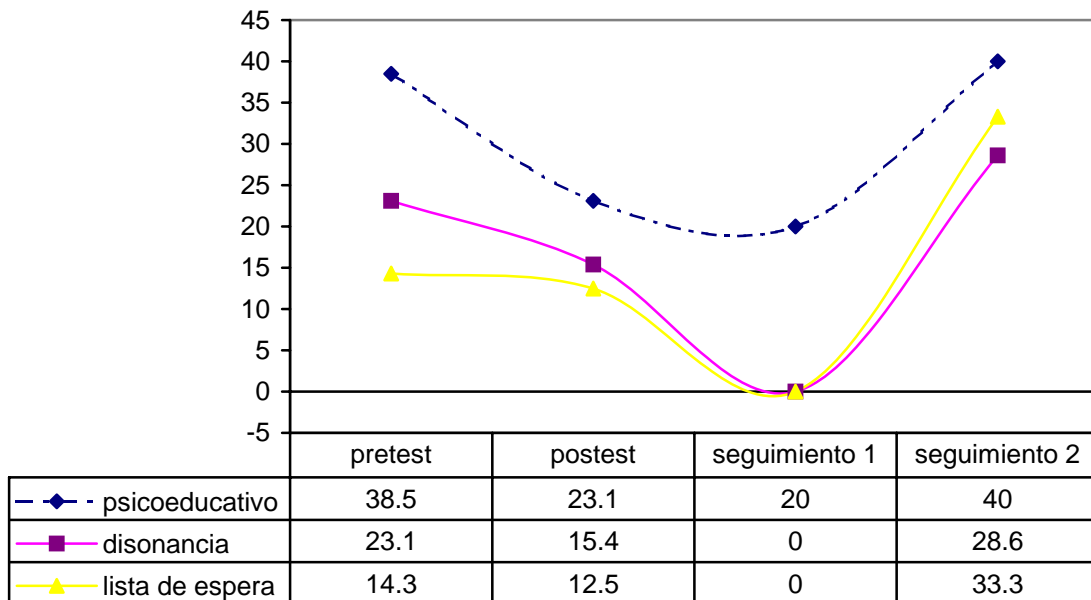
FIGURA 7.23 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL RIESGO DE ACUERDO CON EL PUNTO DE CORTE C = 1.8. PREOCUPACION POR EL PESO Y LA COMIDA



7.5.5 DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA

Los resultados de la Figura 7.24, indican que las alumnas en lista de espera presentaron el porcentaje más bajo de riesgo en la variable dieta crónica y restrictiva en el pretest, sin embargo fueron las que presentaron uno de los porcentajes más altos de riesgo en el seguimiento 2 (un año). Así mismo, se puede ver que las participantes de ambos programas redujeron sus porcentajes de riesgo después de recibirlos y en el seguimiento 1, siendo más evidente en las niñas de disonancia (ninguna de ellas se ubicó en riesgo), aunque en el seguimiento 2 ambos tendieron a regresar a sus niveles originales de riesgo. También se puede observar que las chicas del grupo disonante manifestaron el porcentaje de riesgo más bajo en la última medición.

FIGURA 7.24 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PARTICIPANTES SEGÚN EL RIESGO DE ACUERDO CON EL PUNTO DE CORTE C=1.7. DIETA CRONICA Y RESTRICTIVA





## 7.6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la eficacia de dos programas de prevención (uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y otro psicoeducativo) de factores de riesgo de trastornos alimentarios (figura ideal delgada, insatisfacción con la imagen corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva y preocupación por el peso y la comida).

Para tal propósito se encuestó a una muestra total  $N= 220$  mujeres adolescentes, 84 estudiantes de escuela privada y 136 estudiantes de escuela pública. La media de edad de las adolescentes de escuela privada fue de  $\bar{x}=13.98$  ( $s=.99$ ), la edad promedio de las chicas de la escuela pública fue  $\bar{x}=12.89$  ( $S=.74$ ). De esta muestra, se seleccionaron a las chicas con insatisfacción con la imagen corporal y/o con seguimiento de dieta restrictiva. Este criterio de inclusión se fundamentó en la literatura internacional en la que se sugiere que la máxima efectividad de los programas preventivos se logra con la población en riesgo (Stice, Mazotti, Weibel, & Stewart, 2000). Se seleccionó una muestra de 105 estudiantes que fueron asignadas al azar a una de tres condiciones:  $n_1=43$  (adolescentes con programa de prevención de disonancia cognoscitiva),  $n_2= 42$  (programa psicoeducativo) y  $n_3= 20$  (grupo control en lista de espera). Se presentó, en el postest y en el seguimiento 1, una muerte experimental de 11 participantes para el primer grupo, 14 para el psicoeducativo y 12 para el grupo en lista de espera. Para el seguimiento 2 (un año después), la pérdida fue de 31 alumnas, 16 para el grupo disonante y 15 para el psicoeducativo, de tal forma que para este último periodo de medición sólo se trabajó con una muestra total de 38 estudiantes.

Entre los resultados iniciales de la encuesta, se encontró entre las alumnas un alto porcentaje (48%) de insatisfacción con la imagen corporal, de éste, un 30 % reportó seguimiento de dieta restrictiva coincidiendo con los hallazgos del primer piloteo (Pineda, s. f.) y la investigación nacional (Gómez-Peresmitré et al., 2001). Lo que confirma una vez más la interiorización del ideal corporal delgado. El deseo de un cuerpo tipo Barbie, no sólo se relaciona con el físico, sino con toda una serie de cualidades o logros erróneamente asociados con la delgadez (éxitos laborales, emocionales y en las relaciones).

En lo que se refiere a los efectos de la prevención, en el factor de riesgo de insatisfacción con la imagen corporal se encontró que se presentaron reducciones estadísticamente significativas en el grupo de las chicas que recibió el programa psicoeducativo en ambos tipos de escuela; sin embargo, en el periodo de seguimiento 1 (tres meses después) las chicas tendieron a regresar a sus niveles iniciales de insatisfacción (antes de recibir intervención). Entre las adolescentes del programa de disonancia, se presentaron reducciones de insatisfacción, estadísticamente significativas para la escuela pública y no para la privada, presentando, no obstante, un buen tamaño del efecto ( $d=.82$ ), lo que quiere decir que la magnitud de la muestra ( $n=13$ ), resultó pequeña e influyó en la presencia del error tipo II (ignorar diferencias donde si las hay) (Cohen, 1988). Es importante señalar que al contrario del grupo psicoeducativo, las chicas expuestas al programa de disonancia mantuvieron los niveles reducidos de insatisfacción o los disminuyeron en el periodo de seguimiento 1, presentando los niveles más bajos en este periodo de medición.

Antes de iniciar los programas de prevención, las medias de preocupación por el peso y la comida se ubicaban en niveles de riesgo. Al finalizar las intervenciones, el grupo de disonancia cognoscitiva de escuela pública redujo significativamente sus niveles ubicándose en un nivel sin riesgo, y manteniendo estos cambios en el seguimiento 1. Tres meses después el grupo de disonancia de escuela privada y el psicoeducativo de ambos tipos redujeron significativamente sus niveles de preocupación por el peso y la comida. En el seguimiento 2, las alumnas de todos los grupos aumentaron sus niveles de preocupación con respecto a los valores del seguimiento 1, pero sin igualar los del pretest, este es un hallazgo interesante, si se toma en cuenta que las alumnas de los programas preventivos no incrementaron sus niveles de dieta restrictiva, lo que sugiere que subieron sus niveles de preocupación por el peso y la comida, como producto del propio desarrollo físico y emocional de la etapa adolescente; bien conocido es el reporte de la literatura clásica que señala la constante y casi obsesiva atención que se presta al cuerpo especialmente en esta etapa de desarrollo.

En la variable seguimiento de dieta restrictiva, antes de recibir los programas de intervención las medias se ubicaron en un nivel de riesgo, las chicas del grupo de disonancia (escuela pública) redujeron significativa y clínicamente sus medias en este factor de riesgo ( $\bar{x}_{\text{pretest}} = 1.88$  a  $\bar{x}_{\text{postest}} = 1.21$ ), al igual que el psicoeducativo ( $\bar{x}_{\text{pretest}} = 1.52$  a  $\bar{x}_{\text{postest}} = 1.34$ ). Las medias de dieta reportados en el seguimiento 2 por las adolescentes de los grupos expuestos a programas preventivos indican que se mantuvieron en la categoría de "nunca", llama la atención especialmente el promedio de las participantes de escuela pública del grupo disonante que pasó del pretest  $\bar{x} = 2.4$  al seguimiento 2  $\bar{x} = 1.6$  (en un nivel sin riesgo). Estos resultados son fundamentales si se considera que el seguimiento de dieta restrictiva frecuente representa la antesala de un trastorno alimentario (Polivy & Herman, 1985, Stice, 1994).

Entre los hallazgos más interesantes, en la variable elección de figura ideal se encontró sólo en el grupo de disonancia cognoscitiva de escuela privada un incremento estadísticamente significativo por el deseo de una silueta cercana al

normopeso. Las adolescentes de este grupo pasaron de una figura  $\bar{x}_{\text{pretest}} = 2.6$  (muy delgada), a  $\bar{x}_{\text{postest}} = 3.7$  (delgada 1) a  $\bar{x}_{\text{seguimiento1}} = 4$  (delgada 2, cercana a peso normal, y de un nivel clínicamente significativo). ¿Por qué el cambio significativo en escuela privada y no en pública? Las chicas de escuela privada presentaron el nivel más alto por el deseo de una silueta muy delgada, de acuerdo con Festinger (1957) se presenta un mayor grado de reducción de la disonancia, en la medida que haya un mayor grado de conflicto. Estos resultados son especialmente importantes ya que esta variable (deseo de una silueta delgada) se encuentra en una posición temprana de la cadena causal de los trastornos alimentarios, de acuerdo con el modelo del camino doble (Stice, 1994). Según esta explicación el deseo de una silueta delgada, lleva a la insatisfacción con la imagen corporal, y ésta al seguimiento de dieta restrictiva, acompañada de atracones. Un dietante frecuente se encuentra en la antesala de un desorden de la conducta alimentaria.

Sin duda estos datos coinciden con los reportados por Stice et al. (2000; 2001; y 2003) y Matusek et al. (2004) quienes encontraron reducciones de sintomatología bulímica en estudiantes universitarias expuestas al programa de disonancia y también al psicoeducativo, en las mediciones del postest y seguimiento 1 (Stice et al., 2003). ¿A qué se deben las mejoras presentadas en las variables insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restrictiva en el grupo psicoeducativo en el postest y en el seguimiento 1? Los argumentos dados por Stice et al. (2001) dan una explicación parsimoniosa: el tratamiento control (psicoeducativo) también resulta efectivo para las participantes. Se descartan explicaciones alternativas como regresión a la media, el efecto de acarreo producido por las medidas múltiples, así como las expectativas de las participantes de que las intervenciones serían efectivas ya que los mismos efectos podrían haberse producido en otros programas de prevención que no han resultado exitosos.

Como se puede observar en los resultados arrojados por las pruebas estadísticas paramétricas, que sirven para comparar las medias de los grupos preventivos, indicaron diferencias no significativas, hecho que podría deberse a que estas pruebas de comparación de promedios no toman en cuenta la variabilidad de los puntajes en el grupo (la significancia clínica es un método adecuado para evitar

omitir o ignorar diferencias que puedan presentarse entre los grupos) (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984).

Con respecto a los puntos de corte para determinar significancia clínica, llama la atención que fueron valores bastante bajos, especialmente el referente al de la figura ideal (2.77), si se toma en cuenta que el rango de elección puede ir de 1 a 9, el valor del punto sugiere que para que la chica se ubique en riesgo debe elegir una silueta desnutrida o una muy delgada; si eligen siluetas delgadas se encuentran en un nivel fuera de riesgo, estos datos son preocupantes ya que estos valores sugieren que la figura ideal delgada se está volviendo "normativa" entre las mujeres, no siendo una silueta normopeso como sería lo esperado.

Los puntos de corte de la significancia clínica, sugieren que efectivamente, las pruebas estadísticas de comparación de medias camuflajearon la variabilidad de los valores y las posibles diferencias en los grupos de comparación, por ejemplo en el seguimiento 2, con respecto a la figura ideal, las participantes del programa psicoeducativo presentaron una proporción de riesgo del 25 %, mientras que aquellas de la prevención disonante, sólo un 8% manifestó esta característica.

Como era de esperarse, las alumnas que no recibieron tratamiento (en lista de espera) no modificaron sus porcentajes de riesgo, en la mayoría de las variables dependientes. Continuando con el grupo en lista de espera, resulta necesario mencionar que en la variable dieta crónica restrictiva, el porcentaje de chicas con riesgo no sólo no se mantuvo sino que se duplicó, situación no presente entre los grupos de estudiantes que recibieron prevención. Este hecho resulta especialmente importante ya que señala la necesidad de la detección temprana de factores de riesgo y la correspondiente instrumentación de intervención en los adolescentes, con el propósito de prevenir el aumento de la peligrosidad de los factores mismos.

Para finalizar, se retoma una de las preguntas planteadas en la introducción de esta fase de estudio ¿Resulta por lo tanto lo mismo aplicar el programa psicoeducativo que el de disonancia? No, las chicas del grupo de disonancia aumentan significativamente el deseo de una silueta saludable, así como la reducción de otros factores de riesgo (dieta restrictiva e insatisfacción con la imagen corporal); además

de mantener los cambios a través del tiempo (tanto tres meses y un año después). Como se mencionó, las participantes en el grupo disonante fueron las únicas que manifestaron diferencias significativas pretest – seguimiento 2 en la variable figura ideal, manteniendo los niveles sin riesgo del postest y seguimiento 1, disminuyendo la proporción de participantes con riesgo de un 37% a un 8% en la última medición, comparado con un 30% (pretest) a un 25% (seguimiento 2) del grupo psicoeducativo.

¿Por qué son importantes los hallazgos aquí reportados? La réplica de los mismos así como de los principios generales de los programas de prevención (disonancia y psicoeducativo) contribuyen a la generalización de los mismos (Sidman, 1973). Los datos obtenidos en las mediciones del postest y seguimientos 1 y 2, sugieren que los efectos manifestados apoyan la generalización de la eficacia a largo plazo de la teoría de la disonancia cognoscitiva en la prevención de factores de riesgo relacionados con imagen corporal.

Especialmente relevante, resulta el hecho de ser el único estudio dentro de la misma línea (disonancia cognoscitiva y trastornos alimentarios) que ha realizado dos seguimientos, uno de tres meses y otro de un año (las investigaciones de Stice et al., y Matusek et al. tenían periodos de seguimiento de uno y seis meses), las mediciones realizadas en la presente investigación proporcionan evidencia sobre la eficacia del programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, diferenciando sus efectos del programa psicoeducativo, resultando ser el primero más eficaz que el segundo en la disminución a largo plazo de factores de riesgo relacionados con imagen corporal.

## CAPITULO OCHO

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

Sin duda, la dualidad desnutrición – trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presente en los países en vías de desarrollo, es una de las tantas representaciones de las contradicciones de la modernidad y la post – modernidad (Berman, 1991).

Se puede decir, entonces, que así como el programa de resiliencia propuesto por Phelps et al. (1999a), la presente investigación también puede relacionarse con la psicología positiva aplicada a la prevención de trastornos alimentarios. El programa disonante incluye, al igual que el propuesto por Phelps et al., la promoción de la aceptación corporal, un autoconcepto adecuado, así como la participación activa de la participante. Estos elementos promueven sin duda, el bienestar subjetivo así como los rasgos individuales constructivos de la persona, pilares de la psicología positiva.

Ahora bien, se puede señalar que el programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC) (en su versión mexicana) posee una ventaja sobre el trabajo presentado por Phelps et al. (1999a), ya que el protocolo de estos últimos incluye cierta información sobre los criterios diagnósticos de trastornos alimentarios, lo cual puede provocar efectos adversos en los participantes, propiciando la aparición de síntomas donde originalmente no los había, cabe mencionar que el programa disonante (y el psicoeducativo) no incluyen ninguna información sobre la patología alimentaria.

Los programas de intervención diseñados en la presente investigación (disonancia y psicoeducativo) poseen esta misma ventaja (no proporcionar información sobre las características de los desórdenes alimentarios) sobre los trabajos preventivos de Luce et al. (2005) sobre los programas dirigidos según el nivel de riesgo, y el de Favaro et al. (2005) que involucra a los maestros como facilitadores de la prevención.



Los resultados de la prevención de disonancia de la primera etapa (estudio piloto uno) al compararlos con los de las siguientes etapas confirman las conclusiones de Stice et al. (2001) que señalan que *los mayores efectos de los programas preventivos se dan en poblaciones con riesgo*. Sobre este punto, es importante recordar que en la primera fase de investigación se trabajó con una muestra de alto riesgo, obteniéndose reducciones significativas en los factores de riesgo después de ser expuestas al programa disonante, no así en el psicoeducativo, contrario a lo ocurrido en el segundo estudio piloto donde las chicas de este último grupo también manifestaron reducciones significativas en los mismos.

A pesar de la mayor eficacia del programa disonante en la muestra de alto riesgo, no hay que perder de vista que tanto este último como el programa psicoeducativo tuvieron efectos positivos en las chicas con bajo riesgo (estudios dos y tres). Precisamente, este último señalamiento se confirmó en el estudio piloto dos, donde se trabajó únicamente con participantes de bajo riesgo (sólo presencia de insatisfacción), quienes al finalizar las intervenciones se mantuvieron en niveles saludables de conducta alimentaria e imagen corporal. Esto hace suponer que los programas preventivos aquí propuestos, al no proporcionar información sobre las características, consecuencias y criterios diagnósticos de los TCA, representan un factor protector en contra del desarrollo de riesgo. Entre las chicas de alto riesgo (presencia de insatisfacción más dieta restrictiva), los hallazgos de los estudios uno y tres, sugieren que las intervenciones, disminuyen o eliminan problemas en las variables de imagen corporal a corto, mediano y largo plazo, y mejoran su conducta alimentaria a corto y mediano plazo.

Otros de los puntos sobre la relevancia del presente trabajo, fue la elaboración del diagnóstico de la aleatoriedad en el proceso de la muerte experimental, indicando que ésta se debió al azar, esto es, no se encontró un patrón de respuestas en las variables asociado a las características de las participantes que no terminaron la intervención. Resulta importante mencionar que el presente es el primer estudio de la línea (Disonancia y prevención de TCA), que incluye un seguimiento de un año, además de tener un apartado de significancia clínica para las intervenciones (para

complementar los análisis estadísticos). Este último análisis (significancia clínica), resultó bastante útil, ya que sirvió para evitar ignorar diferencias entre los grupos de intervención en el tercer estudio; por ejemplo, en el seguimiento 2, con respecto a la figura ideal, las participantes del programa psicoeducativo presentaron una proporción del 25% de ellas en riesgo, mientras que aquellas del disonante, sólo un 8% manifestó esta característica.

Los hallazgos del presente trabajo de investigación, conducen a las siguientes *conclusiones generales*:

- ✓ La teoría de la disonancia cognoscitiva aplicada a la prevención de TCA resulta eficaz en la reducción o eliminación de factores de riesgo relacionados con imagen corporal, especialmente en figura ideal, a mediano plazo, logrando sus mayores efectos en el seguimiento de un año.
- ✓ La intervención disonante resulta eficaz en la reducción de factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria, a corto (postest) y mediano (seguimiento tres meses) plazo.
- ✓ El programa psicoeducativo resulta efectivo en la disminución de factores de riesgo de TCA a corto y mediano plazo.
- ✓ La *no - presentación* de información sobre los trastornos, sus características, etiología y patología, representa un factor protector para las participantes en los programas preventivos.
- ✓ Los mayores efectos en ambas intervenciones se logran a los tres meses, en suma puede decirse que la intervención disonante, produce los mejores efectos (producidos al término del estudio) en las variables relacionadas con imagen corporal, especialmente en las mujeres adolescentes.

Debido a que en la presente investigación no se plantearon hipótesis de trabajo, se sugieren algunas de ellas, para estudios subsecuentes:

1. Si adolescentes hombres y mujeres, reciben prevención de trastornos alimentarios basada en la teoría de la disonancia, reducirán o eliminarán en mayor medida y en el largo plazo, factores de riesgo relacionados con imagen corporal (silueta corporal delgada e insatisfacción), en comparación con aquellos que reciben el programa de formato psicoeducativo.
2. Adolescentes de etapa tardía (edad universitaria) que sean expuestos al programa disonante reducirán o eliminarán significativamente, a largo plazo, factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria (dieta restrictiva y atracón), no así adolescentes de etapa temprana (estudiantes de secundaria) cuyos efectos en estas mismas variables, serán a mediano plazo.

El proceso de investigación también permitió elaborar las siguientes *sugerencias* para futuros estudios:

1. Desarrollar y aplicar el programa de intervención basado en la TDC, en muestras de niñas y jóvenes (con el propósito de comparar y evaluar la eficacia del programa disonante en diferentes etapas del desarrollo humano).
2. Desarrollar y aplicar el programa de intervención basado en la TDC, en muestras de hombres, niños, adolescentes y jóvenes (este programa ha resultado eficaz en reducir y eliminar factores de riesgo en las mujeres, pero ¿tiene el mismo efecto entre los hombres de diferentes edades?).
3. Controlar el nivel del autoconocimiento del self en el papel de la reducción de la disonancia y evaluar el efecto que posee en la disminución y/o eliminación de factores de riesgo de TCA (por ejemplo: investigar si las chicas con auto atribución positiva difieren de aquellas con auto atribución alta, en la disminución de factores de riesgo al ser sometidas a disonancia).

4. Realizar sesiones de juego de roles contra actitudinales eventuales, idealmente cada seis meses para reforzar la actitud contra delgadez o emaciación, así como fortalecer la actitud y la conducta a favor del peso y alimentación saludables. Estas sesiones de reforzamiento se pueden hacer en un sólo día, un año después de terminado el programa inicial de 8 sesiones, durante cada ciclo escolar a partir del primer año de secundaria o bachillerato; de tal manera que el tiempo resulte suficiente para realizar las mediciones necesarias (seguimiento) y las sesiones resforzantes.

Los programas preventivos desarrollados y probados a lo largo del proceso de investigación, contribuyen a la prevención de un nuevo problema de salud pública en nuestro país, los trastornos alimentarios. México, un país donde más de la mitad de la población es pobre, donde los niños y adolescentes de los extractos socioeconómicos bajos presentan, no sólo factores de riesgo, sino trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos, a estos niños –especialmente niñas- benefician estos programas. El valor de la prevención, reside en que ésta es la única forma de lograr la igualdad de todos los ciudadanos para el cuidado de la salud (Saracci, 1999), y ahí, precisamente, reside la contribución principal de esta investigación.

El programa de intervención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, desarrollado y probado en este estudio contribuye a la prevención de trastornos alimentarios y a la disminución de problemas relacionados con la Imagen corporal; confirma, asimismo, uno de los supuestos básicos de esta teoría sobre el cambio de actitudes a partir de la disonancia producida por el juego de roles contra actitudinal.

♣

## REFERENCIAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abascal, L., Brown, J., Winzelberg, J., Dev, P., & Taylor, C. (2004). Prevention for school based eating disorders programs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 1-9.
- Abraham, S. (1996). Eating and weight controlling behaviors of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29, 218- 222
- Alvarez, R. G., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., y Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 47 - 56.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Attie, I. & Brooks – Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Development Psychology*, 25, 70 – 79.
- Austin, B. (2000). Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1249-1262.
- Axson, D. & Lawless, W. (1992). Subsequent behavior can erase evidence of dissonance – induced attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 387 – 400.
- Baker, D., Sivyer, R., & Towell, T. (1998). Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 319-322.
- Banco Mundial. (2004). *Informe sobre el desarrollo mundial 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres*. Grupo del Banco Mundial.
- Ben-Tovim, D. (2003). Eating disorders: outcome, prevention and treatment of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16 (1), 65 – 69.
- Berman, M. (1991). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Birmingham, L. & Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Bourges, R.H. (2002). La Jornada, 31 de diciembre.

- Brewerton, T.D. & Jimerson, D.C. (1996). Studies of serotonin function in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 31 -42 .
- Brody, M. L. Walsh, T., & Devlin, M. (1994). Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386 .
- Brownell, K.D. (1995). Eating disorders in athletes. In K.D. Brownell, & C.G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 191 – 196). New York: Guilford Press.
- Bulik, C., Sullivan, P., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1 – 20.
- Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J., & Fairburn, C.G. (1997). Primary prevention of eating: Might it do more harm than good?. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 64, 282 – 290.
- Cooper, J. (1992). Dissonance and the return of the self – concept. *Psychological Inquiry*, 3 (4), 320 –323.
- Crago, M., & Shisslak, C. (1996). Eating disturbances among American minority groups: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 239-248.
- Davis, C., & Katzman, M. (1999). Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 65 –70.
- Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychology Medicine*, 24, 957 – 967.
- Doise, W., Deschamps, J.C., & Mugny, G. (1980). *Psicología social experimental. Autonomía, diferenciación e integración*. España: Hispano – Europea.

- Fairburn, C.G., Welch, S., Doll, H., Davies, B., & O'Connor, M. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community - based case control study. *Archives General of Psychiatry*, 54, 509 – 517.
- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastoso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *International Journal of Eating Disorder*, 38, 73 – 77.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. California, USA: Stanford University Press.
- Field, A. Cheung, L., & Wolf, M. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103, 36.
- Field, E. A., Wolf, M. A., Herzog, B. D., Cheung, L., & Colditz, A. G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *Journal American Academic, Child and Adolescent Psychiatric*, 32 (2), 1246-1252.
- Foley, D.L., Thacker, L.R., Aggen, S.H., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population –based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetic*, 105, 426 – 431.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 104, 122-130.
- Gobierno del Estado de Jalisco. (S. F.). *Las estrategias de enseñanza y aprendizaje cambian según el paradigma del docente. Método tradicional de enseñanza*. [educacion.jalisco.gob.mx](http://educacion.jalisco.gob.mx)
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-192.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (2001). *Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición*. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACyT).
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H.G., Moreno, E.L., Saloma, G. S., y Pineda, G.G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de



- edad : Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324
- Gómez Pérez-Mitré, G., y Ávila, A.E. (1998). Conducta Alimentaria y Obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 10-21.
- Gómez, Pérez-Mitré, G., Unikel, S. C., y Saucedo, M., T. (2001). La psicología social en el campo de la salud : Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación. En G. Gómez Peresmitré y N. Calleja (Comp), *La Psicología social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gowers, S., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236 – 242.
- Graber, J., Lewinsohn, P., Seeley, J., & Brooks-Gunn, J. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 1768-1776.
- Haiman, C., & Devlin, M.J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151- 157.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Community*, 47 (1), 40 – 67.
- Hayward, C., Killen, J., Wilson, M., Hammer, L., Litt, I., Kraemer, H. et al. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 255-262.
- Hill, A. (1993). Preadolescent dieting: implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 87-100.
- Hill, A. & Franklin (1998). Mothers, daughters, and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3 – 13.
- Hill, A. & Pallin, V. (1995). Low self esteem and weight control: related issues in 8 – year old girls but not boys. *International Journal of Obesity*, 19, 128.
- INSALUD. (2005). *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. [www.Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com) Bolletín informativo Diciembre, 2005.
- Insko, Ch. A. (1967). *Theories of attitude change*. New York: Appleton – Century – Crofts.

- Jacobi, C., Morris, L., & de Zwaan, M. (2004). An Overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. En T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical Handbook of Eating Disorders. An integrated approach* (pp. 117-163). Marcel Dekker, Inc. : New York.
- Jacobson, N., Follette, W., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior therapy*, 15, 336-352.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394 – 400.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J., & Offord, D.R. (1997). Contributions of risk factor research to development psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375 – 406.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., Hammer, L.D. et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of adolescent girls: a three year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227 – 238.
- 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 4 year prospective study. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 64, 936 – 940.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R. , Kessler, R.C., Jensen, P. S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., & Early, M. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140 – 149.
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C., Keel, P., & Klump, K. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioural risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth Adolescence*, 28, 181 –196.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los trastornos de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Comps.), *La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario* (pp.39-80). Barcelona, España: Granica.

- Luce, K., Osborne, M., Winzelberg, A., Das, S., Abascal, L., Celio, A., Wilfley, D., Stenvenson, D., Dev, P., & Taylor, B. (2005). Application of an algorithm – driven protocol to simultaneously provide universal and targeted prevention programs. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 220 –226.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wrigth, A., & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.
- Marchi, M., & Cohen, P (1990). Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112 – 117.
- Matlin, W.M. (1979). *Human experimental psychology*. California, USA: Brooks / Cole Publishing Company.
- Matusek, A., Wendt, S., & Wiseman, C. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behaviour eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 376-388.
- Mendoza - Chadid, P. y Posada – Hurtado, E. (2001). *Prevalencia y población afectada de Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. PIAB: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *1ª Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Génova: OMS.
- Patton, G.C., Johnson- Sabine, E., Wood, K., Mann, A., & Wakeling, A. (1990). *Psychology Medicine*, 20, 383- 394.
- Paxton, S., Schutz , H., Wertheim, E., & Muir, S. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-266.
- Phelps, L., Dempsey, M., Sapia, J., & Nelson, L. (1999<sup>a</sup>). The efficacy of a school – based eating disorder prevention program: Building physical self – esteem and personal competencies. In N. Piran, M.P. Levine, & C. Steiner – Adair (Eds.) *Preventing eating disorders: A handbook of interventions and special challenges*. N.Y.: Brunner / Mazel Press.

- Pike, K., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 198-204.
- Pineda, G. G. (s. f.). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Estrategias de prevención*. Proyecto de investigación doctoral, no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist 40* (2), 193 -201.
- 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.
- Rieves, L., & Cash, T. (1996). Social development factors and women ' s body images attitudes. *Journal of Social Behavior and Personality, 11* (1), 63-78.
- Rodríguez, T., & Sánchez, N. (2001). *Inicio de la vida sexual y su relación con la autoestima e imagen corporal en adolescentes mexicanas*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Ruiz-Lazaro, P. M. y Comet, P. (2003). Seguimiento a los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios Zarima prevención. Fuente: *Interpsiquis 2003*.
- Santonastoso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M., Magnavita, N., & Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls : A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, 46 -50.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: an introduction*. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Shoebridge, P. , & Gowers, S.G. (2000). Parental high concern and adolescent – onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 176*, 132 – 137.
- Short, J. Roosa, M., Sandler, I., & Ayers, T. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology, 23*, 223, 247.
- Sidman, M. (1973). *Tácticas de investigación científica: evaluación de los datos experimentales en psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Smolak, L., Levine, M., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 263 – 271.

- Steck, E., Abrams, L., & Phelps, L. (2004). Positive psychology in the prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder* 41 (1), 111-117.
- Steele, C.M. (1988). The psychology of self affirmation: Sustaining the integrity of the self. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 45, 5-19.
- Steiger, H., Young, S., Yin Kin, N., Koerner, N., Israel, M., Lageix, P. et al. (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychology Medicine*, 31, 85-95.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 340-363.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E.; Chase, A.; Stormer, S., & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating-disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 247-262.
- Stice, E. , Mazotti, I., Weibel, D., & Agras, S.W. (2000). Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 206-217.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Stice, E., Shaw, H., & Nemeroff, C. (1998). Dual Pathway model of bulimia nervosa: longitudinal support for dietary restraint and affect – regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 129-149.
- Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2003). Healthy weight psicoeducative and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.
- Stone, J. & Cooper, J. (2001). A Self – Standards Model of Cognitive Dissonance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 228 –243.

- Striegel – Moore, R. & Kearney, A. (1994). Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal Of Eating Disorders* 15, 377 – 385.
- Striegel-More, R., & Steiner-Adair, C. (1998). Prevención primaria de trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Comp.) *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 13 – 38). Barcelona, España: Ediciones Granica.
- Taylor, C., Sharpe, T. , & Shisslak, C. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal Of Eating Disorders*, 24, 31 – 42.
- Taylor, C., Cameron, R., Newman, M., & Junge, J. (2002). Issues related to combining risk factor reduction and clinical treatment for eating disorders in defined populations. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29, 81 –90.
- Thibodeau, R. & Aronson, E. (1992). Taking a closer look: Reasserting the role of self concept in dissonance theory. *Personality and social Psychology Bulletin* , 18 (5), 591 – 602.
- Thompson, J., Coover, M., & Stormer, S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43-51.
- Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Toro, J., Gómez Peresmitré, G. (en prensa)
- Trottier, K., Polivy, J., & Herman, P. (2005). Effects of exposure to unrealistic promises about dieting: Are unrealistic expectations about dieting inspirational?. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 142 - 149.
- Unikel, S. C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Van den Berg, P., Thompson, K., Obremski-Brandon, K. &Coover, M. (2002). *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007 – 1020.
- Vega, M. L. (2005). *La Pobreza en México*, Observatorio de la Economía Latinoamericana, 44. En <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

- Vollrath, M., Koch, R., & Angst, J. (1992). Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 160, 498 – 503.
- Ward, A., Brown, N.; Lightman, S., Campbell, I.C. & Treasure, J. (1998). Neuroendocrine, appetitive and behavioral responses to d-fenfluramine in women recovered from anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 172, 351 – 358.
- Wonderlich, S.A., Brewerton, T.D., Jelic, Z., Dansky, B., & Abbott, D.W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107 – 1115.
- Woodside, D., & Garfinkel, P. (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 31 – 36.

## ANEXOS

### ANEXO A1

- A.1.1 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD
- A.1.2 ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EFRATA)

### ANEXO A2

- MANUALES DE PREVENCIÓN. PRIMERA VERSIÓN

### ANEXO B1

- TALLER PARA PADRES
- TALLER PARA MAESTROS

### ANEXO B2

- MANUALES DE PREVENCIÓN. SEGUNDA VERSIÓN



ANEXO A1  
CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

**GRACIAS**

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré  
Facultad de Psicología, UNAM*

## SECCIÓN A - 2

SECCIÓN  
A

## INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

**1. ¿Qué estás estudiando?**

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

**2. ¿Trabajas?**

- A) Sí.
- B) No

**3. Actualmente vives con:**

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amigo(a)

**4. Lugar que ocupas entre tus hermanos**

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

**5. Edad de tu primera menstruación**

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

**6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?**

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

**7. ¿Tienes hijos?**

- A) Sí
- B) No

**8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10000
- F) \$ 10001 o más

**9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?**

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

**10. Años de estudio de tu padre:**

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

**11. Años de estudio de tu madre:**

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

**12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?**

- A) Obrero
- B) Comerciante

- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Jubilada

**SECCIÓN  
B**

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

**SECCIÓN B - 5**

4. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa                         | Muy gorda           |
| B) Con sobrepeso                 | Gorda               |
| C) Con peso normal               | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal     | Delgada             |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada         |

5. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco

E) No me preocupa

**6. Como me ven los demás :**

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

**7. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :**

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

**8. Me gusta la forma de mi cuerpo :**

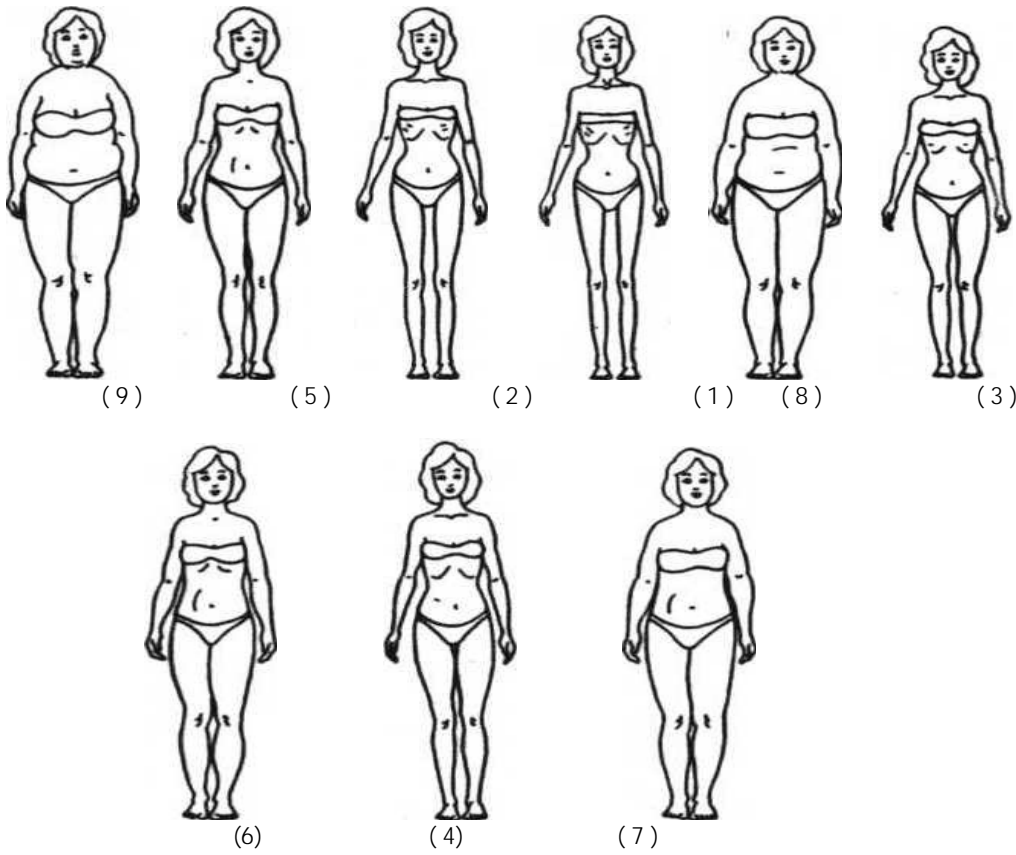
- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

SECCIÓN C - 6

SECCIÓN C

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.

Mi cuerpo se parece más a :



## SECCIÓN D - 7

SECCIÓN  
D**1. En el último año :**

- A) Subí de peso
- B) Bajé de peso
- C) Subí y bajé de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

**2. Aproximadamente durante cuánto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :**

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

**3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?**

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

**4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?**

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

**5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?**

- A) No
- B) Sí

**6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?**

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

**7. El problema consiste en que:**

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas



## SECCIÓN D - 8

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C Frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E Siempre	
1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Procuo comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios..	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

## SECCIÓN D - 9

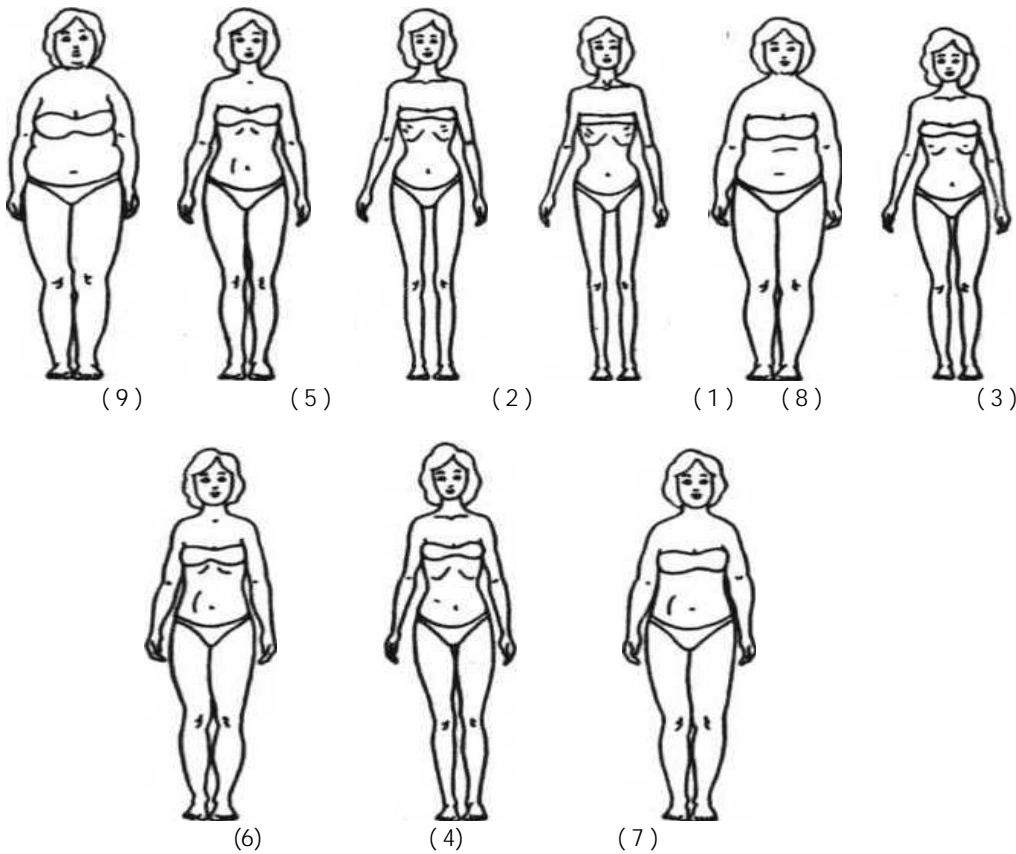
A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

23. Procuo estar el día sobre lo que debe se ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
25. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come (A) (B) (C) (D) (E)
26. No soy consciente de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
28. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi form de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Me deprimio cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Cuando estoy aburrida me da por comer. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
39. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Paso por periodos en los que siento que como en exceso (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
42. Dificilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN  
E

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



**HOJA DE RESPUESTA  
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD  
2002**

EDAD: \_\_\_\_\_ Años y \_\_\_\_\_ Meses. TALLA \_\_\_\_\_ metros. PESO \_\_\_\_\_ Kg.

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X).  
Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

<b>A</b>	
1. A B C D E F	
2. A B	
3. A B C D E F	
4. A B C D	
5. A B C D E F	
6. A B	
7. A B	
8. A B C D E F	
9. A B C D E F	
10. A B C D E F	
11. A B C D E F	
12. A B C D E	
13. A B C D E	
<b>B</b>	
1. A B C D E	
2. A B C D E	
3. A B C D E	
4. A B C D E	
5. A B C D E	
6. A B C D E	
7. A B C D E	
8. A B C D E	
<b>C</b>	
1. A B C D E F G H I	
<b>D</b> <i>Primera Parte</i>	
1. A B C D	
2. A B C D	
3. A B	
4. A B C D E F	
5. A B	
6. A B	
7. A B C D E	
<b>D</b> <i>Segunda Parte</i>	
1. A B C D E	
2. A B C D E	
3. A B C D E	
4. A B C D E	
5. A B C D E	

6. A B C D E
7. A B C D E
8. A B C D E
9. A B C D E
10. A B C D E
11. A B C D E
12. A B C D E
13. A B C D E
14. A B C D E
15. A B C D E
16. A B C D E
17. A B C D E
18. A B C D E
19. A B C D E
20. A B C D E
21. A B C D E
22. A B C D E
23. A B C D E
24. A B C D E
25. A B C D E
26. A B C D E
27. A B C D E
28. A B C D E
29. A B C D E
30. A B C D E
31. A B C D E
32. A B C D E
33. A B C D E
34. A B C D E
35. A B C D E
36. A B C D E
37. A B C D E
38. A B C D E
39. A B C D E
40. A B C D E
41. A B C D E
42. A B C D E
43. A B C D E
44. A B C D E
45. A B C D E
46. A B C D E
47. A B C D E
48. A B C D E

<b>E</b>	
1. A B C D E F G H I	
<b>F</b>	
1. A B C D E	
2. A B C D E	
3. A B C D E	
4. A B C D E	
5. A B C D E	
6. A B C D E	
<b>G</b>	
1. A B C D E	
2. A B C D E	
3. A B C D	
4. A B C D	
5. _____ _____ _____ _____	
6. _____ _____ _____ _____	

ANEXO A1.1 Factores EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios)

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

<b>Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva</b>	
Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
No soy consciente de cuanto como.	.66033
Siento que no puedo parar de comer.	.80983
Como sin medida.	.79753
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
Soy de los que se hartan(se llenan) de comida.	.52215
Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

<b>Factor 2 Preocupación por el peso y la comida</b>	
Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
Me deprimo cuando como de mas.	.48531

Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242

**DIETA RESTRICTIVA**

<b>Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva</b>	
Reactivo	Carga Factorial
Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value =1.93 Varianza explicada=2.6% alpha=.8136

ANEXO A2  
**MANUALES DE PREVENCIÓN. PRIMERA VERSIÓN**

**MANUALES DE PREVENCIÓN. PRIMERA VERSIÓN**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DISONANCIA COGNOSCITIVA**

Tiempo: 3 sesiones por semana de 1 hora a 1 hr. 30 min.

Aplicación del Cuestionario: 1) al inicio; 2) al término de la intervención; y 3) 4 semanas después de la intervención.

<b>PRIMERA SESIÓN ( 1 hr. 30 minutos)</b>	
<b>Actividad 1. Presentación e invitación</b>	
<p>Objetivos:</p> <p>1. Presentar a las participantes el programa.</p> <p>2. Crear disonancia en las participantes.</p>	<p>"Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la imagen corporal . ¿CÓMO SE LOGRA ESTO? Existe la idea que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para evitar que otras niñas tengan problemas con su cuerpo, esto ayuda a mejorar la propia imagen corporal.</p> <p>¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN CORPORAL dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su imagen corporal?"</p>
<b>Actividad 2. Elección de figura ideal</b>	
<p>Objetivos:</p> <p>1. Que las adolescentes identifiquen y hagan conciencia de su preferencia por un ideal de cuerpo delgado.</p> <p>2. Introducir a las adolescentes a la discusión de la actividad siguiente.</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de papel bond (tamaño rotafolio)</li> <li>• Revistas de moda y recortes de figuras de mujeres de diferentes tamaños corporales</li> <li>• Tijeras</li> <li>• Pegamento</li> <li>• Plumones de colores</li> </ul> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Se forman equipos de trabajo dependiendo del número de sujetos, asignándoseles un número diferente hasta completar el número de equipos deseado, se pide que se unan los sujetos que tengan el mismo número.</p> <p>Se proporcionan los materiales a las chicas, y se les pide que realicen un "collage" que contenga aquellas mujeres que les parezcan atractivas o guapas, y se les pide que nombren a un representante por equipo para que explique las características que tienen las mujeres seleccionadas.</p>
<b>Actividad 3.</b>	
<p>Objetivos:</p> <p>Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal .</p>	<p>1. El facilitador realiza preguntas al grupo que guíen a las adolescentes a definir el corporal seguido por la sociedad. Estas preguntas podrían ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ¿Qué características físicas tenían en común las mujeres de los collages de los diferentes equipos?</li> </ul> <p>(En dado caso que no respondan) preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿son todas gordas? ¿qué peso corporal tienen?</li> <li>◆ ¿Cómo son las actrices que aparecen en la tele?</li> <li>◆ ¿ A los "chavos" (niños) como les gustan las "chavas" (niñas)?</li> </ul> <p>Después de la lluvia de respuestas el facilitador interviene con el siguiente comentario:</p> <p>Los comentarios que acaban de hacer nos hacen suponer que los</p>



	<p>adolescentes mexicanos tienen un cuerpo ideal que deberían tener las mujeres <b>¿cuál es?</b> (esperar la (s) respuesta(s))</p> <p>2. Las siguientes preguntas realizadas por el facilitador deben dirigirse a que las adolescentes identifiquen la presión que ejercen los pares, familia y medios de comunicación para lucir delgada. A continuación se presentan algunas preguntas ejemplo :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando tus amigos y amigas ven a un compañero(a) gordito (a) ¿que hacen?</li> <li>• ¿Las chavas gorditas son igual de populares que las chavas delgadas?</li> <li>• Cuando empiezas a subir de peso y tus amigas, amigos y familiares lo notan ¿qué es lo que hacen o dicen?</li> </ul> <p>3. El siguiente grupo de preguntas deben dirigirse a detectar el papel de los medios de comunicación y los intereses económicos que se encuentran detrás de la persecución de la delgadez. Estas preguntas podrían ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace un momento comentábamos que en la televisión y en las revistas presentan a gente delgada, estos medios de comunicación también proporcionan a la gente gordita "remedios" para adelgazar ¿conoces algunos?</li> <li>• ¿consideras que estos productos realmente sirven?</li> </ul> <p>El facilitador interviene con el siguiente comentario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectivamente, no funcionan, las personas que realmente se benefician de la compra de estos productos es la gente que los vende, son las compañías las que se enriquecen de su venta.</li> </ul> <p>4. La últimas preguntas (de esta actividad) deben dirigirse a detectar las consecuencias de perseguir una silueta delgada (seguimiento de dieta), algunos ejemplos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahora bien ¿qué es lo que una chava hace cuando empieza a subir de peso? ¿qué medida toma una persona que quiere ser delgada?</li> <li>• Tienen razón, generalmente se pone a dieta; sin embargo, las chavas de tu edad y las más chicas que ustedes , a quienes va dirigido el programa de prevención que ustedes nos van a ayudar a crear, dejan de comer alimentos como la leche, la carne, el pan y las tortillas los cuales son necesarios para que tu crecimiento se de normalmente, cuando tu eliminas estos alimentos de tu comida corres el riesgo de dejar de crecer (te quedas chaparrita) no tienes ganas de hacer nada, tienes mal humor y te costará trabajo aprender las lecciones de tus materias, entre otras cosas negativas.</li> </ul> <p>5. El facilitador hace un resumen del tema ante el grupo. El resumen debe incluir :</p> <p>Un ideal de belleza compartido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La presión ejercida por los medios de comunicación, los pares y la familia para lucir una silueta delgada.</li> <li>• Los intereses económicos detrás de la silueta delgada.</li> </ul> <p>Consecuencia del seguimiento de dieta como medio para conseguir una silueta delgada.</p>
<p><b>Actividad 4. EJERCICIO DE COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES</b></p>	<p><b>OBJETIVOS</b></p>
	<p><b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:</b></p>

Anexos  
Estrategias preventivas

<p>1. Estimular la comunicación intragrupo.</p> <p>2. Desarrollo de hábitos de escucha activa.</p> <p>3. Aprender técnicas de resolución de problemas</p> <p>Materiales: hojas y lápices y pizarrón</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar grupos de discusión.</li> <li>- Los grupos discuten el mismo tema o cada grupo diferente tema.</li> </ul> <p>TEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si no queremos que las chicas más jóvenes acepten la idea de una figura ideal delgada, qué hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:</li> <li>- Los medios (TV., revistas, eventos de belleza, moda, etc.)</li> <li>- Por los padres.</li> <li>- Por los pares o amigas.</li> </ul> <p>Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada equipo nombra un secretario que se encargará de registrar las respuestas que vayan generando los miembros de su grupo;</li> <li>- Aceptar sin crítica todas las respuestas (torbellino de ideas).</li> <li>- Clarificar las respuestas en las que hay consenso (en las que todos están de acuerdo);</li> <li>- Verbalizar los distintos argumentos prolongando la discusión e intentando convencer y llegar a un acuerdo.</li> <li>- Si perdura la discrepancia el secretario registra las respuestas en las que no ha habido consenso y los argumentos discrepantes.</li> <li>- Cada equipo selecciona las respuestas que considera más eficaces para solucionar el problema y en situación de gran grupo (todos los grupos juntos) dramatiza la forma de resolución seleccionada;</li> <li>- Se comentan las conclusiones de cada equipo y se analizan clarificando cuáles son las más eficaces y las más creativas.</li> </ul> <p>DISCUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuántas y cuáles son las respuestas que ha tenido cada equipo en las que no se pudo llegar a consenso y por qué?</li> <li>- Escuchábamos cuando los compañeros daban los argumentos para sus respuestas</li> <li>- Cuáles serían las formas más eficaces y creativas a la situación problema que hemos trabajado?</li> </ul>
<b>TAREA</b>	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Producir disonancia en las adolescentes</li> </ul>	<p>Escribir dos recomendaciones específicas que podrían ayudar a que las niñas más jóvenes acepten sus cuerpos. Traer su escrito en la siguiente sesión para discutirlo en grupo.</p>
<b>SEGUNDA SESIÓN (1 hr. 30 minutos)</b>	
Actividad 1.	
	Discutir los contenidos del trabajo realizado en casa.
Actividad 2	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear disonancia en las adolescentes</li> </ul>	<p>1. Role-play (counterattitudinal) cada participante trata de disuadir a los demás (al conductor del grupo) de buscar el ideal delgado.</p>
<b>Tarea</b>	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que las adolescentes examinen e identifiquen sus características corporales y de personalidad positivas y acepten su cuerpo.</li> </ul>	<p>Se les pide que hagan un ejercicio de aceptación corporal en casa: pararse frente a un espejo y registrar sus aspectos o características positivas (físicas, sociales, emocionales, psicológicas). Registrar sólo ideas y pensamientos positivos. Traer esta lista para la siguiente sesión.</p>
<b>SESIÓN TERCERA (1 hr. 30 minutos)</b>	
Actividad 1	
	Se pide a cada Sujeto que discuta:

Anexos  
Estrategias preventivas

	Los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea (frente al espejo) de aceptación corporal;
Actividad 2. Ejercicio del espejo mágico	
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzar la actividad (realizada en casa) de aceptación corporal</li> <li>-Identificar virtudes o cualidades personales con el propósito de mejorar la autoestima y la auto confianza.</li> <li>-Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo</li> </ul> <p>Tiempo: 45 minutos. Materiales : hojas de papel y lápices.</p>	<p>1. Se organizan los grupos (6 a 10) que realizarán la misma actividad simultáneamente. En cada equipo los Ss., se pondrán frente a un espejo imaginario, pensarán en tres cualidades que tengan y las escribirán en un papel.</p> <p>2. Los Ss., de cada grupo forman un círculo, cada participante pasa al centro y cada uno de los miembros restantes indican tres cualidades positivas. El S. del centro dice si sus compañeros han acertado y en qué cualidades. Este procedimiento se repite hasta que pasa al centro el último de los Ss.</p> <p>2. Se abre un debate con el total de los grupos para analizar: sobre las diferencias entre la autoimagen y la imagen de los demás. Para discutir cómo se sintieron frente a los comentarios positivos y sobre si fue fácil pensar en las virtudes de los demás? Y en las de uno mismo?</p> <p>Observador: registra nombre de los que pasan al centro y las cualidades que le atribuye cada miembro de los grupos. (Se podrá comparar auto cualidades con las atribuidas por los demás).</p>
Actividad 3	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear disonancia en las adolescentes</li> </ul> <p>TIEMPO 45 minutos Material Tarjetas de cartulina y lápices.</p>	<p>Se pide a cada participante que escriba tres sugerencias o recomendaciones (cada una en una tarjeta) en las que se anime a las niñas más jóvenes a que terminen con pensamientos o conductas relacionadas con el ideal delgado. Cada grupo selecciona las mejores recomendaciones y hace role-playing basándose en los contenidos de las mismas y cada grupo finaliza con una conclusión de equipo.</p>
<p>Aplicar el cuestionario (postest)</p> <p>Establecer compromiso para verse nuevamente en 4 semanas</p>	

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN PSICOEDUCATIVO

Tiempo: 3 sesiones por semana de 1 hora a 1 hr. 30 min.

Aplicación del Cuestionario: 1) al inicio (línea-base); 2) al término de la intervención; y 3) 4 semanas después de la intervención.

<b>Actividad 1 Presentación e invitación.</b>	
Objetivo 1. Presentar a las participantes el programa.	En Mexico al igual que en otras partes del mundo las adolescentes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, rechazan su propio cuerpo, y esto les provoca muchos otros problemas. Por tal motivo te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como proposito conocer la imagen corporal que tienen las chicas de tu edad. Tu colaboracion sera de gran ayuda para desarrollar programas tendientes a mejorar y a aceptar la propia imagen corporal.
<b>Actividad 2</b>	
- Que las adolescentes conozcan e identifiquen el origen, como se perpetua y las principales consecuencias de la interiorización del ideal de delgadez.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El conductor reparte el material de trabajo (temas de discusion)</li> <li>2. Se forman grupos (8 a 10 sujetos) y se define en cada grupo que es internalizacion del ideal de delgadez.</li> <li>3. Se lee en los grupos tema por tema y se discute sus contenidos: A) el origen del ideal de delgadez; B) como se perpetua; y C) principales consecuencias (seguimiento de dietas restrictivas)</li> <li>4. Despues de que conductor y participates discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones de cada grupo).</li> <li>5. Pedir a cada uno de los participates que escriban (media pagina) las consecuencias que la salud y bienestar de uno puede sufrir por el hecho de querer a toda costa estar delgada. Pedirles que traigan ese escrito a la siguiente sesion para discutirlo en grupo.</li> </ol>
<b>SEGUNDA SESION (1 hr. 30 minutos)</b>	
Objetivos: - Que las adolescentes identifiquen el papel que juegan los medios de comunicación los pares y los medios de comunicación, así como los intereses económicos detrás del ideal corporal delgado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se describen las experiencias de la sesion anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones (tarea) de los participantes.</li> <li>2. Se distribuyen los temas de trabajo y los participantes de cada grupo los leen y los discuten : A) El impacto que ejercen los mensajes del ideal delgado provenientes de la familia; de los pares; de los medios; B) Quien se beneficia (corporaciones) de la busqueda del ideal delgado;</li> <li>3. Despues de que conductor y participantes discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones).</li> <li>4. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media pagina) posibles soluciones para evitar el impacto de los medios. Pedirles que traigan su escrito a la siguiente sesion para discutirlo en grupo.</li> </ol>
<b>TERCERA SESION (1 HR. 30 minutos)</b>	
Objetivos - Que las adolescentes den posibles soluciones para no dejarse influenciar por los medios, familias y amigos en lo que se refiere al ideal corporal delgado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se describen las experiencias de la sesion anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones (tarea) de los participantes.</li> <li>2. Si no queremos que las chicas acepten la idea de una figura ideal delgada, que hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- los padres y los amigos</li> </ul>                     Pedir a cada grupo que desarrollen sugerencias y posibles soluciones.                 </li> <li>3. Se pide al observador que entregue a cada grupo las conclusiones obtenidas en la primera y segunda sesion y se les pide</li> </ol>

Anexos  
Estrategias preventivas

	a los participantes sacar sus conclusiones finales tomando en cuenta todas las sesiones.
Establecer compromiso para verse nuevamente en 4 semanas	

ANEXO B1  
TALLER INFORMATIVO PARA  
PADRES Y MAESTROS

### **TALLER PARA PADRES**

Objetivos:

- Informar a los padres de las adolescentes con problemas de imagen corporal sobre el riesgo que tienen sus hijas de padecer un trastorno alimentario.
- Obtener el apoyo de los padres para la aplicación del programa.

1. Se citará en la escuela a los padres o madres de las alumnas con problemas de imagen corporal.
  1. Se les informará que las adolescentes están en riesgo de sufrir un trastorno alimentario.
  2. Se expondrán en diapositivas qué son los trastornos alimentarios y sus consecuencias.
  3. Se hará una sesión de preguntas.
  4. Se pedirá el permiso para que sus hijas participen en el programa de intervención

Tiempo: 50 minutos.

No. de sesiones: una

### **TALLER PARA MAESTROS**

Objetivos:

- Informar a los maestros sobre el riesgo que tienen sus alumnas de padecer un trastorno alimentario.
- Obtener el apoyo de los maestros para la aplicación del programa.

1. Se solicitará una plática con los maestros de las alumnas.
2. Se les informará que las adolescentes están en riesgo de sufrir un trastorno alimentario.
3. Se expondrán en diapositivas qué son los trastornos alimentarios y sus consecuencias.
4. Se hará una sesión de preguntas.
5. Se pedirá el apoyo para que las alumnas participen en el programa de intervención

Tiempo: 45 minutos.

No. de sesiones: una

ANEXO B2

MANUALES DE PREVENCIÓN.  
SEGUNDA VERSIÓN



## PROGRAMA DISONANCIA

### PRIMERA SESIÓN ( 30 a 40 minutos)

**Actividad 1. PRESENTACIÓN E INVITACIÓN.** Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la imagen corporal . ¿CÓMO SE LOGRA ESTO? Existe la idea que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para evitar que otras niñas tengan problemas con su cuerpo, esto ayuda a mejorar la propia imagen corporal.

¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN CORPORAL dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su imagen corporal?

Tiempo: 5 minutos

### Actividad 2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención

Descripción de la actividad:

La facilitadora dice a las estudiantes que ella dirá su nombre y el de una fruta y toma la punta de un estambre y pasa el resto de la bola a una estudiante, ésta deberá decir su nombre, el nombre de una fruta y repetir los de su antecesora. El ejercicio se repite hasta que todas las estudiantes hayan dicho su nombre y su fruta, además de los de sus antesoras.

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

### Actividad 2 El picnic, opcional (excluyente de la actividad 1)

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención

Descripción de la actividad:

El facilitador dice a los participantes que se imaginen que todos vamos a ir a un pic nic o día de campo, para ello, cada participante debe decir su primer nombre y algo que debe llevar al día de campo, la regla de productos a llevar es la siguiente: debe empezar con la primera letra de su nombre, los participantes no saben esta regla, aquél que no cumpla con la regla no podrá ir al paseo. Lo interesante aquí es que el participante debe descubrir la regla del juego, por supuesto el (los) facilitador(es) debe (n) iniciar la actividad

Duración: 15 o min.

## SEGUNDA SESIÓN ( 30 a 40 minutos)

### Actividad 2. Una mirada en el espejo

#### *Objetivos:*

- Tomar conciencia de uno mismo. Incrementar el autoconocimiento
- Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.
- Analizar el impacto de la autoimagen o auto percepción en la conducta.
- Aprender estrategias de modificación de autoconcepto negativo.

#### *Descripción de la actividad:*

Se entrega a cada participante un listado con adjetivos (positivos y negativos) y una hoja para la recogida de descripciones (véanse modelos). En primer lugar, cada participante describe cómo le ve su madre, seleccionando del listado los adjetivos que cree que utilizaría su madre para definirle. Mientras se leen los adjetivos se anotan los seleccionados del listado que se le presenta en la hoja de recogida de descripciones. En segundo lugar, y tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos con los que le describiría su padre. En tercer lugar, realizando la misma operación, es decir, tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos que describen cómo le ve un amigo o los amigos, y en último lugar cómo se ve él mismo.

Cuando han completado la hoja de recolección de descripciones, observan sus respuestas, analizando individualmente: (1) el concepto positivo o negativo que tienen de él su madre, su padre, un amigo y él mismo (número de adjetivos positivos y negativos en cada evaluación); (2) qué persona le ve más parecido a como se ve él mismo.

#### *Notas:*

- Profesor: En la fase de debate la exposición pública de los adjetivos seleccionados debe ser voluntaria, ya que el principal objetivo es la reflexión sobre uno mismo.
- Observador: Recoger las hojas de respuestas para análisis posterior. Registrar en el diario las verbalizaciones de la fase de debate.

#### *Discusión:*

¿Este ejercicio los ha ayudado a conocerse mejor a ustedes mismos?

Espero que cada uno haya reflexionado sobre la imagen que tiene de él mismo y cómo cree que lo ven los otros. ¿Son parecidas o muy diferentes la imagen que tienen de ustedes mismos y la imagen que tienen los demás?

¿De donde proceden las ideas que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo formamos la imagen que tenemos de nosotros mismos?

¿Creen que las ideas que tenemos sobre nosotros mismos influyen en los comportamientos que tenemos y en las cosas que nos suceden? ¿Se nos ocurre algún ejemplo? ¿Podemos cambiar la imagen que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo?

Anexos  
Estrategias preventivas

*Materiales:*

Un listado de adjetivos y una hoja de recolección de descripciones por participante.  
Un lápiz y una goma

*Tiempo:*

30 minutos

**2. Una mirada en el espejo: listado de adjetivos**

Valiente Desobediente Enojona Sincera Lista Cooperadora Insegura Tonta Fuerte Creativa Alegre	Amable Mala Amigable Obediente Floja Desconfiada Triste Independiente Divertida Generosa	Grosera Honesto Optimista Egoista Educada Cobarde Infeliz Caprichosa Rápida Grosera	Servicial Pesimista Cuidadosa Débil Buena Ingeniosa Agresiva Inteligente Feliz Lenta Torpe
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hoja de respuesta. Una mirada en el espejo.  
¿Cómo me ven?

Madre	Padre	Amigo	Yo mismo

### TERCERA SESIÓN FIGURA IDEAL (30 a 40 minutos).

1) Se hace un resumen de la sesión anterior  
Tiempo: 5 minutos

2) Actividad . Figura ideal

Objetivos:

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
- Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.

Procedimiento :

1. El facilitador realiza preguntas al grupo que guíen a las adolescentes a definir el corporal seguido por la sociedad. Estas preguntas podrían ser:

- ◆ ¿Cómo son las actrices que aparecen en la tele?
- ◆ ¿ A los "chavos" (niños) como les gustan las "chavas" (niñas)?

Después de la lluvia de respuestas el facilitador interviene con el siguiente comentario:

Los comentarios que acaban de hacer nos hacen suponer que los adolescentes mexicanos tienen un cuerpo ideal que deberían tener las mujeres **¿cuál es?**  
(esperar la (s) respuesta(s))

2. Las siguientes preguntas realizadas por el facilitador deben dirigirse a que las adolescentes identifiquen la presión que ejercen los pares, familia y medios de comunicación para lucir delgada. A continuación se presentan algunas preguntas ejemplo :

- Cuando tus amigos y amigas ven a un compañero(a) gordito (a) ¿que hacen?
- ¿Las chavas gorditas son igual de populares que las chavas delgadas?
- Cuando empiezas a subir de peso y tus amigas, amigos y familiares lo notan ¿qué es lo que hacen o dicen?

3. El siguiente grupo de preguntas deben dirigirse a detectar el papel de los medios de comunicación y los intereses económicos que se encuentran detrás de la persecución de la delgadez. Estas preguntas podrían ser:

- Hace un momento comentábamos que en la televisión y en las revistas presentan a gente delgada , estos medios de comunicación también proporcionan a la gente gordita "remedios" para adelgazar ¿conoces algunos?
- ¿consideras que estos productos realmente sirven?

El facilitador interviene con el siguiente comentario:

- Efectivamente, no funcionan, las personas que realmente se benefician de la compra de estos productos es la gente que los vende, son las compañías las que se enriquecen de su venta.

4. La últimas preguntas (de esta actividad) deben dirigirse a detectar las consecuencias de perseguir una silueta delgada (seguimiento de dieta), algunos ejemplos son:

- Ahora bien ¿qué es lo que una chava hace cuando empieza a subir de peso? ¿qué medida toma una persona que quiere ser delgada?
- Tienen razón, generalmente se pone a dieta; sin embargo, las chavas de tu edad y las más chicas que ustedes , a quienes va dirigido el programa de prevención que ustedes nos van a ayudar a crear, dejan de comer alimentos como la leche, la carne, el pan y las tortillas los cuales son necesarios para que tu crecimiento se de normalmente, cuando tu eliminas estos alimentos de tu comida corres el riesgo de dejar de crecer (te quedas chaparrita) no tienes ganas de hacer nada, tienes mal humor y te costará trabajo aprender las lecciones de tus materias, entre otras cosas negativas.

5. El facilitador hace un resumen del tema ante el grupo. El resumen debe incluir :

- Un ideal de belleza compartido.
- La presión ejercida por los medios de comunicación, los pares y la familia para lucir una silueta delgada.
- Los intereses económicos detrás de la silueta delgada.
- Consecuencia del seguimiento de dieta como medio para conseguir una silueta delgada.

#### **Tiempo. 25 - 30 minutos**

TAREA 1: a los participantes que redacten un escrito que incluya el siguiente tema "Si no queremos que las chicas (os) niños (as) acepten la idea de una figura ideal delgada, qué hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por":

- Los medios (TV., revistas, eventos de belleza, moda, etc.)
- Por los padres.
- Por los pares o amigas.

TAREA 2. Escribir dos recomendaciones específicas que podrían ayudar a que las niñas (os) más jóvenes acepten sus cuerpos. Traer su escrito en la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

### **CUARTA SESIÓN. FIGURA DELGADA COMO IDEAL**

1. Discutir los contenidos del trabajo realizado en casa.

Tiempo: 15 minutos

2. Actividad: role-play

Objetivo:

Producir disonancia en Los participantes

Descripción

1. Se forman tres o cuatro grupos con el total de los participantes en el taller.

2. Se pide a cada grupo que con base en la tarea de la sesión pasada, elabore una situación o pequeña obra de teatro.

3. Cada participante de cada equipo trata de disuadir a los demás de buscar el ideal delgado.

Tiempo: 15 minutos.

4. Se pide a cada grupo que represente su obra o situación delante de todos los equipos.

Tiempo: 15 minutos

3. TAREA: Se les pide que hagan un ejercicio de aceptación corporal en casa: pararse frente a un espejo y registrar sus aspectos o características positivas (físicas, sociales, emocionales, psicológicas). Registrar sólo ideas y pensamientos positivos. Traer esta lista para la siguiente sesión .

#### QUINTA SESIÓN. PIRÁMIDE NUTRICIONAL E IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS.

1. Se pide a cada participante que discuta:

los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea (frente al espejo) de aceptación corporal.

Tiempo: 5 minutos

#### 2. PIRÁMIDE NUTRICIONAL

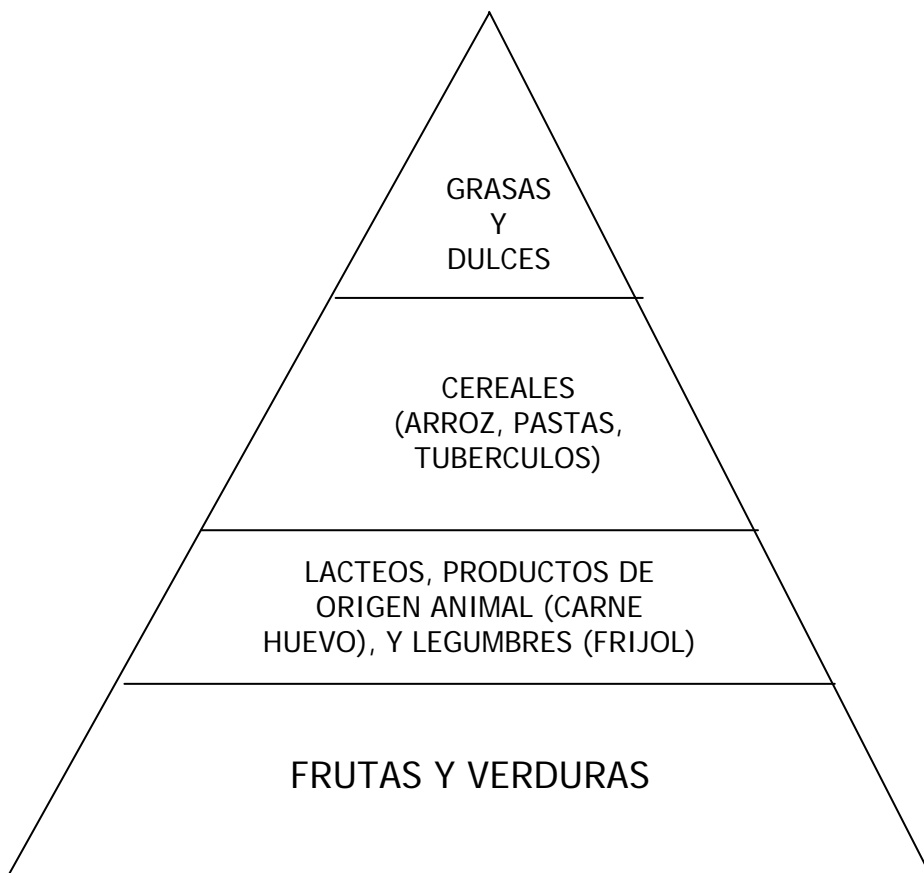
1. Se explica al grupo el contenido de la pirámide nutricional, se debe señalar que para tener una adecuada alimentación se deben incluir alimentos de los cuatro grupos: 1. frutas y verduras, 2. alimentos de origen animal, lácteos y legumbres, 3. cereales y 4. grasas.

2. Es importante señalar que se deben incluir más alimentos según la importancia de ellos, de acuerdo con la pirámide (empezando por la base y terminando con la punta), los alimentos más importantes son las frutas y verduras, y así sucesivamente.

3. Mientras se explica la pirámide, se pide a los participantes que den ejemplos de cada uno de los grupos de alimentos.

Tiempo: 10 min.

### PIRAMIDE NUTRICIONAL



### 3. IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS

1. Se reparte a cada participante una copia de la hoja que contiene la importancia de los alimentos y la clasificación de los nutrimentos.
2. Se discute el contenido del material.

Tiempo: 15 min.

4. Se forman tres o cuatro equipos, se pide que realicen por equipo un comercial "real" de televisión en cartulinas. Tiempo: 10 min.
5. Se pide que cada grupo elija a un capitán que exponga su comercial

Nota: se puede premiar al comercial mejor realizado

Material: Cartulinas, tijeras plumones de colores, pegamento y recortes de alimentos y productos de tv

Tiempo: 10 min.

### IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS

El alimento es al cuerpo como la gasolina a un carro, sin gasolina el carro no funciona. Los sustratos que permiten a las células del ser humano cumplir con sus funciones son llamados *nutrimentos*,

-Los nutrimentos son toda sustancia con energía química almacenada, capaz de ser utilizada por el organismo como energía metabólica, y que se encuentra en los alimentos, y cuya carencia causa necesariamente enfermedad y en caso de persistir su carencia determina la muerte

### CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIMENTOS

TIPO DE NUTRIMENTO	PARA QUE NOS SIRVEN	EJEMPLOS
Nutrimentos energéticos	Proporcionan energía que se empleará en las funciones orgánicas, es decir nos ayuda a realizar las actividades diarias como caminar, correr, aprender las lecciones, etc.	Carbohidratos (cereales), grasas y proteínas (huevo, carne, pescado).
Nutrimentos estructurales	Ayudan a formar los tejidos. Mantienen joven la piel, el cabello crece bonito y saludable, los huesos se fortalecen, Ayudan al crecimiento del cuerpo en general.	Agua, minerales (verduras) y proteínas (frijoles, atún, habas) .
Nutrimentos reguladores	Ayudan a procesar y utilizar (gastar) las grasas, ayudan a mantener un adecuado funcionamiento de todo el cuerpo, tales como memoria, buena visión, etc.	Vitaminas (todas las frutas), agua, proteínas (leche, huevo, carne) y minerales (verduras).

## SEXTA SESIÓN. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

### 2. EJERCICIO DEL ESPEJO MÁGICO



### Objetivos

- Reforzar la actividad (realizada en casa) de aceptación corporal;
- Identificar virtudes o cualidades personales con el propósito de mejorar la autoestima y la auto confianza.
- Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo

### Descripción de la Actividad

1. Se organizan los grupos (6 a 10) que realizarán la misma actividad simultáneamente. En cada equipo los Ss., se pondrán frente a un espejo imaginario, pensarán en tres cualidades que tengan y las escribirán en un papel.
2. Los Ss., de cada grupo forman un círculo, cada participante pasa al centro y cada uno de los miembros restantes indican tres cualidades positivas. El S. del centro dice si sus compañeros han acertado y en qué cualidades. Este procedimiento se repite hasta que pasa al centro el último de los Ss.

Se abre un debate con el total de los grupos para analizar: sobre las diferencias entre la autoimagen y la imagen de los demás. Para discutir cómo se sintieron frente a los comentarios positivos y sobre si fue fácil pensar en las virtudes de los demás? Y en las de uno mismo?

Tiempo: 20 minutos.

Materiales : hojas de papel y lápices.

Observador: registra nombre de los que pasan al centro y las cualidades que le atribuye cada miembro de los grupos. (Se podrá comparar auto cualidades con las atribuidas por los demás).

## **SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD**

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones (tarea) de los participantes.

Tiempo: 5 minutos

2. Consejo de Redacción

### **Objetivos:**

- Confrontarse con una situación de discriminación, marginación y falta de amigos
- Analizar la situación problemática y reflexionar sobre posibles situaciones a la misma
- Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso
- Promover la comunicación intragrupo: Toma de decisiones por consenso y por mayoría
- Estimular la empatía hacia personas en situación de obesidad
- Producir disonancia en las chicas

### **Descripción de la actividad:**

En gran grupo, se lee una carta escrita por una persona hipotética (en este caso una chica con sobrepeso) que pide consejo frente a una situación de soledad, marginación y desadaptación en la que se encuentra.

**CARTA:**

Mi nombre es Karla y tengo 13 años. Desde muy pequeña he sido una niña gordita. Cuando era pequeña todos me decían que tenía unos cachetes muy bonitos. Desde que mi cuerpo ha estado cambiando he notado que mi cuerpo sigue gordito. Los compañeros de mi escuela dicen que soy la más gordita del salón y con frecuencia suelen hacerme burla por mi figura. Suelo encontrarme aislada del grupo, me cuesta tener amigas, y todo esto me hace sentirme muy triste. ¿Qué puedo hacer?

Después de la lectura de la carta, se distribuyen los participantes en equipos de seis a ocho miembros. Cada equipo, durante 15 minutos se convierte en un consejo de redacción de una revista y escribe una carta a Karla en la que, solidarizándose con ella, le dan consejos para resolver esta situación. Posteriormente, en gran grupo, se leen las cartas y se abre un debate en torno a los contenidos de las mismas y a la eficacia de las acciones propuestas.

*Nota:*

Facilitador: se pueden inventar diversas situaciones problemáticas en las que se solicita consejo.

Observador: Recoger las cartas de respuesta redactadas por cada equipo para análisis posterior. Registrar las verbalizaciones del debate planteado.

*Discusión:*

El debate se planteará en torno a los contenidos que cada equipo de redacción haya planteado en relación a la situación problema. ¿Cómo se siente? ¿Qué puede hacer para cambiar su situación?

*Materiales:*

Folios y bolígrafos

*Tiempo:* 25 minutos

## OCTAVA SESIÓN

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Tiempo: 5 minutos.

2. Se pide a cada participante que escriba tres sugerencias o recomendaciones (cada una en una tarjeta) en las que se anime a las niñas más jóvenes a que terminen con pensamientos o conductas relacionadas con el ideal delgado. Cada grupo selecciona las mejores recomendaciones y hace role-playing basándose en los contenidos de las mismas y cada grupo finaliza con una conclusión de equipo.

Tiempo: 20 minutos

3. Aplicar el cuestionario

5. Establecer compromiso para verse nuevamente en 3 meses

## INTERVENCION / PSICOEDUCATIVA

### PRIMERA SESIÓN ( 30 a 40 minutos)

**1. Presentación e invitación.** En México al igual que en otras partes del mundo las adolescentes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, rechazan su propio cuerpo, y esto les provoca muchos otros problemas. Por tal motivo te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito conocer la imagen corporal que tienen las chicas de tu edad. Tu colaboración será de gran ayuda para desarrollar programas tendientes a mejorar y a aceptar la propia imagen corporal.

Tiempo: 5 minutos

### 2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención

Descripción de la actividad:

La facilitadora dice a las estudiantes que ella dirá su nombre y el de una fruta y toma la punta de un estambre y pasa el resto de la bola a una estudiante, ésta deberá decir su nombre, el nombre de una fruta y repetir los de su antecesora. El ejercicio se repite hasta que todas las estudiantes hayan dicho su nombre y su fruta, además de los de sus antesoras.

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

### SEGUNDA SESIÓN (30 – 40 minutos).

#### 1. AUTOCONCEPTO

Objetivo:

- Que las adolescentes conozcan la opinión que tienen sobre ellas mismas.

1. En grupos formados se define qué es autoconcepto se nombra un secretario.
2. En gran grupo se leen los comentarios de cada subgrupo, y el facilitador hace una conclusión sobre la definición de autoconcepto.

Tiempo: 15 minutos

**2.** pedir que las niñas escriban en una hoja, atributos que las describan, sólo se escriben características positivas, pedir que traigan la hoja para la siguiente sesión.

### **TERCERA SESIÓN . FIGURA IDEAL**

#### Objetivos

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
  - Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.
1. El conductor reparte el material de trabajo (temas de discusión)
  2. Se forman grupos (8 a 10 sujetos) y se define en cada grupo que es internalización del ideal de delgadez;
  3. Se lee en los grupos tema por tema y se discute sus contenidos: A) el origen del ideal de delgadez; B) como se perpetua; y C) principales consecuencias (seguimiento de dietas restrictivas)
  4. Después de que conductor y participantes discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones de cada grupo).
  5. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media pagina) las consecuencias que la salud y bienestar de uno puede sufrir por el hecho de querer a toda costa estar delgada. Pedirles que traigan ese escrito a la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

Tiempo: 25 minutos

### **CUARTA SESIÓN. PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ**

#### Objetivos

- Que las adolescentes detecten la presión que ejercen "otros" por lucir una silueta delgada.

1. Se forman 3 grupos, pidiendo que nombren a un secretario para que registre sus conclusiones, se entrega y discute un tema por grupo.

Presión para lograr la delgadez por parte de:

I. los medios (TV, revistas, eventos de belleza, moda, etc.)

II. Por los padres.

III Por los pares o amigas.

En cada uno de los grupos se discutirá:

Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas

Tiempo: 15 minutos

2.Cada secretario de grupo expone sus conclusiones.

3. El facilitador hace una conclusión general para cada uno de los temas.

Tiempo 15 minutos

## **QUINTA SESIÓN. PIRÁMIDE NUTRICIONAL E IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS**

1. Se pide a cada participante que discuta:  
los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea (frente al espejo) de aceptación corporal.

Tiempo: 5 minutos

### **2. PIRÁMIDE NUTRICIONAL**

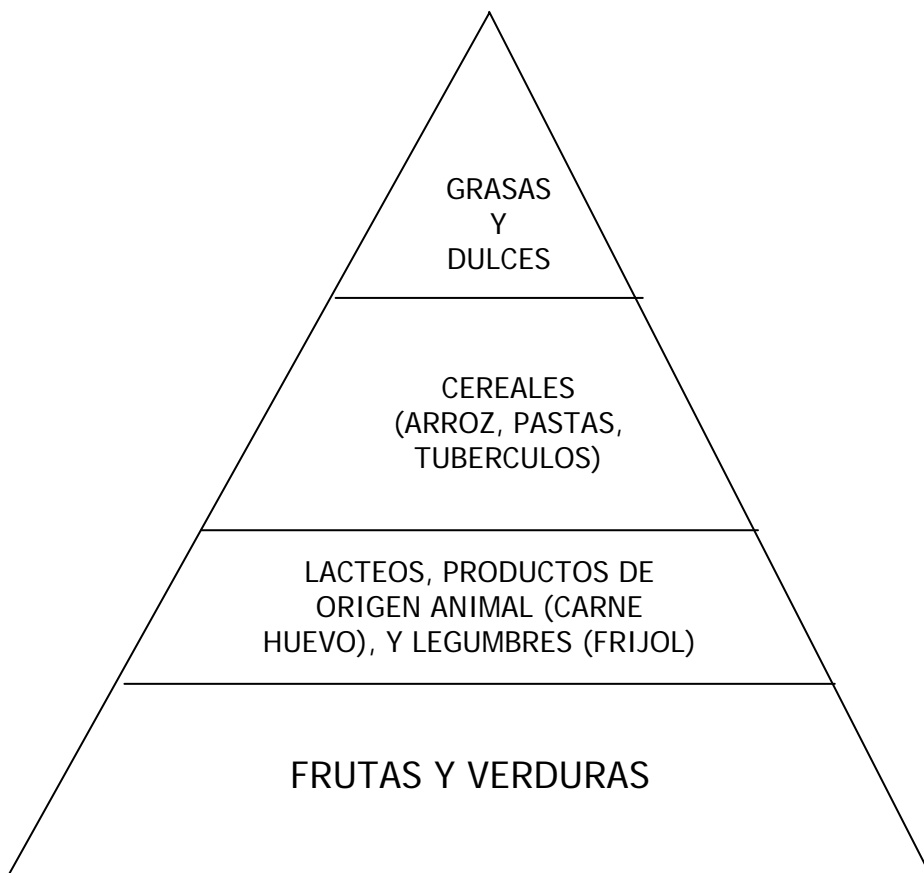
1. Se explica al grupo el contenido de la pirámide nutricional, se debe señalar que para tener una adecuada alimentación se deben incluir alimentos de los cuatro grupos: 1. frutas y verduras, 2. alimentos de origen animal, lácteos y legumbres, 3. cereales y 4. grasas.

2. Es importante señalar que se deben incluir más alimentos según la importancia de ellos, de acuerdo con la pirámide (empezando por la base y terminando con la punta), los alimentos más importantes son las frutas y verduras, y así sucesivamente.

4. Mientras se explica la pirámide, se pide a los participantes que den ejemplos de cada uno de los grupos de alimentos.

Tiempo: 10 min.

#### PIRAMIDE NUTRICIONAL



#### 4. IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS

1. Se reparte a cada participante una copia de la hoja que contiene la importancia de los alimentos y la clasificación de los nutrientes.
2. Se discute el contenido del material.

Tiempo: 15 min.

4. Se forman tres o cuatro equipos, se pide que realicen por equipo una pirámide nutricional en cartulinas. Tiempo: 10 min.
5. Se pide que cada grupo elija a un capitán que exponga su pirámide

Nota: se puede premiar a la pirámide mejor realizada

Material: Cartulinas, tijeras plumones de colores, pegamento y recortes de alimentos

Tiempo: 10 min.

### IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS

El alimento es al cuerpo como la gasolina a un carro, sin gasolina el carro no funciona. Los sustratos que permiten a las células del ser humano cumplir con sus funciones son llamados *nutrimentos*,

-Los nutrimentos son toda sustancia con energía química almacenada, capaz de ser utilizada por el organismo como energía metabólica, y que se encuentra en los alimentos, y cuya carencia causa necesariamente enfermedad y en caso de persistir su carencia determina la muerte

### CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIMENTOS

TIPO DE NUTRIMENTO	PARA QUE NOS SIRVEN	EJEMPLOS
Nutrimentos energéticos	Proporcionan energía que se empleará en las funciones orgánicas, es decir nos ayuda a realizar las actividades diarias como caminar, correr, aprender las lecciones, etc.	Carbohidratos (cereales), grasas y proteínas (huevo, carne, pescado).
Nutrimentos estructurales	Ayudan a formar los tejidos. Mantienen joven la piel, el cabello crece bonito y saludable, los huesos se fortalecen, Ayudan al crecimiento del cuerpo en general.	Agua, minerales (verduras) y proteínas (frijoles, atún, habas) .
Nutrimentos reguladores	Ayudan a procesar y utilizar (gastar) las grasas, ayudan a mantener un adecuado funcionamiento de todo el cuerpo, tales como memoria, buena visión, etc.	Vitaminas (todas las frutas), agua, proteínas (leche, huevo, carne) y minerales (verduras).

### SEXTA SESIÓN. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones (tarea) de los participantes.

Tiempo: 5 minutos



Objetivo:

- Que las adolescentes identifiquen el impacto que ejerce la búsqueda del ideal delgado sobre la imagen corporal y la autoestima.

2. Se distribuyen los temas de trabajo y los participantes de cada grupo los leen y los discuten :

- a) El concepto de autoconcepto
- b) El concepto de autoestima
- c) El impacto que ejerce la búsqueda del ideal corporal delgado en la imagen corporal y la autoestima.

Tiempo: 20 minutos

3. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.

Tiempo: 10 minutos

Actividad de refuerzo: Cada participante realiza un "collage" con su autoconcepto. Se les dice a las sujetos que van a realizar un collage con recortes de revista en donde van a plasmar su propia personalidad, si se considera "libre" podrían poner un águila, etc., si el tiempo lo permite las participantes pueden exponer sus trabajos.

### **SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD**

1. Se le da a cada participante una hoja con un figura obesa, con la siguiente frase: una persona obesa es: \_\_\_\_\_

2. Se pide que cada sujeto que exponga su hoja.

3. Se hace una lluvia de ideas sobre la actitud que existe actualmente hacia las personas con obesidad.

4. Se discuten los "mitos" y realidades de la obesidad y normopeso

Objetivo: Que el alumno detecte la actitud (prejuicios) que las personas tienen ante las personas obesas

Tiempo: 20 minutos

2. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.

3. Se pide a los grupos que escriban sugerencias para que una persona con sobrepeso y obesidad no se dejen presionar por: los amigos, los familiares y los medios (se reparte un tema por grupo). Se pide que lleven sus escritos para la próxima sesión.

Tiempo: 10 minutos

## **OCTAVA SESIÓN**

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Duración: 5 minutos.

2. Si no queremos que las chicas acepten la idea de una figura ideal delgada, que hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:

- los padres y los amigos? Pedir a cada grupo que desarrollen sugerencias y posibles soluciones.

Objetivo: Que las alumnas detecten estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgada.

Duración: 15 minutos

3. Se pide al observador que entregue a cada grupo las conclusiones durante las sesiones pasadas y se les pide a los participantes sacar sus conclusiones finales tomando en cuenta todas las sesiones.

Duración: 10 minutos

4. Aplicar el cuestionario

5. Establecer compromiso para verse nuevamente en 3 meses