

Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia

Eating Disorders Prevention with a multimedia program

R.M. Raich¹, D. Sánchez-Carracedo¹, G. López Guimerà¹, M. Portell², J. Fauquet²

Resumen

Tras hacer una revisión profunda de los programas que se han realizado en la escuela, se plantean cuáles son las intervenciones más eficaces (Crítica del Modelo Estético Corporal, crítica de la publicidad y conocimientos de Nutrición) y se proponen dos objetivos: La realización de un instrumento de intervención preventiva con componentes de Crítica del Modelo Estético Corporal, crítica de la publicidad y conocimientos de Nutrición con soporte multimedia y la comprobación de su eficacia en una gran muestra de estudiantes de 2º de ESO (13 años de media), representativa de toda la población de dicha edad, de la ciudad de Terrassa. La selección de la muestra se hizo al azar en un procedimiento estratificado en el que las bases para la estratificación fueron el tipo de centro (público y subvencionado) y la escuela la unidad de muestra.

Se aportan las líneas básicas de la intervención y los resultados obtenidos en su aplicación

Palabras clave: Prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Intervención en entornos escolares. Eficacia de las intervenciones.

Summary

After a review of the school programs developed and published, we select the ones that show most efficacy and propose two main objectives: the first is to develop preventive material with components of the Aesthetic Feminine-Beauty Model Criticism (AMC), of Media Literacy (ML) and nutrition (NUT) with multimedia support. The second is to assess the impact of the

Este trabajo ha podido realizarse en parte, gracias a los proyectos del Instituto de la Mujer 8/01 y del Ministerio de Ciencia y Tecnología: BSO 2002-03689.

¹Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona

²Departament de Metodología UAB

Correspondencia: Dra. Rosa M^a Raich
Universitat Autònoma de Barcelona
Facultad de Psicología
Edificio B
08193 Bellaterra (Barcelona)
Rosa.Raich@uab.es

program on an important sample of 2nd.ESO students (13 years old) representative of the whole population of Terrassa. The selection procedure for the sample was based on a stratified, random sample. The basis of the stratification was the type of center (public and publicly subsidised private schools) and the school was the sample unit

Key words: Eating Disorders Prevention. Intervention in school settings. Efficacy of interventions.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una creciente preocupación social por la problemática relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), preocupación que queda reflejada en el cada vez mayor interés mostrado por los medios de comunicación sobre estos temas. Esta preocupación se ha trasladado a los responsables de política sanitaria, que comienzan a poner de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias preventivas con relación a este tema. La elevada prevalencia de los TCA (véase, por ejemplo, Rojo et al.; 2003, Peláez, Labrador y Raich, 2004), el amplio rango de gente joven afectada, las consecuencias a corto y largo plazo que producen en la salud, la resistencia al tratamiento, y su coste, son una clara justificación para incrementar la atención, política, social y sanitaria, hacia la prevención primaria de dichos trastornos (Rosen y Neumark-Sztainer, 1998). Todo lo anterior señala la necesidad de adoptar un enfoque preventivo a la hora de abordar esta problemática.

Los TCA incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), según criterios diagnósticos del DSM-IV. En general, constituyen una patología de reciente aparición, con una etiopatogenia multifactorial, por lo que es comprensible que aún no se hayan llegado a establecer y a aceptar, en la comunidad científica, unos criterios claros para su prevención y tratamiento. El interés creciente por la prevención ha ido paralelo al reconocimiento de las dificultades de su tratamiento, o por lo menos, de las dificultades que entraña su recuperación (Huon, Braganza, Brown, Ritchie y Roncolato, 1998). Se han realizado pocas evaluaciones controladas de los programas de prevención de los TCA (Stice, Mazotti, Weibel y Agras, 2000; Barr Taylor, 2005)

y, desafortunadamente, la mayoría de éstas no han producido los resultados esperados.

La prevención de los TCA, tal y como se señala en los principales resultados de la literatura, debe orientarse a aspectos genéricos que permitan la promoción de la salud en general o la creación de actitudes positivas hacia ella, incorporando aspectos básicos tales como el fortalecimiento de la autoestima, la formación básica en nutrición o la lucha contra la presión mediática hacia un cuerpo femenino excesivamente delgado. El proyecto de investigación que presentamos se ubica en esta línea de investigación, esto es, la creación de un programa preventivo de los TCA, dirigido a población adolescente, que incorpora estos elementos.

Este programa se ha realizado tras una exhaustiva revisión de la literatura existente sobre los programas preventivos de TCA dirigidos a la adolescencia y aplicados en la escuela. En total, han sido 27 los programas revisados.

En general, la revisión teórica efectuada (López Guimerà, 2004) pone de manifiesto el número de programas preventivos de los TCA que se han realizado en los últimos años y, especialmente, la gran disparidad de elementos o características que los forman. En nuestra opinión ello se debe fundamentalmente a tres razones:

1. Los modelos etiológicos del trastorno no están bien definidos, lo que dificulta la creación de programas dirigidos a su prevención.

2. Es necesaria una mayor investigación acerca de los factores de riesgo y los factores protectores de los TCA.

3. El carácter relativamente joven de este campo de investigación implica que todavía no se disponga de bases teóricas y epistemológicas sólidas sobre las que fundamentar los programas.

En cuanto a los diseños, se ha confirmado una

evolución positiva en la complejidad y rigurosidad metodológica. En los primeros programas es característico detectar ciertas limitaciones en los diseños, como son la ausencia de un grupo control, la no asignación aleatoria de los sujetos o los grupos, o la utilización de instrumentos de evaluación no estandarizados. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, los investigadores han refinado sus estudios aplicando un mayor rigor metodológico; entre otras condiciones pueden citarse el mayor control experimental, el uso de medidas e instrumentos estandarizados, etc.

Respecto a la cuestión de a quién deben dirigirse los programas hay ciertas controversias. En cuanto al sexo de los participantes, la mayoría de programas sólo incluyen a chicas, aunque se mantiene el debate de si los chicos deberían incluirse o no. El incremento de la incidencia de los TCA en el género masculino y la aceptación de que éstos forman parte del ambiente social, que crea y perpetúa las insaludables normas dietéticas, son factores que justifican su inclusión. En cuanto a la edad, la mayoría de programas se aplican de los 12 a los 14 años principalmente, o en edades mayores, ya que son los períodos de mayor riesgo para desarrollar un TCA. Sin embargo, autores como Smolak et al. (1998), consideran que puede ser demasiado tarde intervenir en estas edades ya que, en muchas ocasiones, las chicas ya han empezado a mostrar preocupaciones por la Imagen Corporal y ciertos comportamientos de control de peso. Estos autores recomiendan que los programas de prevención primaria se dirijan a la escuela de enseñanza primaria (6-11 años). En oposición, autores como Stice y Shaw (2004) mantienen que los mayores efectos se encuentran en programas aplicados a chicas mayores de 15 años, frente aquéllos dirigidos a adolescentes más jóvenes. Estos autores consideran que la intervención puede ser más eficaz en adolescentes más mayores, porque están en el período de mayor riesgo de padecer TCA y, por tanto, están más motivados en “captar” la intervención. Sin embargo, estos resultados también pueden ser debidos a un “efecto suelo”, ya que las adolescentes más jóvenes al tener alteraciones alimentarias en niveles más bajos, es decir, puntuaciones más bajas en los cuestionarios, pueden atenuar el poder estadístico para detectar los efectos de la intervención.

Otro debate que se plantea respecto a quién dirigir los programas preventivos para los TCA, consiste en clarificar si se debería intervenir en participantes con alto riesgo en desarrollar la enfermedad y que, por tanto, presentan factores de riesgo bien establecidos (prevención selectiva), o a la población general (prevención universal). Este debate ha surgido a consecuencia de la escasez de resultados obtenidos. Autores como Stice y Shaw (2004), sugieren que los individuos con alto riesgo de padecer la enfermedad están más motivados para captar los contenidos de los programas preventivos, lo que puede resultar en mayores beneficios. Sin embargo, la distinción entre los programas universales y selectivos es a veces poco clara. Por ello Franko y Orosan-Weine (1998) sugieren que, para poder evaluar con mayor precisión el éxito de los programas preventivos, los investigadores tienen que ser más explícitos en sus definiciones respecto a qué tipo de prevención están haciendo, cuál es la población objetivo, cuáles son los objetivos y con qué bases teóricas y empíricas han diseñado el estudio.

Por otra parte, el objetivo general de los programas de prevención primaria de los TCA es reducir la incidencia de la enfermedad; sin embargo, la forma de conseguir este objetivo es variada. El desarrollo en la investigación sobre factores de riesgo y factores protectores ha provocado que los investigadores en el campo de la prevención dirijan, cada vez más, sus intervenciones a factores específicos. En este sentido, los ensayos aleatorizados de prevención ofrecen la oportunidad experimental de evaluar teorías etiológicas, porque los programas que se focalizan en un solo factor de riesgo (por ejemplo la insatisfacción con la imagen corporal) proporcionan una fuerte evaluación sobre el efecto de este factor sobre la patología alimentaria. Si trabajando sobre éste factor se previenen los TCA, sabremos que éste tiene una fuerte influencia en el desarrollo de la enfermedad, tal como ha quedado patente en (1995) y Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler (1997).

Otra característica importante de los programas es el contenido de las intervenciones. Los contenidos están en función de los objetivos que se persiguen. Muchos programas se dirigen a fac-

tores de riesgo específicos de los TCA, por tanto, en muchas ocasiones, los contenidos giran en torno a la insatisfacción corporal, la presión social hacia la delgadez, habilidades para manejar el peso de forma saludable, y la autoestima. Sin embargo hay otros programas que se dirigen a factores de riesgo no específicos como, por ejemplo, programas centrados en promover habilidades para afrontar el estrés, resolución de problemas y en habilidades para la vida. Stice y Shaw (2004) y Barr Taylor (2005), destacan que el contenido es un elemento menos importante de lo que se esperaba en predecir los efectos de la intervención; y otros aspectos, como el formato o la población a la que va dirigido el programa, han resultado ser elementos más importantes. En este contexto, los autores detectan que los 15 programas con mayor efecto en la patología alimentaria variaban en cuanto al contenido; unos se basaban en promover la autoestima, otros las habilidades para manejar el estrés, otros los comportamientos para controlar el peso de forma saludable o análisis críticos del ideal estético actual. Este patrón de resultados sugiere que puede haber múltiples métodos para prevenir los TCA de forma exitosa. Sin embargo, Stice y Shaw (2004) concluyen que los programas que producen los resultados más prometedores, parecen incluir intervenciones cognitivas que intentan modificar las actitudes mal adaptadas, tales como la internalización del ideal delgado o la insatisfacción corporal y las intervenciones conductuales que intentan cambiar comportamientos no adaptativos como el atracón. Esto concuerda con los estudios que Raich, Torras, y Sánchez-Carracedo (2001) llevaron a cabo en una amplia muestra de adolescentes, y que mostró la importancia de la internalización del ideal estético.

En cuanto al marco teórico, todavía son pocos los estudios que tienen claramente definidos sus bases teóricas. En muchas ocasiones, los modelos etiológicos no están siendo utilizados para guiar el diseño de los programas (Stice y Shaw, 2004; Barr Taylor, 2005). Idealmente, las estrategias de prevención dirigidas a los TCA deberían estar basados en los modelos explicativos del trastorno, pero éstos son todavía incompletos y muchos de ellos son especulativos e improbados (Rosen y Neumark-Sztainer, 1998). Quizás, la

escasez de resultados es debida a la escasa integración entre la teoría y la práctica investigadora.

Por lo que respecta a la duración de las intervenciones, la mayoría de los investigadores concluyen que las intervenciones breves de una sola sesión son insuficientes para producir cambios duraderos en las actitudes y en los comportamientos (Martz y Bazzini, 1999). Stice y Shaw (2004). Concluyen que los programas con múltiples sesiones producen mayores efectos. Argumentan que posiblemente esto sea debido a que resultan más provechosos, por el hecho de que los participantes pueden reflexionar sobre el material de las intervenciones entre las sesiones, maximizando así la interiorización de los principios aportados por el programa. Además, los períodos entre las sesiones, ofrecen a los participantes la oportunidad de aplicar nuevas habilidades para luego retornar al grupo y comentar, detectar y corregir, los posibles “fallos”. Sin embargo, debemos reconocer la necesidad de diseñar intervenciones relativamente breves, ya que tales programas son más factibles de administrar en el ámbito escolar.

En cuanto al formato que utilizan los programas, también podemos observar una clara evolución en el campo. Muchos de los primeros programas y algunas de las intervenciones actuales utilizan principalmente aproximaciones didácticas. Sin embargo, los resultados demuestran que las intervenciones que utilizan aproximaciones interactivas son las que tienen un mayor efecto en la alteraciones alimentarias. Stice y Shaw (2004) consideran que un formato interactivo parece ser necesario para asegurar que los participantes capten el material del programa. Este tipo de formato facilita la adquisición de los conceptos y habilidades, lo que a la vez se espera que promueva el cambio de actitudes y comportamientos. Por otro lado, resulta evidente el observar cómo los programas más recientes (Abascal et al., 2004) se adaptan a las nuevas tecnologías utilizando soportes digitales y multimedia. Es necesario que los futuros estudios diseñen intervenciones atractivas para captar la atención de los adolescentes.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, los investigadores en prevención deberían trabajar juntos para desarrollar una misma batería de

pruebas de evaluación, para poder hacer comparaciones entre los estudios (Steiner-Adair et al., 2002). Es muy común, en los estudios sobre prevención, utilizar pruebas que no evalúan patología alimentaria. Esto es un problema, porque la característica que define si un programa de prevención de los TCA es eficaz, es si es capaz de reducir la incidencia de los TCA, hecho que no es posible comprobar si se evalúa correctamente. Otra limitación en el campo es la utilización de pruebas no estandarizadas. Stice y Shaw (2004) concluyen, que los efectos de las intervenciones que fueron significativamente más duraderos, los encontraron en aquellos ensayos que utilizaban instrumentos con validez y fiabilidad establecida. Los autores explican dichos resultados argumentando que estos instrumentos tienen mayor sensibilidad para detectar los efectos de la intervención.

Finalmente, en cuanto a los resultados, simplemente comentar que los programas preventivos son cada vez más prometedores. En lo que respecta a los resultados a corto plazo, muchos programas han obtenido cambios en el conocimiento, y cada vez son más los programas que están obteniendo cambios en las actitudes y los comportamientos. A pesar de que sólo una tercera parte de los programas revisados obtienen efectos a largo plazo, en su mayoría se trata de programas recientes, lo que nos indica que se están realizando avances importantes y en la dirección correcta.

Se debería dedicar una mayor atención, al desarrollo de técnicas generales de prevención que fueran independientes de los contenidos específicos de la intervención, tales como auto-presentaciones estratégicas, entrevistas motivacionales, y otras técnicas de persuasión características de la psicología clínica y la psicología social (Stice y Shaw, 2004). Es de esperar que los futuros ensayos de prevención de los TCA obtendrán resultados más prometedores, e intentaran resolver las limitaciones conceptuales y metodológicas comentadas anteriormente. En futuras investigaciones sería importante efectuar repeticiones independientes de los programas más eficaces.

OBJETIVOS

El presente estudio tiene dos objetivos principales:

- Primer Objetivo: Realización de un instrumento multimedia preventivo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Segundo Objetivo: Análisis de la eficacia del instrumento preventivo.

El estudio que se presenta se desarrolló en varias etapas para poder llevar a cabo los objetivos propuestos. En una primera etapa se elaboró el instrumento de prevención para los TCA con un soporte *Power Point*. Una vez elaborado el programa se seleccionó una muestra representativa de la población de Terrassa, de los chicos y chicas de 12-13 años, a la que administrar la intervención. La administración del programa se realizó mediante un diseño con grupo control *pretest-postest*.

Para evaluar los distintos componentes del programa se diseñaron dos condiciones experimentales, en las cuales, el grupo asignado a una condición ("Modelo + Nutrición") recibía el programa completo, mientras que el grupo asignado a la segunda condición ("Modelo") sólo recibía dos componentes del programa. De esta forma se analizó no sólo el programa completo, sino también los distintos componentes que lo constituyen. También disponemos de un grupo control de no tratamiento. Antes de administrar la intervención se realizó la evaluación *pretest*, y una vez administrados los distintos componentes del programa se realizó la evaluación *postest*. Finalmente, se quiere comprobar si existen diferencias en la aplicación del programa grupal vs. individual, y así, pasar a la última etapa del estudio, el análisis de los datos. Puesto que el estudio de la aplicación del programa individual está aún en fase de realización, nos referiremos únicamente al programa grupal.

A continuación, se desarrollará en profundidad el primer objetivo de la investigación: elaboración del instrumento preventivo, que se corresponde con la primera etapa de la investigación. Seguidamente, se describirá la aplicación y evaluación del instrumento preventivo, que se corresponde al segundo objetivo del estudio.

En la figura 1 se puede observar un esquema de las distintas etapas del estudio.

A la hora de describir el programa y sus características se han utilizado, prácticamente, los mismos apartados que en la revisión de la literatura para describir y comparar los distintos programas

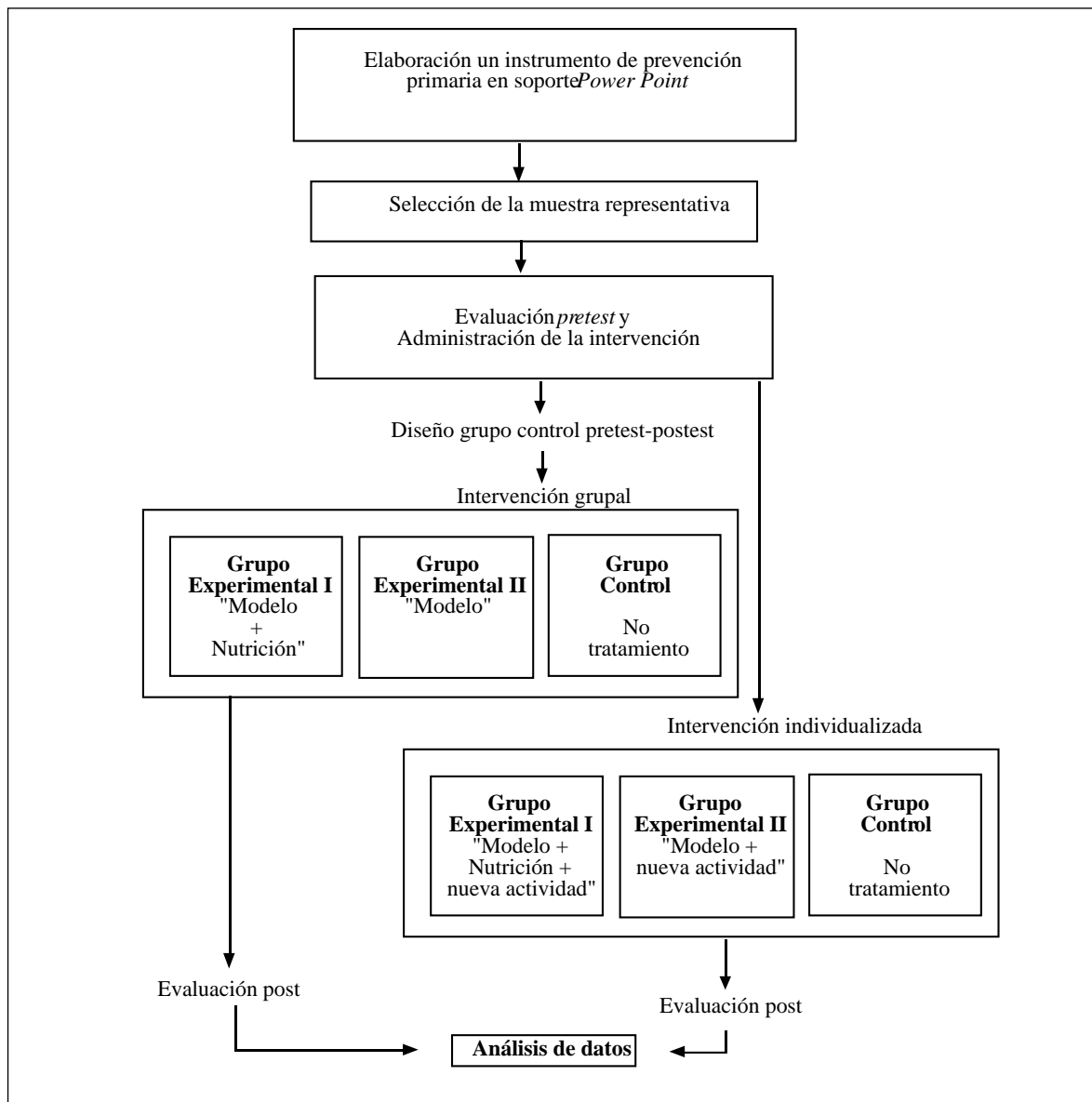


Figura 1
Esquema de las etapas del estudio

preventivos. De esta forma se facilita la comparación, del programa diseñado en esta investigación, con el resto de programas revisados.

PRIMER OBJETIVO: REALIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO MULTIMEDIA PREVENTIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para la elaboración del programa se tuvieron

en cuenta aquellos elementos que, a partir de la revisión de la literatura, se han mostrado eficaces para la prevención de los TCA.

Revisando la literatura, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en programas de prevención primaria para los TCA, decidimos no incluir elementos que proporcionaran información sobre las características de los TCA, ya que en algunos trabajos se ha demostrado que ello puede tener efectos contraproducentes (Carter et al., 1997).

El programa se encuadra dentro de la nueva tendencia de programas preventivos donde, además de los elementos tradicionales de las aproximaciones basadas en la información, se incorporan elementos nuevos, como son, el proporcionar habilidades básicas para hacer frente a la presión social, o actividades dirigidas al desarrollo de una actitud crítica.

También se intentan trabajar otros aspectos no centrados directamente en el trastorno sino en otras variables de carácter más protector, como por ejemplo, facilitando conocimientos básicos sobre alimentación equilibrada, trabajando falsas creencias sobre estos temas.

Antes de explicar en detalle las características del programa, se describen a continuación las actividades que se han llevado a cabo para diseñar la intervención preventiva:

1. Para la recogida y el análisis de la documentación se ha acudido a la Biblioteca ACAB, siglas de la Asociación Contra la Anorexia y La Bulimia, ubicada en Barcelona; a la Videoteca del Instituto Catalán de la Mujer; al Servicio Audiovisual del *Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya*; se ha buscado información en archivos de programas de interés de televisiones públicas y privadas, en Internet y revistas de actualidad sobre moda y belleza femenina. Se ha revisado una extensa documentación bibliográfica sobre nutrición, efectos y trucos de la publicidad, y libros de maquillaje.

2. Se ha realizado la grabación de vídeos de opinión en escuelas. Para ello se ha preparado un guión y se ha acudido a las escuelas, donde se ha filmado a los alumnos y grabado sus respuestas.

3. Se ha consultado a un nutricionista experto en cuanto a contenidos generales y la elaboración de menús adaptados a la población objetivo; se han elaborado y se ha realizado un reportaje fotográfico de dichos menús.

4. Se ha consultado y contado con la colaboración de un técnico informático del *Institut de Ciències de la Educació* (ICE), de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), para la creación del programa.

Participantes

Han habido muchos debates acerca de qué

edad es la más adecuada para llevar a cabo un programa preventivo. Algunos investigadores como Smolak et al. (1998), recomiendan que los programas de prevención primaria se dirijan a la escuela de enseñanza primaria (6-11 años). Sin embargo, otros autores, como por ejemplo Stice y Shaw (2004), mantienen que las intervenciones preventivas tienen un mayor efecto cuando se aplican a muestras en las que el promedio de edad está por encima de los 15 años.

En nuestro caso, se decidió aplicarlo a la población de chicos y chicas de 12 y 13 años (2º de ESO), ya que es en esta etapa cuando empiezan a aparecer las actitudes y las conductas alimentarias anormales. Además, en esta etapa ya se han desarrollado las habilidades cognitivas y las conductas que permiten realizar cambios y, por ello, es posible ejercer una influencia potencial en las actitudes antes de que éstas se arraiguen más profundamente en la adolescencia tardía (Stewart, 1998).

A pesar de que parte del contenido del programa estaba dirigido solamente a las chicas, fue aplicado tanto a chicas como a chicos. Los datos epidemiológicos sugieren que los TCA son alrededor de diez veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo que justifica que el programa sea aplicado sólo a las chicas. Sin embargo, los chicos, por supuesto, son también parte del ambiente social que crea y perpetúa las insaludables normas dietéticas y las burlas y persecuciones basadas en el peso (Piran, 1995). Dejando a los chicos y a los hombres jóvenes fuera de las intervenciones, ignoramos su rol negativo en el ambiente social que contribuye a los TCA y su potencial como influencia positiva en apoyar los cambios preventivos (Austin, 2000). Además, su participación puede permitir una discusión más completa y una mayor clarificación de las normas sociales entre iguales (Rosen y Neumark-Sztainer, 1998).

Por otro lado, desde un punto de vista práctico, resulta mucho más fácil incluir a toda una clase en una sesión ya incorporada al plan de estudios regular, ya que el contexto natural de las escuelas, con las que trabajamos, es de clases mixtas formadas por chicas y chicos. A la hora de administrar el programa, nos resulta más factible administrarlo a una clase entera, y es mucho más

fácil de programar desde el punto de vista de la organización de los centros escolares. Por tanto, se trata de un programa de prevención universal y selectivo a la vez: universal porque se aplica a la población general, y selectivo porque está dirigido, especialmente, a un grupo de alto riesgo: las chicas adolescentes.

A pesar de ello, debemos aclarar que los datos analizados se corresponden, únicamente, a la población femenina.

Sub-objetivos específicos

El objetivo principal, que perseguimos con el programa, es prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Los sub-objetivos específicos son:

1. Aumentar los conocimientos básicos sobre nutrición.
2. Mejorar las actitudes y los comportamientos alimentarios.
3. Modificar la estima y la imagen corporal de los chicos y chicas.
4. Amortiguar las influencias socioculturales negativas:
 - a) Desarrollar una conciencia crítica de los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia.
 - b) Persuadir a los alumnos para que resistan los mensajes mediáticos sobre la delgadez y las dietas.

Para llevar a cabo nuestros objetivos, diseñamos un programa formado por 3 componentes:

1. *Nutrición* ® (Raich, Sánchez- Carracedo, López- Guimerà, 2002).
2. *Crítica del modelo estético de belleza femenina* ® (Raich, Sánchez- Carracedo, López- Guimerà, 2002).
3. *Crítica de los mecanismos de transmisión del modelo estético de belleza femenina* ® (Raich, Sánchez- Carracedo, López- Guimerà, 2002).

Con estos objetivos, nuestro programa se sitúa en la línea de la sugerencia de Gresko y Rosenvinge (1998), cuando sostienen que para que un programa psicoeducativo produzca resul-

tados positivos es conveniente motivar a los estudiantes a desempeñar un papel activo en la crítica de la alimentación y la cultura de la delgadez.

Contenidos

El primer componente que desarrollamos es el de *Nutrición* ®. En la tabla 1 se presentan los contenidos específicos de este componente.

Mediante el componente “Nutrición” del programa trabajamos la alimentación saludable. No se trata de una charla de tipo técnico sobre nutrición, sino de intentar señalar algunos aspectos básicos, de cambiar falsas creencias acerca de la alimentación, y de intentar que chicos y chicas encuentren una aplicación práctica de estas cuestiones en su alimentación cotidiana. Animamos al consumo diario de las principales clases de alimentos recomendados a través de la pirámide alimentaria, remarcando la importancia de la variedad y la cantidad necesaria en las comidas. No se hace referencia al recuento de calorías ni de grasas, sino que enfatizamos la idea de la propia forma de la pirámide, que permite el consumo de todos los alimentos. Se procura transmitir la idea de que no hay “alimentos prohibidos”. De hecho, se incluye información sobre la importancia de ingerir grasas y carbohidratos, algunos de los nutrientes que las personas preocupadas por estos temas prefieren evitar a menudo.

Para que los chicos puedan asimilar todos los conceptos, acerca de en qué consiste una alimentación saludable de una forma práctica y aplicada, diseñamos cuatro menús elaborados por un nutricionista. Uno de ellos era equilibrado, siguiendo las recomendaciones de la pirámide alimentaria, y los otros tres menús eran desequilibrados, excediendo cada uno de ellos en algún nutriente. Los menús incluían alimentos típicos de la alimentación de los chicos y chicas a los que se dirigía el programa, y muchas de las comidas aisladas de los diferentes momentos del día resultaban aparentemente equilibradas y comunes. Era la combinación, de las cinco comidas de las que estaba compuesto cada menú (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena), las que daban al mismo el carácter de equilibrado o desequilibrado. En este punto, se potencia un debate de grupo para detectar los errores del menú, y se

Tabla 1
Contenidos específicos del componente Nutrición

- Definición de alimentación equilibrada
- Definición y diferenciación entre nutrición y alimentación
- Nutrientes:
 - Hidratos de carbono
 - Grasas
 - Proteínas
 - Vitaminas y minerales
- Pirámide alimentaria y alimentos
 - Patatas, legumbres, frutos secos y cereales
 - Verduras y frutas
 - Lácteos: leches y derivados
 - Carnes, pescados y huevos
 - Grasas
 - Dulces y bebidas azucaradas
- El agua
- Análisis de menús:
 - Menú equilibrado
 - Menú excesivo en grasas
 - Menú excesivo en proteínas
 - Menú excesivo en hidratos de carbono
- Recomendaciones finales

tenía la oportunidad de comprobar hasta qué punto los participantes habían asimilado correctamente las informaciones principales, aportadas en la primera parte de la presentación, corrigiendo los errores cuando estos se detectaban y reforzando los aciertos.

El objetivo que perseguimos a través de este componente del programa es modificar los conocimientos a cerca de los conceptos básicos en nutrición, y que los niños apliquen estos conceptos en su alimentación cotidiana.

El siguiente componente es, *Crítica del modelo estético de belleza femenina*®. En la tabla 2 se presentan los contenidos específicos de este componente.

Una de las ideas claves, que intentamos transmitir en este componente, es que el concepto de belleza es relativo y que varía de unas épocas a otras y de unas culturas a otras. Para ello, empezamos explicándoles y mostrándoles el canon de belleza propuesto por los griegos, a través de la Venus de Milo. Seguidamente, para mostrar a los

Tabla 2
Contenidos específicos del componente Crítica del modelo estético

- La belleza a través de la historia:
 - El canon de belleza propuesto por los griegos
 - La belleza a través del arte
 - La historia del bañador
- Cambios recientes en los criterios de la belleza:
 - El icono Marilyn
 - El icono Barbie
 - Cambios drásticos en las tallas de las modelos
- La belleza en el mundo:
 - China
 - Birmania
 - Mauritania
 - Occidente

chicos de forma lúdica cómo éstos criterios han cambiado a lo largo de la historia, introducimos un juego donde hay que poner a la Venus de Milo diferentes tallas de tejanos actuales. El objetivo es hacerles reflexionar sobre el hecho de que un icono de belleza suprema en otra época, en la actualidad no podría ponerse ni una talla 42 de tejanos. En la misma línea les mostramos, a través de obras de arte pictóricas, distintos tipos de mujeres que han sido admirados en distintas épocas de la historia. Mientras mostramos las imágenes vamos planteando preguntas de reflexión. Siempre intentando transmitir la idea de que el concepto de belleza es relativo.

Otra de las ideas clave, que trabajamos en este componente, es que el ideal estético imperante en la actualidad es excesivamente delgado. Utilizamos la historia de la evolución del bañador, para representar cómo ha ido cambiando el criterio de belleza en los últimos años. Igualmente, para trabajar esta idea mostramos iconos de belleza del siglo XX y XXI, como son Marilyn, la muñeca Barbie y modelos actuales. Reflexionamos, acerca de la evolución drástica que han experimentado las tallas de ropa en los últimos años, representada por las modelos actuales. Todo ello acompañado siempre de preguntas de reflexión, que van induciendo a un debate por parte de los chicos y chicas. La reflexión final en este

apartado, es transmitir la idea de que tendemos a un modelo estético de belleza que impulsa a unas medidas imposibles; que no son saludables ni razonables, y que no se ajustan, para nada, a la realidad.

Finalmente, hacemos un recorrido por diferentes culturas, mostrando que en la época actual existen distintos criterios de belleza. Para ello, analizamos los ideales de belleza imperantes en China, Birmania y Mauritania, para llegar finalmente a Occidente. En este caso, el objetivo es cuestionar criterios de belleza que no son saludables ni razonables, y extrapolarlo a la cultura occidental.

El objetivo final es desarrollar un espíritu crítico hacia el modelo estético imperante, y mostrar que el criterio de belleza es relativo.

El último componente, *Crítica de los mecanismos de transmisión del ideal de belleza femenino*®. En la tabla 3 se presentan los contenidos específicos de este componente.

Tabla 3
Contenidos específicos del componente Crítica de los mecanismos de transmisión

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué nos transmite la publicidad?: Análisis de mensajes publicitarios. <ul style="list-style-type: none"> ■ Asociación entre perfección y delgadez ■ Tienes el cuerpo que quieres ■ Hay medios para conseguir el cuerpo que quieres • ¿Qué nos oculta la publicidad? <ul style="list-style-type: none"> ■ Eficacia real de las dietas y sus efectos ■ Manipulación de los anuncios: “Nada es como parece” ■ Técnicas de maquillaje • Interés económico que existe detrás de la industria de belleza. • Cuestionamiento de la asociación automática entre belleza y felicidad. • Variedad de “tipos” de mujeres que existen en la realidad y que no nos muestra la publicidad. • Opiniones grabadas acerca de la publicidad y la belleza de chicos y chicas de su misma edad.

A través de este componente se pretende estimular a los estudiantes a pensar por sí mismos con el fin de poner resistencia a los mensajes cul-

turales perjudiciales, y en concreto de la publicidad, respecto a la belleza, la silueta corporal y las dietas. Intentamos analizar los mensajes más reiteradamente repetidos en la publicidad, y los medios de comunicación dirigidos a la población femenina. Después de analizar los distintos mensajes pasamos a mostrar cuáles son algunos de los trucos, manipulaciones y trampas, más utilizados que se ocultan detrás de los mensajes e imágenes publicitarias. En este apartado del programa se presta especial atención al tema de las dietas. Se informa a los chicos que el cuerpo tiene establecido un peso saludable, en gran medida por predisposición genética. Informamos de cómo el cuerpo establece y defiende un rango límite para el propio peso. Explicamos que tratar de combatir el rango límite saludable para el propio peso, por medio de las dietas, tal vez provoque a la larga el efecto contrario: un aumento de peso no deseado. En síntesis, informamos acerca de lo que la publicidad oculta y la ciencia sí sabe sobre los efectos reales de las dietas.

Después, se muestra toda una serie de trucos y manipulaciones que la publicidad utiliza para transmitir estos mensajes.

Una vez analizados los mensajes publicitarios y mostrado algunas de las manipulaciones que hay detrás de todos ellos, se plantean una serie de preguntas y reflexiones sobre estos temas. El resultado de este debate es, que los chicos y chicas descubran cómo la publicidad contribuye a crear la necesidad de un cuerpo perfecto y delgado, necesidad que nunca podrá ser satisfecha, culpando falsamente a la mujer de su propio fracaso, lo que contribuye a perpetuar un negocio perfecto en torno a la industria de la belleza y el adelgazamiento. Con todo ello, los niños descubren que la mujer no es la más beneficiada, y se dan cuenta de la importante dimensión económica que hay detrás de todo esto.

El objetivo en este caso es mostrar cómo, de forma fraudulenta, a través de los medios de comunicación, se transmite este ideal de belleza y la necesidad de intentar alcanzarlo.

Marco teórico general

El programa se integra en el marco teórico del Modelo Cognitivo Social (*Social Cognitive Mo-*

del, en inglés), que postula que los factores socio-culturales crean, dan forma y mantienen las creencias, las emociones, los motivos y los comportamientos que comprenden el continuo de los TCA (Levine, Colledge y Piran, en prensa).

Este modelo señala que el rol de género femenino, la Imagen Corporal negativa, el incontrolable miedo a la gordura, los atracones y otras prácticas insaludables para manejar el peso, se han adquirido a través del aprendizaje social y se han consolidado a través de procesos cognitivos y comportamentales.

Los elementos básicos de los programas preventivos que están basados en este modelo son:

1. Ejercicios para entender y mejorar la Imagen Corporal: analizando y cambiando las creencias acerca del propio peso y la forma.

2. Formación en nutrición y ejercicio físico, como pertenecientes a técnicas saludables de control de peso.

3. Información acerca del desacuerdo entre los factores del desarrollo y los mensajes culturales que idealizan la delgadez y generan un miedo a la gordura.

4. Formación en estrategias individuales para analizar y resistir el mensaje de los *media*, la familia y los pares, acerca de que la dieta restrictiva es una práctica saludable.

El "aprendizaje social" se fomenta a través de:

- Lecturas breves
- Aprendizaje observacional
- *Role-playing*
- Discusiones guiadas en grupo
- Asignación de deberes para casa
- Objetivos marcados
- Ensayos conductuales con feedback
- Prácticas dirigidas

Suelen ser implementados en las escuelas por profesores o profesionales de la salud mental utilizando lecciones curriculares predeterminadas.

Los elementos de dicho modelo, que se abordan en nuestro programa son: formación en nutrición, proporcionar información acerca del desacuerdo entre los factores del desarrollo y los mensajes culturales que idealizan la delgadez y

generan un miedo a la gordura, e instrucción en estrategias individuales para analizar y resistir el mensaje de los *media* acerca de que la dieta restrictiva es una práctica saludable. Todo ello, fomentado por aprendizaje observacional y discusiones guiadas en grupo.

Duración

Los tres componentes del programa se articulan en dos sesiones de aproximadamente una hora y media cada una. En la primera sesión se presenta el componente *Nutrición*®, y en la segunda se presentan los dos componentes restantes: *Crítica del modelo estético de belleza femenina*® y *Crítica de los mecanismos de transmisión del modelo estético de belleza femenina*®.

A la hora de diseñar la intervención se tuvo en cuenta que el programa pudiera aplicarse a grandes poblaciones, siguiendo las siguientes condiciones (Villena y Castillo, 1999):

1. Bajo coste.
2. Brevidad, procurando que tenga el mínimo número posible de sesiones, incluida la realización de los cuestionarios.
3. Fácil realización. Una vez adquirido el necesario adiestramiento, ha de ser de fácil aplicación.
4. Reproducible por diferentes equipos de intervención.
5. Buena aceptación. Un factor esencial, en el éxito de la prevención con adolescentes, es la amabilidad de la intervención.

Formato

El programa tiene un formato multimedia con soporte *Power-Point*. Es una presentación muy visual y con gran cantidad de imágenes reales para captar la atención de los chicos. Incluye múltiples efectos visuales, fotografías, fragmentos de vídeo, efectos de *morphing* y animaciones. El programa está diseñado para ser administrado por un presentador experto de forma grupal, es muy interactivo y didáctico, y en muchas ocasiones recurre al debate grupal. Se intenta persuadir activamente a los participantes para que cambien sus hábitos alimentarios, y para que desarrollen

una actitud crítica hacia los *mas media* e instauran una alimentación saludable en su vida cotidiana.

Otra característica del programa es que a lo largo de la presentación se introducen diferentes juegos con el objetivo de interactuar con los chicos, así como para amenizar la intervención.

Además de las presentaciones con soporte *Power Point*, se han elaborado unos guiones que acompañan cada componente del programa. Cada guión especifica los objetivos que se persiguen en cada una de las diapositivas de la presentación, y un modelo de cómo debe transmitirse la información y los distintos contenidos de las diapositivas. En ellos, no sólo se presenta de manera didáctica cómo se explica cada uno de los conceptos y su representación gráfica, sino que se establecen los puntos de diálogo a modo de ejemplo.

El programa fue administrado por 8 miembros del equipo de investigación, la mayoría licenciados en psicología. Fueron entrenados durante 8 sesiones de 4 horas mediante demostraciones de los autores del programa, ensayos y retroalimentación, además de disponer del apoyo de los guiones. El programa puede ser aplicado por docentes de la escuela u otros profesionales de la salud. Para ello no se requieren conocimientos clínicos sobre los TCA, si bien es importante estar familiarizado con los materiales del programa.

SEGUNDO OBJETIVO: ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL INSTRUMENTO PREVENTIVO

Hipótesis

El objetivo de los programas de prevención primaria ha de ser, por definición, la reducción de la incidencia de la enfermedad. Villena y Castillo (1999) ya afirmaban no conocer ningún grupo de investigación que haya conseguido demostrar la reducción de la incidencia mediante sus programas. A partir de la revisión realizada, constatamos tal afirmación. Por otro lado, para valorar si un programa ha conseguido reducir la incidencia de los TCA es necesario un seguimiento a largo plazo.

Cuando se evalúa la eficacia de un programa preventivo a corto plazo, se analiza si los sujetos que han recibido la intervención presentan cambios significativos en el conocimiento, las actitudes y/o en los comportamientos.

El estudio que presentamos se centra en evaluar los cambios a corto plazo. Los objetivos específicos que perseguimos son: en primer lugar, aumentar los conocimientos en nutrición; en segundo lugar, mejorar las actitudes y los comportamientos alimentarios; en tercer lugar, modificar la estima y la imagen corporal; y finalmente, amortiguar las influencias socioculturales de aquellos sujetos que han recibido la intervención preventiva.

La consecución de los objetivos anteriores conduce, en definitiva, a plantear las siguientes hipótesis:

1. Los dos grupos experimentales presentarán un cambio medio superior en las actitudes alimentarias, evaluadas a través del EAT, que los sujetos del grupo control. Entre éstos, el grupo “modelo + nutrición” reducirá las puntuaciones en EAT en mayor medida que el grupo “modelo”.

2. Los dos grupos experimentales presentarán una reducción media superior respecto a las influencias del modelo estético corporal, evaluadas a través de del CIMEC, que los sujetos del grupo control.

3. El grupo de sujetos sometido a la condición “modelo + nutrición” presentará un cambio medio superior, en los conocimientos sobre nutrición, que los sujetos del grupo control y “modelo”.

4. Los dos grupos experimentales evaluarán más positivamente su imagen corporal, evaluada por medio de la satisfacción global con el aspecto físico, que el grupo control.

Diseño

El programa preventivo se ha aplicado siguiendo un diseño cuasi-experimental de grupos control *pretest- postest*.

Método

Muestra

De la totalidad de grupos-clase de la ciudad de Terrassa, que impartían segundo curso de ESO

en el año 2002-2003, y mediante un muestreo estratificado se han escogido 13 escuelas o institutos, tanto de centros público, privados y concertados. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado, usando como base de estratificación el tipo de centro: público, privado o concertado.

Los centros que han participado son los siguientes: Liceo Egara; El Cim; Tecnos; IES Montserrat Roig; Sant Domènec Savio; Cultura Práctica; Vedruna; Goya; Joaquína de Vedruna; IES Can Jofresa; IES Terrassa; Petit-Estel - La Nova y el IES Egara.

En total participaron en el estudio 26 grupos-clase, un par de cada escuela, con una media de 27,46 alumnos/alumnas. El número total de participantes fue de 678, de los cuales 323 (47,6 %) son chicas y 355 (52,4%) son chicos. La tabla 4 muestra la distribución de los sujetos por sexo y la condición experimental a la que fueron asignados.

Tabla 4
Distribución de los sujetos por sexo y condición experimental

Condición	Sexo		Total
	Chicas	Chicos	
Control	150 45,6%	179 54,4%	329 100%
Modelo y Nutrición	79 44,6%	98 55,4%	177 100%
Modelo	94 54,7%	78 45,3%	172 100%
Total	323 47,6%	355 52,4%	678 100%

La media de edad de los participantes fue de 13,09 años con una desviación estándar de 0,46. En la tabla 5 se puede observar la media y la desviación estándar (DS) de la edad en función del sexo.

La media global del Índice de Masa Corporal (IMC) fue de 21,59 con una desviación estándar de 4,06. La tabla 6 presenta la media y la desviación estándar (DS) del IMC en función del sexo. En este caso, el tamaño total de muestra es inferior porque hubo algunos sujetos que no quisieron pasarse.

Tabla 5
Media y Desviación estándar de la edad en función del sexo

Sexo	N	Media	DS
Chicas	323	13,10	0,47
Chicos	355	13,08	0,46
Total	678	13,09	0,46

Tabla 6
Media y Desviación estándar del IMC en función del sexo

Sexo	N	Media	DS
Chicas	319	21,57	4,2
Chicos	351	21,61	3,93
Total	670	21,59	4,06

La distribución de la dieta en la muestra analizada informa que, sobre una muestra efectiva de 323 chicas en el *pretest*, el 85,4% no hacen dieta frente a un 14,6% que informa de estar haciendo dieta en el momento de la evaluación. En la figura 2 vemos la representación gráfica de los datos de la dieta.

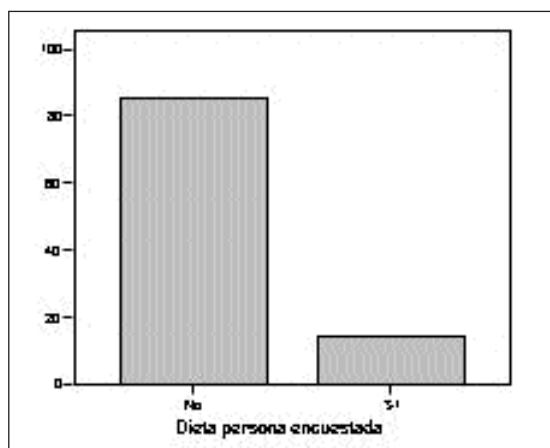


Figura 2
Distribución de la dieta

A pesar de que la intervención se ha llevado a cabo en los grupos-clase (es decir con la participación de chicos y chicas), el análisis de los resul-

tados que presentamos sólo se ha realizado en chicas, puesto que es el grupo de mayor riesgo y al que va dirigido, preferentemente, la intervención.

Trescientas veintitrés chicas participaron en el *pretest*, sin embargo no todas realizaron la evaluación *postest*, o no todas contestaron todos los cuestionarios. Es por ello que el tamaño efectivo de la muestra, con el que se trabajará, varía oscilando entre 323 y 252. La reducción en el tamaño muestral se debe a diversos aspectos, tales como ausencia del sujeto en alguno de los momentos de la evaluación, la negativa del sujeto a ser evaluado o un cambio de escuela, entre otros.

Material

- Hoja de datos biográficos donde se han recogido datos personales y de desarrollo (Anexo 1).

- El cuestionario EAT (*Eating Attitudes Test* de Garner y Garfinkel, 1979, en su adaptación española de Castro, Toro, Salamero y Guimerà, 1991; Raich, Sánchez-Carracedo y Mora, 2003). Este cuestionario consta de 40 ítems que evalúan y detectan personas con riesgo de tener un trastorno alimentario. Resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, por lo que se considera como un buen instrumento de *screening*. Su administración puede llevar unos 10-15 minutos, aproximadamente. Consta de una serie de afirmaciones que la persona evaluada debe contestar en una escala de frecuencia de 6 puntos, que va de “nunca” a “siempre”. Hay ítems directos e ítems indirectos. Este cuestionario tiene tres subescalas. Los ítems que componen las subescalas de la adaptación española son los siguientes: dieta, bulimia y control oral. La versión española discriminó correctamente ($p < 0,0001$) entre anoréxicas y controles; sensibilidad del 91% y especificidad del 69,2% para un punto de corte de 20; consistencia interna de $\alpha = 0,93$ para el total y de $\alpha = 0,92$ para el grupo de anoréxicas; validez concurrente de $r = 0,63$ con el BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención (Anexo 2).

- CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal de Toro, Salamero y Martínez, 1994; Raich, Sánchez-Carracedo y Mora, 2003). El CIMEC fue elaborado para la

evaluación del impacto que diferentes agentes sociales pueden tener en el desarrollo de las actitudes hacia el propio cuerpo, y constituye el primer cuestionario que ha intentado evaluar las influencias socioculturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios. El CIMEC fue diseñado para ser aplicado a chicas adolescentes y mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 12 y 24 años. Su administración puede llevar unos 15-20 minutos. El cuestionario incorpora unas breves instrucciones sobre su cumplimentación. El cuestionario, compuesto inicialmente por 40 ítems, ha mostrado una buena capacidad para discriminar entre pacientes anoréxicas y controles ($t = 5,11$, $gl = 103, 6$; $p < 0,001$). Un análisis más detallado mostró que estas diferencias significativas se mostraban en 26 ítems, lo cual ha dado lugar a la versión CIMEC-26 que presenta una mayor capacidad para discriminar entre grupos de pacientes y grupos normales ($t = 6,44$, $gl = 100, 3$; $p < 0,001$). Un análisis factorial del CIMEC-26 reveló la existencia de cinco factores que explicaban el 52,7% de la varianza total. El factor I, Preocupación por la imagen corporal; el factor II, Influencia de los anuncios; el factor III, Influencia de los mensajes verbales; el factor IV, Influencia de los modelos sociales; el factor V, Influencia de las situaciones sociales. Ambas versiones han mostrado una buena consistencia interna utilizando el coeficiente α de Cronbach (CIMEC-40: grupo anoréxicos = 0,94, grupo normal = 0,92; CIMEC-26: grupo anoréxicos = 0,93, grupo normal = 0,91). El punto de corte óptimo para utilizar el CIMEC, como posible instrumento de *screening* para trastornos alimentarios en general y para anorexia en particular, fue determinado a partir de un mínimo del 80% de sensibilidad requerida como criterio para su uso clínico. El punto de corte del CIMEC-40 es de 23-24, y obtuvo una sensibilidad del 81,4% y una especificidad del 55,9%. En el caso del CIMEC-26 es de 17-18, y la sensibilidad fue del 83,1% y la especificidad del 64,4%.

Además de la versión para chicas hay una versión adaptada para chicos. La mayoría de preguntas o bien son idénticas o simplemente hay un cambio de género. Sin embargo, hay cuatro preguntas (3, 12, 13 y la 24) que son distintas, ya que se asume que los chicos además de tener

interiorizado el ideal estético de la delgadez, también se les está transmitiendo a través de los medios de comunicación el estereotipo de chico musculoso. Por ejemplo, en la pregunta 12, en la versión para las chicas se les pregunta *¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?*, en cambio, en la versión para los chicos la pregunta es la siguiente: *¿Envidias la musculatura de algunos actores?* (Anexo 3 y 4).

• CIC (Cuestionario de Imagen Corporal de García Tornell, S. y Gaspà, J., no publicado; modificado por Raich, Sánchez-Carracedo y Torras, 2000). Es un cuestionario que mide el grado de satisfacción corporal. Consta de 18 ítems y esta compuesto por seis apartados:

- En un primer apartado, los niños deben valorar 18 partes de su cuerpo del 0 al 10.
- En segundo lugar, han de indicar si esta parte del cuerpo representa un problema para ellos o no.
- En tercer lugar, el sujeto ha de decidir si está de acuerdo con su peso o cree que debería pesar más o menos.
- En cuarto lugar, también ha de decidir si está de acuerdo con su altura o si le gustaría ser más alto o más bajo.
- En quinto lugar, el sujeto ha de ponerse una nota del 0 al 10 sobre su aspecto físico.
- En sexto lugar, ha de poner qué nota, de 0 a 10, creen que le pondrían sus amigos sobre su aspecto físico.

Existe una versión para chicas y una para chicos. (Anexo 5 y 6).

Actualmente se está validando este instrumento en población española.

• NUT (Nutrición) Es un cuestionario diseñado *ad hoc* para evaluar conocimientos sobre nutrición. Consta de 10 preguntas de múltiple respuesta (Anexo 7).

- Báscula. Tefal. *Sensitive Computer* de 100gr.
- Medidor de personas de 2m. Kawe. Kw 444440.
- Un ordenador portátil.
- Un proyector.

Procedimiento

Una vez seleccionadas las 13 escuelas a partir de un muestreo estratificado de la ciudad de Terrassa, se obtuvo el permiso escolar y familiar para que los chicos y chicas pudieran participar en el estudio. El contacto con los centros y los profesores responsables de los grupos-clase de segundo curso de ESO y el equipo de investigación, siempre estuvo mediado por el *Institut Municipal per la Salut i la Qualitat de Vida de Terrassa* (INSAV). En función de este contacto se acordaron días y horas para valorar la disponibilidad y la posibilidad de realizar las evaluaciones y la administración de las intervenciones.

De las 13 escuelas seleccionadas donde se llevó a cabo la investigación, se asignó todos los grupos A de cada escuela a la condición experimental y los grupo B a la condición control. No se pudo realizar una asignación aleatoria de los sujetos a las distintas condiciones experimentales, porque la institución intermediaria entre las escuelas y el equipo de investigación, el INSAV, así lo requirió. Esto hace que el estudio tenga un carácter de cuasi-experimental. El grupo experimental se dividió en dos subgrupos. Tal división se realizó siguiendo el criterio de separar la clase en dos partes iguales, a partir del orden alfabético establecido en las listas escolares que nos aportaron los centros. De tal manera, que la primera mitad del grupo A de cada escuela fue asignada a la primera condición experimental (Modelo + Nutrición), y la mitad restante a la segunda condición experimental (Modelo). En este caso tampoco se pudo realizar una asignación aleatoria, por las limitaciones de tiempo que implicaría realizar la división del grupo clase de forma rápida con un criterio aleatorio; sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente, el criterio de asignación fue por orden alfabético. El equipo que realizó las evaluaciones y administró las intervenciones estaba formado por 8 miembros del equipo de investigación, la mayoría licenciados en psicología, y entrenados previamente siguiendo el procedimiento descrito en el apartado del formato. El programa fue administrado por parejas.

Se asistió tres días distintos a cada una de las escuelas. El primer día se realizó la evaluación

pretest. Para cada niño/a se preparó un cuadernillo con todos los cuestionarios. En la primera página del cuadernillo cada niño/ a tenía asignado un código, de tal manera que se pudiera preservar el anonimato pero que los investigadores pudieran identificar los sujetos. La evaluación se realizó en horario lectivo y de forma simultánea en ambas clases (grupo A y grupo B). Antes de repartir los cuestionarios se daban unas instrucciones (Anexo 8). En esta primera evaluación, además de completar los cuestionarios, los miembros del equipo midieron y pesaron a todos los niños descalzos, a excepción de aquéllos que no quisieron, para obtener el IMC.

El segundo día, se administró el primer componente de la intervención *Nutrición*® a la primera mitad del grupo experimental. La sesión duró aproximadamente 1 hora y 30 minutos. El programa fue administrado por dos miembros del equipo de investigación, como ya se ha comentado, entrenados previamente. La mitad del grupo restante y el grupo control realizaba sus horas lectivas correspondientes.

El tercer día, se administraron los dos componentes restantes de la intervención: *Crítica del modelo estético de belleza femenina*® y *Crítica de los mecanismos de transmisión del modelo estético de belleza femenina*® a la clase entera asignada al grupo experimental. La sesión duró aproximadamente entre 1 hora y media y 2 horas. En esta tercera sesión se realizó, una vez finalizada la intervención, la evaluación *post*. Paralelamente se realizó la evaluación al grupo control. En esta ocasión los niños también disponían del cuadernillo de evaluación con el código que se les había asignado. Durante la evolución *post* no se midió ni pesó a los niños/as.

Para cada escuela se han preparado los protocolos de evaluación de tal manera que pudiese preservarse el anonimato, pero que los investigadores pudieran emparejar los cuestionarios por sujeto.

Variables estudiadas

Junto a las variables de carácter censal (edad, índice de masa corporal (IMC y dieta), el procedimiento anterior se formalizó mediante el registro de las siguientes variables:

- Puntuación total del EAT y puntuación subescalas EAT.
- Puntuación total del CIMEC y puntuación subescalas CIMEC.
- Puntuación total del NUT.
- Puntuación total CIC.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS (versión 12.0).

La estrategia de análisis utilizada se basa en un análisis de varianza, usando como variable independiente la condición experimental, y como variables dependientes, la diferencia entre las puntuaciones *pretest* y *postest* en los diferentes instrumentos de evaluación.

En todos los casos, la puntuación de cambio se ha generado de manera que el signo de la variable (positivo/negativo), sea indicativo de la variedad del cambio (mejora/empeora).

A pesar de que se les pidió a las chicas que respondieran a todas las cuestiones, a excepción del cuestionario de Nutrición, algunas chicas no respondieron a algunas preguntas, por lo que la *n* para cada análisis puede variar entre 323 y 252.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados más relevantes obtenidos tras el análisis de los datos del estudio. Para cada una de las variables se ha efectuado su descripción estadística en los dos momentos de la evaluación. A partir de las hipótesis planteadas se ha efectuado una valoración del cambio producido entre el *pretest* y el *postest*. En este sentido, las hipótesis del estudio se han sometido a prueba, empleando para ello las correspondientes pruebas de contraste estadístico.

Valoración del nivel actitudinal

Para valorar en cual de los grupos se ha producido una mayor disminución, un mayor cambio, se ha trabajado con la variable *cambio en EAT*. Esta variable se ha obtenido a partir de la resta, para cada sujeto, de su puntuación en el *pretest* menos la obtenida en el *postest*. La valoración de este cambio en función del grupo cons-

tituye, precisamente, el objetivo definido por la hipótesis del estudio. En particular, que los grupos experimentales presentarán una mejora en el nivel actitudinal respecto al grupo control y, entre éstos, el grupo “modelo + nutrición” reducirá las puntuaciones en EAT en mayor medida que el grupo “modelo”.

En general, el nivel de cambio observado es del orden de 2.31 puntos. El grupo control reduce el nivel de EAT en 1.54 puntos, el grupo “modelo + nutrición” reduce 3.10 puntos y el grupo “modelo” disminuye dicho nivel 2.88 puntos.

Para valorar si habían diferencias estadísticamente significativas en la reducción observada en función de la condición experimental, se realizó un análisis de varianza no paramétrico (las distribuciones no cumplían la prueba de normalidad) de un factor. Los resultados de este análisis revelaron que las diferencias observadas eran estadísticamente significativas ($K=6,65$; $p=0.036$), lo que implica que el grupo tiene un efecto estadísticamente significativo sobre el cambio observado.

Los resultados señalan un efecto del grupo sobre el *cambio en EAT* en la dirección esperada por la hipótesis, ya que los grupos experimentales presentan un cambio medio superior al grupo control (véase la figura 3). Concretamente, y en la dirección de lo esperado, la condición representada por el grupo “modelo + nutrición” obtiene un cambio medio superior a la condición “modelo”.

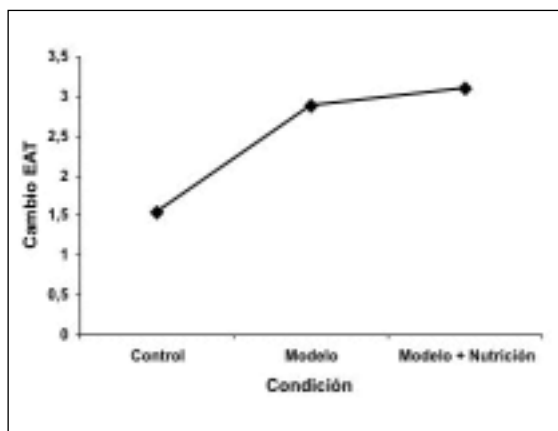


Figura 3

Gráfico de las medias de cambio de las puntuaciones de EAT en función de la condición experimental

Con respecto a las subescalas del EAT, es de destacar el cambio observado en la subescala “dieta”. El grupo control reduce el nivel de esta subescala del EAT en 0.80 puntos, el grupo “modelo + nutrición” reduce 2.01 puntos y el grupo “modelo” disminuye dicho nivel 1.93. El análisis de varianza no paramétrico revelará que las diferencias observadas en la subescala “dieta” eran estadísticamente significativas ($K=10.86$; $p=0.004$), lo que implica que el grupo tiene un efecto estadísticamente significativo sobre el cambio observado. Con respecto a las subescalas de “bulimia” y “control oral”, no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cambio.

Estos resultados también señalan un efecto del grupo sobre el *cambio en la subescala dieta del EAT*, en la dirección esperada por la hipótesis.

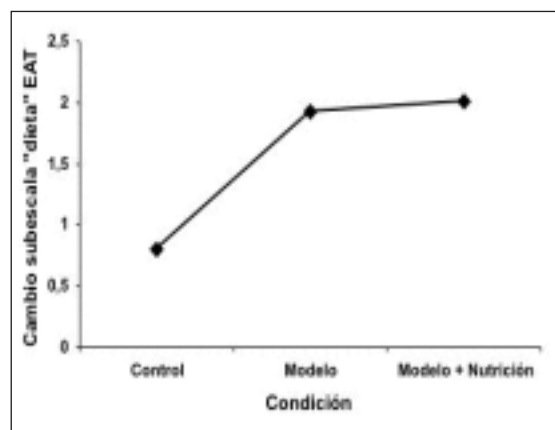


Figura 4

Gráfico de las medias de cambio de las puntuaciones de la subescala “dieta” EAT en función de la condición experimental

Valoración de las influencias del modelo estético corporal

Como en el análisis anterior, para valorar en qué grupo se ha producido una mayor disminución, un mayor cambio, se ha trabajado con la variable *diferencia en CIMEC*, generada mediante la resta para cada sujeto de su puntuación en el pretest menos la obtenida en el *postest*.

En general, el nivel de cambio observado es de 2.25 puntos para el conjunto de la muestra. El

grupo control reduce el nivel del CIMEC en 1.34 puntos, el grupo “modelo + nutrición” reduce 3.18 puntos y el grupo “modelo” reduce dicho nivel 2.93 puntos. Para valorar, si había diferencias estadísticamente significativas en la reducción observada en función de la condición experimental, se realizó un análisis de varianza de un factor. Los resultados de éste análisis revelan que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($F=3.454$, $p=0.033$) y, por tanto, el grupo tiene un efecto estadísticamente significativo sobre el cambio observado.

El grupo que ha obtenido un cambio medio superior ha sido el grupo de la condición “modelo + nutrición”, confirmándose así la segunda hipótesis planteada (véase la figura 5).

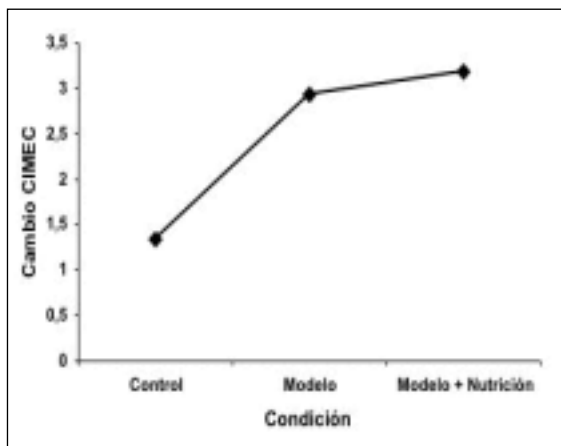


Figura 5

Medias de cambio de las puntuaciones del CIMEC en función de la condición experimental

Con respecto a las subescalas del CIMEC, es de destacar el cambio observado en la subescala “preocupación por la imagen corporal”. El grupo control reduce el nivel de esta subescala del CIMEC en 0.34 puntos, el grupo “modelo + nutrición” reduce 1.30 puntos y el grupo “modelo” disminuye dicho nivel 1.39. El análisis de varianza revela que las diferencias observadas en esta subescala eran estadísticamente significativas ($F6.39$; $p=0.002$), lo que implica que el grupo tiene un efecto estadísticamente significativo sobre el cambio observado. Con respecto al resto de subescalas, no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cambio.

Estos resultados también señalan un efecto del grupo sobre el cambio en la subescala “preocupación por la imagen corporal” del CIMEC, en la dirección esperada por la hipótesis.

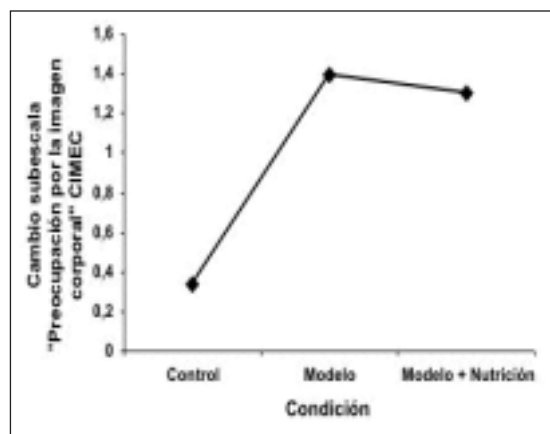


Figura 6

Medias de cambio de las puntuaciones de la subescala “preocupación por la imagen corporal” del CIMEC en función de la condición experimental

Valoración de los conocimientos en nutrición

En general, el nivel de cambio observado es del orden de 0.48 puntos para el conjunto de la muestra. El grupo control aumenta el nivel de conocimientos en nutrición en 0.26 puntos, el grupo “modelo + nutrición” aumenta 1.38 puntos y en el grupo “modelo” se ha producido un aumento en el conocimiento nutricional de 0.06 puntos.

Para contrastar la hipótesis del estudio, y valorar si el aumento se ha producido en la dirección esperada, se realizó un análisis de varianza no paramétrico. Los resultados de este análisis revelaron que las diferencias observadas eran estadísticamente significativas ($K=17.36$, $p<0.0001$). Como puede observarse en la figura 7, el incremento en el conocimiento se ha producido en la dirección esperada señalada por la hipótesis, ya que el grupo “modelo + nutrición” obtiene un cambio medio superior a la condición “modelo” y a la condición control.

Valoración de la Imagen Corporal

Con respecto a la imagen corporal valorada a través del CIC, hemos realizado hasta la fecha un

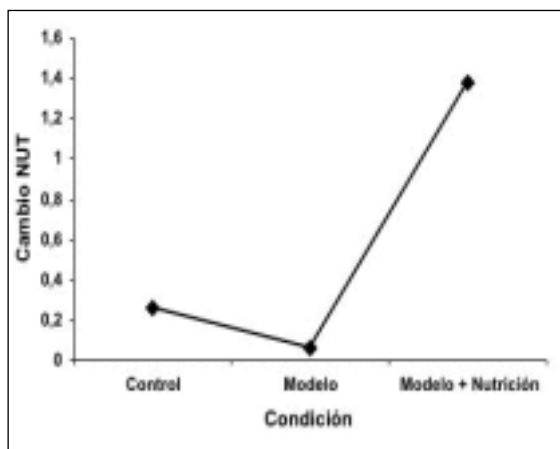


Figura 7

Medias de cambio de las puntuaciones del NUT en función de la condición experimental

análisis preliminar de las puntuaciones globales de satisfacción. Hemos observado que no había diferencias significativas entre grupos en la puntuación global del aspecto físico. En cambio, sí hemos hallado diferencias significativas entre grupos en la satisfacción global del aspecto físico

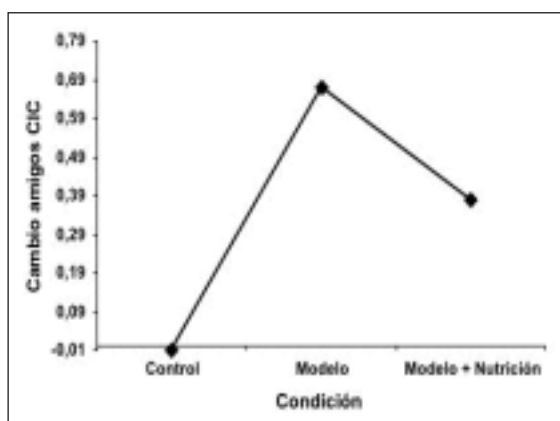


Figura 8

Medias de cambio de las puntuaciones de la valoración del aspecto físico global por parte de los amigos (cuestionario CIC) en función de la condición experimental

externo (valoración del propio aspecto atribuida a los compañeros). En este caso, el nivel de cambio observado es del orden de 0.29 puntos para el conjunto de la muestra. El grupo control reduce

su valoración en 0.01 puntos, el grupo “modelo + nutrición” aumenta 0.38 puntos y en el grupo “modelo” se ha producido un aumento de 0.67.

El análisis de varianza revela que las diferencias observadas eran estadísticamente significativas ($F=4.17$, $p<0.016$).

DISCUSIÓN

Esta investigación tenía como objetivo principal la elaboración, y posterior evaluación, de un instrumento preventivo de los TCA. En particular, se pretendía aumentar los conocimientos básicos sobre nutrición, mejorar las actitudes y los comportamientos alimentarios, y amortiguar las influencias socioculturales negativas respecto al modelo estético imperante. En general los resultados indican que las diferencias son estadísticamente significativas entre las dos condiciones experimentales y el grupo control.

En cuanto a las actitudes alimentarias, observamos que se ha producido una mejora en los tres grupos; no obstante, existe una tendencia esperada por la hipótesis, ya que los grupos experimentales presentan un cambio medio superior al grupo control, siendo la condición “modelo + nutrición” la que obtiene un cambio medio superior.

En primer lugar, el hecho de que en los tres grupos se haya producido un cambio en las actitudes alimentarias puede ser debido a un “efecto de contaminación”, efecto documentado en la literatura de los programas preventivos de los TCA (Neumark-Sztainer et al., 1995; Smolak y Levine, 2001). En nuestra investigación, el grupo control y los grupos experimentales estaban en la misma escuela y, posiblemente, las chicas de los grupos experimentales transmitieran la información que habían recibido a las chicas del grupo control. Hay que tener en cuenta que el programa es muy espectacular y con imágenes muy reveladoras, por lo que no sería extraño que las chicas del grupo experimental transmitieran tal información. Otra posible explicación, es que la evaluación *postest* se realizó el mismo día que finalizó el programa. La información que se transmite en el programa, especialmente en los componentes dedicados al ideal estético femenino, es información muy nueva y relativamente desconocida

para las chicas. Posiblemente, el hecho de no observar ningún cambio significativo en la actitudes alimentarias en los grupos que recibieron el programa, puede atribuirse, entre otros factores, a que no pasó prácticamente tiempo entre la finalización del programa y la evaluación *postest*.

En la valoración de las influencias del modelo estético corporal, evaluadas mediante el CIMEC, las diferencias fueron estadísticamente significativas en función de la condición experimental ($F=3,45$, $p=0.033$). En esta variable, y a favor de lo esperado por la hipótesis, la condición representada por el grupo “modelo + nutrición” es la que obtiene un cambio medio superior.

Por lo que se refiere a los cambios en los conocimientos en nutrición, diferencias observadas eran estadísticamente significativas ($F=9.858$, $p<0.0001$). El incremento en el conocimiento se ha producido en la dirección esperada señalada por la hipótesis, ya que el grupo “modelo + nutrición” obtiene un cambio medio superior a la condición “modelo” y a la condición control.

Uno de los principales objetivos, de los programas preventivos, es aumentar el conocimiento sobre los contenidos aportados por el programa; en este caso, aumentar los conocimientos sobre nutrición. A pesar de que el conocimiento no es suficiente para producir un cambio en las actitudes y los comportamientos, sabemos que es necesario. De hecho, autores como Della Grave et al. (2001) han encontrado, a partir de los resultados de su trabajo, una fuerte correlación entre el incremento del conocimiento y las puntuaciones del EAT (actitudes alimentarias) a los 6 meses de seguimiento, lo que podría indicar que el conocimiento tiene influencia sobre las actitudes alimentarias. En el trabajo de Smolak et al. (2001), también encontraron que más conocimiento nutricional estaba correlacionado positivamente con la estima corporal, el uso menos frecuente de técnicas de pérdida de peso y puntuaciones más bajas en cuestionarios que miden las influencias sociales, especialmente en las chicas. Por ello creemos que aumentar y mejorar los conocimientos sobre nutrición es un elemento muy importante a considerar en la prevención de los TCA.

Por otro lado, son muy pocos los programas que han conseguido cambios en la interiorización del modelo estético corporal imperante, o que

tengan algún efecto en amortiguar las influencias sociales respecto a esta cuestión (Neumark- Sztainer et al., 2000; Stice et al., 2003, Barr Taylor, 2005). Por ello destacamos los resultados obtenidos, ya que el programa diseñado es uno de los pocos programas preventivos de los TCA que presenta cambios en este sentido.

Podemos concluir que el programa evaluado en esta investigación constituye un instrumento eficaz a corto plazo; específico, por trabajar determinados aspectos que, en nuestra opinión, resultan fundamentales para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria; e innovador, por el uso de nuevas tecnologías en el ámbito de la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Aunque los resultados obtenidos en este campo son escasos y avanzamos muy lentamente, el campo de la prevención está en su primera generación y todavía queda mucho trabajo por realizar.

Por ello entendemos que las líneas de actuación futuras requieren por un lado, el análisis de los datos de los seguimientos realizados para evaluar la eficacia a largo plazo y, por otro lado, la revisión de algunos componentes del programa con la intención de crear distintas modalidades del mismo, hasta diseñar un programa cada vez más eficaz. Siendo éste un programa breve, de fácil aplicación, reproducible por diferentes equipos y que tenga buena aceptación por parte de los estudiantes.

DIRECCIONES DE FUTURO

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) como hemos visto, presentan un serio problema de salud para las mujeres de los países desarrollados. En la mayoría de los casos comienzan en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta (Stewart, 1998), lo cual ha motivado que, debido a ello, aumente el interés por desarrollar programas escolares para prevenir estos trastornos. Sin embargo, por tratarse de un campo de investigación relativamente nuevo, no se dispone todavía de bases teóricas y epistemológicas sólidas sobre las que fundamentar los programas.

Las direcciones de futuro que se presentan, constituyen la continuación de la línea de investi-

gación sobre “Prevención Primaria de los TCA” iniciada en el año 2001, que hemos expuesto. Aunque los resultados obtenidos tras la administración del programa señalan que resulta eficaz en aumentar los conocimientos sobre nutrición y en hacer frente a la presión social, en referente al modelo estético imperante creemos necesario revisar algunos componentes del programa, como son la duración y el formato. Paralelamente, junto a esta revisión, el equipo investigador consideró necesario mejorar algunos aspectos metodológicos. Por tanto, en una segunda fase de la investigación nos planteamos mejorar el programa original, y aplicar y evaluar su eficacia como programa preventivo frente a una condición control. En una última fase de la investigación se valorará y evaluará la eficacia diferencial de los dos programas aplicados. Los resultados de dicha evaluación aportarán nuevos argumentos, a partir de los cuales definir más precisamente la línea de futuras investigaciones.

El programa original que diseñamos, como ya se ha comentado, consta de dos sesiones. No es uno de los programas más breves, ya que existen programas de una única sesión, como por ejemplo el de Villena y Castillo (1999), pero es un programa de corta duración. Es necesario diseñar intervenciones relativamente breves por ser más factibles de administrar en el ámbito escolar. Sin embargo, la revisión de la literatura y nuestros propios resultados nos demuestran que las intervenciones muy breves (de una o dos sesiones), son insuficientes para producir cambios duraderos en las actitudes y los comportamientos alimentarios (Martz y Bazzini, 1999). En un reciente meta-análisis de programas preventivos, dirigidos a los TCA Stice y Shaw (2004), concluyen que los programas con múltiples sesiones producen mayores efectos. Argumentan que posiblemente esto sea debido a que resultan más provechosos, por el hecho de que los participantes pueden reflexionar sobre el material de las intervenciones entre las sesiones, maximizando así la interiorización de los principios aportados por los programas. Por tanto, y considerando lo anterior, nos planteamos modificar la duración del programa ampliándolo con una sesión más.

Por lo que se refiere al formato, también creemos que es necesario realizar algunas modifica-

ciones. El programa tiene un formato multimedia con soporte *Power-Point*. Es una presentación muy visual y con gran cantidad de imágenes reales para captar la atención de los participantes. Incluye múltiples efectos visuales, fotografías, fragmentos de vídeo, efectos de *morphing* y animaciones. El programa está diseñado para ser administrado por un presentador experto de forma grupal, es muy interactivo y didáctico y en muchas ocasiones recurre al debate grupal. A pesar de ello, hemos detectado que la intervención es más didáctica que interactiva y sería necesario que los estudiantes tuvieran una participación más activa en el proceso. Se ha observado, a partir de los resultados obtenidos en las recientes investigaciones, que las intervenciones que utilizan principalmente una aproximación basada en la información para la prevención primaria de los TCA, mejoran el conocimiento de los participantes sobre, por ejemplo, nutrición. No obstante, tienen poco efecto sobre las creencias, actitudes y comportamientos que influyen en el desarrollo de los TCA.

La revisión de la literatura señala que los programas preventivos de mayor éxito son aquéllos que han utilizado métodos interactivos mediante técnicas participativas; definidas por grupos de trabajo, discusiones, “role-playing”, uso de autorregistros, reestructuración cognitiva y tareas para casa. En consonancia con Stice y Shaw (2004), un formato interactivo parece ser necesario para asegurar que los participantes asimilen más y mejor el material del programa. Este tipo de formato facilita la adquisición de los conceptos y habilidades, por lo que, simultáneamente, se espera que promueva el cambio de actitudes y comportamientos. Así pues, la modificación del programa consistirá, particularmente, en el incremento de una sesión, y la inclusión de actividades individuales, discusiones en grupo y tareas para casa.

La actividad que se propone se encuadra en un nuevo elemento, que recientemente se ha incorporado en los programas preventivos dirigidos a los TCA: el *activismo* (Wade et al., 2003). En uno de los componentes del programa original se enseña a analizar los mensajes de los *media*, con el objetivo de que los chicos y, principalmente las chicas, desarrollen una conciencia

crítica hacia los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia. Sin embargo, creemos que quizás esto sea insuficiente para producir un cambio en las creencias y las actitudes, porque no implica ningún proceso activo por su parte. Atendiendo a lo anterior nos hemos planteado incorporar una nueva actividad que implique una participación activa por su parte. En algunos de los trabajos más recientes (Della Grave et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 2000; Steiner-Adair et al., 2002; Wade et al., 2003), además de enseñar a evaluar los mensajes de los *media*, se incorpora y pone en práctica el *activismo*, lo cual implica “esfuerzos para protestar o elogiar los productos de los *media* que transmitan mensajes saludables o insaludables” (Wade et al., 2003 p. 375), que glorifican la delgadez, que denigran a la gente gorda, que muestran a la mujer como un objeto pasivo, u otras características perniciosas de los anuncios de los *media* que son injustas e insaludables (Levine y Smolak, 2001). Estos programas proponen tareas que incitan a la acción dando un formato más interactivo a las intervenciones. Es por ello que nos planteamos incorporar nuevas actividades que se encuadren en esta línea para dar un carácter más interactivo al programa. Como comentan Levine, Piran y Stoddard (1999), es necesario crear actividades que den a las chicas y chicos adolescentes la oportunidad de entender, a través de la experiencia y la acción, que ellos tienen una voz como consumidores y que pueden utilizarla para producir cambios sociales, políticos, en las empresas, así como un cambio a nivel personal. Por tanto, en líneas generales la actividad que proponemos consiste en primer lugar, y como tarea para casa después de la segunda sesión, en analizar detenidamente un anuncio en particular, a partir de un guión con preguntas que nosotros les proporcionaremos. Posteriormente, en la tercera y nueva sesión, en grupos pequeños, se discutirán las respuestas y reflexiones a las que han llegado a partir del análisis del anuncio y cada grupo escribirá en un papel sus conclusiones para, posteriormente, ponerlo en común con toda la clase. Finalmente, en la última parte de la sesión se les mostrará un modelo de carta de protesta a una compañía publicitaria donde comuniquen sus im-

presiones y denuncien, si es necesario, aquellos mensajes insaludables que transmite el anuncio. Esta actividad también se asignará como tarea para casa. Acordaremos un compromiso con el tutor para que nos haga llegar estas cartas que nosotros mismos enviaremos.

Desde esta perspectiva, siguiendo a Levine, Piran y Stoddard (1999), consideramos que un programa orientado a la acción y a la “lectura de los medios” ayudaría a las chicas y chicos adolescentes a:

1. Desarrollar habilidades de pensamiento crítico, incluyendo el aumento de la habilidad para “leer” y “descifrar” los mensajes de los *media*, acerca de la mujer y la belleza.
2. Cuestionar el ideal de la delgadez y reducir su glorificación.
3. Tener una Imagen Corporal más saludable.
4. Tener más confianza en uno mismo y tener más sensación de autonomía y de colaboración con los pares.
5. Mejorar sus habilidades de comunicación tanto oral como escrita para expresar eficazmente su deseo de cambiar algo, dirigiéndose directamente a la empresa en cuestión.
6. Aprender a utilizar los *media* para promocionar mensajes saludables.

Finalmente, proponemos para esta siguiente fase de la investigación, algunos cambios en cuanto al diseño del estudio con el objetivo de aumentar el control.

Existe una gran preocupación, en los programas basados en la escuela, de que el programa de intervención pueda afectar al grupo control (Neumark-Sztainer, Butler y Palti, 1995). En muchas ocasiones los grupos experimentales y el grupo control están en la misma escuela, lo que puede provocar un efecto de contaminación (*spillover*, en inglés) reduciendo la posibilidad de que la información se dirija en una única dirección, hacia los niños del grupo experimental. Los trabajos más recientes tienden a separar el grupo control y el grupo experimental en escuelas distintas. De hecho creemos que una posible explicación, de los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación es que el grupo control y

los grupos experimentales estaban en la misma escuela, y posiblemente, las chicas de los grupos experimentales transmitieran la información que habían recibido al grupo control. Por tanto, en esta segunda fase hemos decidido controlar tal efecto aplicando el siguiente diseño: algunas escuelas enteras se asignarán al grupo experimental y otras se asignarán al grupo control. Por último, los posteriores cambios que realizaremos en cuanto al diseño, son el tamaño de la muestra y un replanteamiento de las dos condiciones experimentales. En la primera investigación realizada la muestra estaba formada por 13 escuelas. En la futura investigación hemos decidido seleccionar únicamente a la mitad de las escuelas. Consideramos más adecuado no hacer investigaciones con muestras excesivamente grandes, ya que resulta demasiado costoso y puede aportar pocos beneficios al avance del campo. Por lo tanto, sobre la nueva configuración muestral, se someterán a prueba las distintas modalidades del programa, y dichas modalidades serán analizadas hasta llegar a diseñar el programa más eficaz en prevenir el desarrollo de los TCA. Por otro lado, hemos decidido que seguirá habiendo dos condiciones experimentales. El grupo asignado a la condición experimental “nutrición + modelo + la nueva actividad” recibirá el programa completo, es decir, el programa original, que consta de dos sesiones más la nueva actividad. Por otro lado, el grupo asignado a la condición experimental “modelo + la nueva actividad” recibirá únicamente la segunda sesión del programa original más la nueva actividad. En este caso el grupo asignado a esta segunda condición no recibirá el componente de nutrición. De esta forma se analizará no sólo el programa completo sino también los distintos componentes que lo constituyen para valorar qué efecto tiene cada uno de ellos y si son cruciales en un programa preventivo de los TCA. Finalmente, el último cambio que proponemos en el diseño del estudio es realizar la evaluación un día distinto al que se realiza la intervención, para dar tiempo a asimilar la información recibida.

Finalmente, los objetivos y las actividades en un futuro pueden resumirse en los apartados siguientes:

1. Introducción de los datos y análisis de la

eficacia del seguimiento a los seis meses y al año del programa original.

2. Administración y evaluación del programa modificado mediante un diseño *experimental de grupos control pretest-postest*.

3. Introducción de datos y valoración final de la eficacia diferencial de los dos tipos de intervenciones preventivas. El análisis de los datos en esta etapa se dirigirá fundamentalmente a la valoración de la eficacia de los dos programas preventivos (comparando en cada uno de ellos su eficacia frente a las condiciones control correspondientes) y a la valoración de la eficacia diferencial del programa de dos sesiones frente al programa final.

4. Comunicación y publicación de los resultados.

CONCLUSIONES

Dado el aumento de presión social hacia la esbeltez, el aumento de la prevalencia de TCA en nuestra sociedad y el mal pronóstico de su tratamiento una vez se han instaurado, hemos visto la necesidad de trabajar en el campo de la prevención.

Nuestros propios estudios en población general, tanto en cuanto a prevalencia de síntomas de TCA como los que hemos realizado en imagen corporal, nos han motivado para incidir en este campo de estudio.

La sociedad demanda cada vez más estas intervenciones y se han desarrollado muchas iniciativas promovidas por los responsables de Salud de Ayuntamientos, Comunidades Autónomas o por parte de asociaciones de padres, como la ACAB (Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia). La mayoría de estas iniciativas no han controlado el efecto de estas intervenciones.

Además no se dispone de instrumentos bien estudiados y que en un formato multimedia permitan vehicular dichas intervenciones.

En este estudio se ha elaborado un instrumento valioso, que permite presentar una información cuidadosamente diseñada sobre nutrición, el modelo estético de belleza y la transmisión del ideal de belleza.

Dicho instrumento ya ha generado un gran interés en diferentes centros de Sanidad de Ayuntamientos (Terrassa, por ejemplo), por lo que nos lo han solicitado.

En esta investigación, se ha puesto a punto un instrumento novedoso que no sólo puede ser usado en prevención de TCA y difusión de conocimientos útiles, sino que también ha resultado efectivo en Intervenciones en Imagen Corporal (Raich, Fauquet, López, Portell y Sánchez Carracedo, 2003), en donde se ha realizado una evaluación cualitativa muy favorable.

La evaluación cuantitativa del instrumento aporta resultados que presentamos y que confirman la mayoría de las hipótesis.

En este estudio preliminar hemos observado que la tendencia de los sujetos es la de responder favorablemente a la intervención grupal. Los grupos experimentales mejoran más que el grupo control en su actitud hacia la alimentación, en la influencia del modelo estético corporal, en el aprendizaje de conceptos básicos de nutrición y en la disminución de preocupación por la imagen corporal y tendencia, es la esperada.

En breve, vamos a disponer de los resultados del seguimiento a seis y doce meses. Entonces, será posible llegar a resultados concluyentes respecto a la eficacia de la intervención preventiva. Asimismo, podremos llevar a cabo los análisis necesarios para la validación de instrumentos de medida, y procederemos a iniciar otra intervención ecológica, para poder valorar comparativamente su eficacia respecto a la presentación *Power Point*.

En la exposición de la investigación futura se plantean unos cambios que pueden mejorar el rendimiento del programa y fortalecer la prevención de Trastornos Alimentarios y de la Imagen Corporal.

El camino de la Prevención está abierto en muchos ámbitos de salud y constituye un reto en el campo de los TCA y de la preocupación por la Imagen corporal. De su eficacia puede depender el aumento del bienestar de muchos, especialmente muchas de nuestras adolescentes; y puede contribuir notablemente a la formación de mujeres positivas, saludables y críticas, frente a un modelo social desadaptativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abascal L, Bruning Brown J, Winzelberg JA, Dev P y Taylor B.:** Combining universal and tar-

geted prevention for school-based eating disorders programs. *International Journal of eating disorders*, 2004; 35: 1-9.

2. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.). Washington, DC: Author, 1994.
3. **Austin SB.:** Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 2000; 30: 1249-1262.
4. **Barr Taylor C.:** Update on the prevention of Eating Disorders. En S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan y H. Steiger: *Eating Disorders Review*. Academy for Eating Disorders. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
5. **Carter JC, Stewart A, Dunn VJ y Fairburn C.:** Primary Prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 1997; 22: 167-172.
6. **Castro J, Toro J, Salamero M y Guimerà E.:** The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 1991; 7 (2): 175-190.
7. **Franko DL y Orosan-Weine P.:** The prevention of eating disorders: empirical, methodological and conceptual considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1998; 5: 459-477.
8. **Garner DM y Garfinkel PE.:** The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979; 9: 273-279.
9. **Gresko RB y Rosenvinge JH.:** El Modelo Preventivo Escolar Noruego: Desarrollo y Evaluación. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Ed.), *La prevención de Los Trastornos Alimentarios* (pp. 101-131). Barcelona: Ediciones Garnica, 1998.
10. **Huon GF, Braganza E, Brown LB, Ritchie JE y Roncolato WG.:** Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1998; 23 (4): 455-458.
11. **Levine MP, College K y Piran N.:** The Role of Body Image in The Prevention of Eating Disorders. *Body Image*, en prensa.
12. **López Guimerà G.:** Desarrollo y Aplicación de una intervención Preventiva de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universitat Autònoma de Barcelona. Trabajo de Investigación no publicado, 2004.
13. **Martz DM y Bazzini DG.:** Eating disorder prevention programming may be Failing: Evaluation of 2 One-Shot Programs. *Journal of College Student Development*, 1999; 40: 32-42.
14. **Neumark-Sztainer D, Butler R y Palti H.:** Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education*, 1995; 27: 109- 124.

-
15. **Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T y Hannan PJ.:** Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of American Dietetic Association*, 2000; 100: 1466- 1473.
 16. **Peláez MA, Labrador FJ y Raich RM.:** Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2004; 71/72: 33-41.
 17. **Piran N.:** Prevention: can early lessons lead to a delineation of an alternative model? A critical look at prevention with school children. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1995; 3: 28-36.
 18. **Raich RM, Mora M y Soler A.:** A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: A pilot study. En *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1995; Pp. 175-182.
 19. **Raich RM, Mora M, Marroquín H, Pulido A y Soler A.:** Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta.*, 23, 89, 1997; pp. 405-424.
 20. **Raich RM, Torras J y Sánchez-Carracedo D.:** Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders*, 2001; pp. 15. Barcelona.
 21. **Raich RM, Torras J y Sánchez-Carracedo D.:** Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders*. 2001; Pp. 15. Barcelona.
 22. **Raich RM, Sánchez-Carracedo D y López-Guimerà G.:** Prevención primaria en una muestra de mujeres adolescentes mediante un programa psicológico multimedia. Cd-ROM que contiene las presentaciones en formato Power-Point, 2002; "El modelo estético de belleza femenina", "La transmisión del ideal de belleza" y "Nutrición". Obra científica registrada con nº 02/2003/7448 en el Registro de la Propiedad Intelectual de Catalunya, 2003.
 23. **Raich RM, Sánchez-Carracedo D y Mora M.:** Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. En T. Gutiérrez, R.M. Raich, D. Sánchez, y J. Deus (coords.). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud*, 2003; (pp. 239-278). Madrid: Alianza Editorial.
 24. **Raich RM, Fauquet J, López G, Portell M y Sánchez Carracedo D.:** Preventing Eating Disorders with a Short Power Point Presentation. *Book of Abstracts of the Eating Disorders Research Society*, 2003; Pp. 2003. Ravello. Italia.
 25. **Rojo L, Livianos L, Conesa LI, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuán LI y Vila M.:** Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a spanish population aged 12-18 years. *International Journal of eating disorders*, 2003; 34: 281-291.
 26. **Rosen DS y Neumark-Sztainer D.:** Review of options for Primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1998; 23:6: 354-363.
 27. **Smolak L, Levine MP y Schermer F.:** A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998a; 44: 339-353.
 28. **Stewart A.:** Experiencias Recogidas en un Programa Escolar de Prevención de los Trastornos Alimentarios. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Ed.), *La prevención de los Trastornos Alimentarios*, 1998; (pp. 101-131) Barcelona: Ediciones Garnica.
 29. **Steiner-Adair C, Sjostrom L, Franko D, Pai S, Tucker R, Becker AE & Herzog D.:** Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of eating disorders*, 2002; 32: 401-411.
 30. **Stice E, Mazotti L, Weibel D y Agras S.:** Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary Experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 2000; 27: 206-217.
 31. **Stice E y Shaw H.:** Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 2004; 130: 2, 206-227.
 32. **Toro J, Salamero M y Martínez E.:** Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1994; 89: 147- 151.
 33. **Villena J y Castillo M.:** La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología*, 1999; 30, 2: 131-143.