

## **UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA A PROGRAM PREVENTION OF EATING DISORDERS IN THE VALENCIA COMUNITY**

Jorquera, M.; Baños, R.M.; Botella, C.; Guillén, V.; Moliner, R. y Marco, J.H.

[mjorquera@previsl.com](mailto:mjorquera@previsl.com)

Prevención primaria, Trastornos alimentarios, Datos epidemiológicos

Primary prevention, Eating disorders, Epidemiology data

### **RESUMEN:**

En la actualidad, resulta evidente que nos encontramos inmersos en una sociedad y en una cultura en las que existe una creciente preocupación por la apariencia física. Esto está dando lugar a un incremento desorbitado de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de esa insatisfacción, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Según estudios epidemiológicos, los TCA constituyen un problema de gran relevancia social, que afecta especialmente a mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria. Y por otra, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico.

En este sentido, el objetivo del trabajo se centra en desarrollar y poner a prueba un taller de prevención de trastornos alimentarios en chicas, con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, escolarizadas en la Comunidad Valenciana.

Tras la aplicación del taller, los resultados nos indican que éste parece ser efectivo ya que las puntuaciones de los instrumentos empleados (EAT-26, CIMEC y MBSRQ-AS) disminuyen después del mismo, al compararlas con las puntuaciones del pre-test y con las obtenidas por el grupo control. Además, estos cambios en las medidas se mantienen estables pasados 6 meses de la aplicación del taller.

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

## **ABSTRACT:**

Nowadays, something obvious is that we are immersed in a culture and in a society where there is a great preoccupation about body appearance. Because of this, an exaggerated increase of the problems related with body image satisfaction is happening, and concretely and derived of this dissatisfaction, an increase of the eating disorders (ED). According to epidemiological studies, ED are a problem with a great social relevance that concern, specially, teenagers and young women from developed countries (Peláez, Labrador y Raich, 2005).

All of this makes evidence the need of make interventions in order to, on the one hand, prevent the incidence of ED, developing primary prevention programs. And, on the other hand, act in order to detect them early.

In this way, the aim of this study is develop and test a primary prevention program of eating disorders in a female sample, with ages between 12 and 15 years, from Valencia Community.

After of the administration of the program, results indicate that the program seems effective because the scores of the questionnaires employed (EAT-26; CIMEC and MBSRQ-AS) get better after the program, and are better too compared to the scores of control group. Besides, this improvement is kept 6 months later from the administration of the program.

## INTRODUCCIÓN

El deseo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura (Gismero, 1996). Según estudios epidemiológicos, los TCA constituyen un problema de gran relevancia social, que afecta especialmente a mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador y Raich, 2005). En esta población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA a lo largo de las tres últimas décadas, aceptándose un porcentaje de 0.5-1% de Anorexia Nerviosa (AN), de 1-3% de Bulimia Nerviosa (BN) y de aproximadamente un 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE), según el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2007). Estas fuentes y otras también recientes (Rodríguez, Beato y Belmonte, 2005) establecen una ratio de prevalencia de TCA de uno a diez en varones respecto a mujeres.

Tal y como indica Rosa Calvo en su libro *"Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas"* (2002), "los países occidentales ya no pueden cerrar los ojos al fuerte incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios, a los efectos devastadores en la salud de quienes los padecen, a su tasa de cronicidad y a los costes sanitarios que implican sus tratamientos" (p. 361). Es evidente que nos encontramos ante un problema de salud grave, que no distingue entre sexo, ni edad, ni condición social. La idealización de la delgadez se ha infiltrado en personas de cualquier edad y, desde luego, no podemos negar la influencia que los medios de comunicación están ejerciendo en esa idealización con su culto a la delgadez y la emisión de publicidad insidiosa, proponiendo un cuerpo anormalmente delgado al que se le atribuye, cuando se consigue, la virtud de proporcionar todo lo que la sociedad anhela: belleza, éxito y control (Calvo, 2002).

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población, ante los posibles factores de riesgo. De esta forma podremos influir en la incidencia de los TCA, disminuyendo su tasa de aparición. Y por otra parte, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Precisamente, este es el objetivo que se persigue en el presente trabajo, esto es, desarrollar un taller destinado a contribuir a la prevención de los TCA en la Comunidad Valenciana, así como en valorar la eficacia del mismo: en qué medida genera actitudes positivas en las adolescentes ante la alimentación y ante su apariencia física y, en qué medida nos proporciona información sobre los

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

posibles factores socio - culturales que influyen en el desarrollo de dichas alteraciones.

### **2. UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Como ya hemos indicado previamente, es evidente y está más que justificada la necesidad de poner en marcha recursos y esfuerzos dirigidos a reducir la, cada vez mayor, tasa de incidencia de las alteraciones de la conducta alimentaria.

Tras realizar una amplia revisión de estudios que han llevado a cabo la prevención primaria, tanto en España (Villena y Castillo – Carballo, 1997; Ruiz-Lázaro, 2000; Maganto, del Río y Roiz, 2002; Rojo, Ruiz, Hernández y Vila, 2003 – 2004; Solano, Oliveros y Moreno, 2004; Raich, Sánchez y López, 2008) como fuera de nuestro país (ver revisión realizada por Stewart, 2000 y Stice, Shaw y Martin, 2007), comprobamos que son muy diferentes los resultados obtenidos con las diferentes intervenciones, variando desde aquéllas que no producen ningún tipo de efecto, a aquéllas que producen efectos significativos en todos los resultados. Asimismo, podemos identificar algunas variables que podrían contribuir a aumentar la magnitud de los efectos de la intervención. Variables que enumeramos a continuación:

⇒ Nivel de riesgo de los participantes. A nivel general, los programas selectivos permiten a los sujetos de alto riesgo obtener efectos de intervención más significativos y notables. Teóricamente, el malestar subjetivo que caracteriza a los sujetos de alto riesgo motiva a estos participantes a involucrarse de una forma más efectiva en programas de prevención.

⇒ Formato del programa. Los efectos de intervención más intensos se observaron, fundamentalmente, en programas de tipo interactivo y no tanto en los didácticos. Investigadores dedicados a la prevención en otras áreas de salud también han llegado a la conclusión de que las intervenciones psicoeducativas son menos efectivas que las intervenciones que involucran activamente a los participantes y les enseñan nuevas habilidades (Clarke, Hawkins, Murphy y Sheeber, 1993; Larimer y Cronce, 2002). De acuerdo con Stice y Shaw (2004), parece ser que un formato interactivo ayuda a asegurar que los participantes se involucren con los materiales y contenidos del programa, lo que probablemente facilita la adquisición de conceptos y habilidades, y motiva cambios de comportamiento y actitud.

⇒ Edad de los participantes. Por otra parte, los efectos de intervención más intensos se observaron con muestras en las que la edad media de los participantes estaba alrededor de los 15 años. Quizá, este efecto pueda deberse al hecho de que, a esas edades, los participantes se encuentran en el período de mayor riesgo de aparición de la patología alimentaria y, por ese motivo, se sienten más motivados para involucrarse en la intervención (Stice y Shaw, 2004).

⇒ Sexo de los participantes. Los efectos de la intervención también parecen ser mayores en las muestras femeninas. Quizás esto esté justificado por el hecho de que, las alteraciones de la

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2005) y, precisamente, sea este el motivo por el que se sientan más motivadas a comprometerse de una forma más efectiva en la intervención (Stice y Shaw, 2004).

⇒ Número de sesiones. También hemos podido comprobar que, en general, los programas breves son menos efectivos que los programas más largos con múltiples sesiones. Parece ser que estos efectos pueden deberse al hecho de que, la existencia de diferentes sesiones, permite a los participantes reflexionar sobre los materiales de la intervención entre sesiones y aumentar, así, la interiorización de los principios de los programas.

⇒ Contenido de los programas. En general, los programas psicoeducativos resultaron menos efectivos; fueron los programas centrados en factores socioculturales y en estrés los que mejores efectos provocaron.

⇒ Empleo de instrumentos validados. Es posible que los programas de prevención que empleen medidas empíricamente validadas den resultados más óptimos, quizás, porque esas pruebas son más sensibles de cara a detectar los efectos de la intervención.

Intentando tener en cuenta las recomendaciones propuestas en el estudio meta-analítico realizado por Stice et al, (2007) en el que revisan alrededor de 80 estudios (publicados y no publicados) dirigidos a la prevención de los TCA, elaboramos un taller preventivo dirigido a alumnas de la E.S.O., padres y profesores que cumplía los siguientes requisitos:

a) Brevedad, puesto que se trataba de un taller de dos sesiones cada una, por grupo de alumnos (N aproximado a 15 alumnas por grupo) y 90 minutos para la charla dirigida a padres y profesores.

b) Bajo coste económico para los colegios, ya que sólo tienen que proporcionar las instalaciones.

c) Fácil realización, pues es llevado a cabo por profesionales del equipo clínico de PREVI, especializados en la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

d) Buena aceptación. Se trata de un taller diseñado con animaciones, ameno, coloquial y didáctico y que usa procedimientos variados (coloquios, vídeo, diapositivas).

e) No provocar daño o rechazo en ninguno de los asistentes, cuidando la selección de imágenes, formas y contenidos. Evitamos información que se ha demostrado, puede ser perjudicial, como por ejemplo, dar información sobre qué es un trastorno alimentario, cómo se inicia, formas inadecuadas de perder peso, personajes conocidos que lo han padecido, etc.

f) Específico (chicas de 12 a 16 años). Tanto la literatura como la propia experiencia clínica nos muestra que la población de mayor riesgo son las chicas y, además, hasta ahora nos habíamos "olvidado" de las chicas prepúberes, siendo precisamente a esta edad cuando empiezan o están a punto de iniciarse todos los cambios físicos y psicológicos asociados al desarrollo sexual y evolutivo de la persona. Asimismo, parece ser que la prevención resulta más eficaz cuando nos dirigimos a una población más selecta (Stice y Shaw, 2004, Stice et al., 2007).

g) Interactivo: Además de los diferentes coloquios que se llevan a cabo con el contenido de las diapositivas, se han incluido una serie de actividades que requieren la implicación y participación

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

activa por parte de las alumnas.

h) **Multisección:** El taller consta de dos sesiones de una hora de duración cada uno, que se imparten de manera semanal.

A continuación, pasamos a describir de manera detallada los objetivos y el contenido del taller.

## **Sesión 1: La publicidad y el estereotipo de belleza.**

### **● Objetivos:**

1. Desarrollar una conciencia crítica que lleve a los adolescentes a oponer resistencia a los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso o la silueta y la inseguridad respecto a la apariencia.

2. Mostrar las manipulaciones que los publicistas y las industrias del adelgazamiento realizan para favorecer la venta de los productos.

3. Reflexionar sobre la evolución histórica de los cánones de belleza y despertar el espíritu crítico ante el ideal de belleza imperante en cada momento histórico y el actual.

4. Reflexionar sobre el cambio de los criterios estéticos en relación al cuerpo de la mujer, cambio promovido por motivos puramente económicos que, como consecuencia, generan frustración en muchas personas.

5. Proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez.

6. Aprender a aceptar las diferencias relacionadas con la apariencia física.

7. Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

### **● Dinámicas:**

a) Vídeo "¿Cómo ves la publicidad?" (Vídeo "El reto de la libertad") (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Unión Europea. Acción familiar. Ediciones Encuentro, S.A., 1997).

b) Debate sobre el contenido del vídeo

c) Diapositivas sobre los siguientes contenidos:

- Valores que se transmiten a través de la publicidad
- Canon de belleza en función de la época y la cultura
- Análisis del canon de belleza actual
- Medios promovidos por la publicidad para alcanzar ese ideal de belleza
- Posibles consecuencias: cirugía estética, TCA, "vigorexia"

e) Dibujo de figura humana "ideal" (Tomado de "Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria -grupo ZARIMA prevención).

f) Tarea para casa: buscar recortes de revistas sobre anuncios publicitarios en los que aparezca una persona mostrando ropa, perfumes, alimentos, detergentes, etc. para traerlos el próximo día.

## **Sesión 2: Sentido crítico**

### **● Objetivos:**

1. Análisis sobre anuncios publicitarios.

2. Reflexión sobre estereotipos sociales de belleza.

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

3. Fomentar la aceptación y el respeto por las diferencias físicas individuales.
4. Potenciar otros valores personales, distintos de los estéticos o corporales en la valoración de sí mismos y de los demás.
5. Desmitificar creencias erróneas sobre la posibilidad de perfección corporal, mostrando y reflexionando acerca de imágenes sobre diferentes modelos profesionales en la vida real comparándolas con imágenes publicitarias de esas mismas modelos.
6. Aceptar la diversidad de tamaños y formas corporales como características físicas individuales de cada ser humano.

### • **Dinámicas:**

- a) Análisis de fotografías (Tomada del programa de prevención llevado a cabo por Anne Stewart, 2000)
- b) Diapositivas sobre los siguientes contenidos:
  - Papel de las modelos
  - Adolescentes: blanco fácil
  - Importancia de la diversidad
- c) Debate sobre el contenido de las diapositivas
- d) Evaluación post-taller

### • **Evaluación:**

- Evaluación previa al taller:
  - EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) "Cuestionario de las actitudes hacia la comida" (Garner y Garfinkel, 1979).
  - MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) (Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004)
  - CIMEC el "Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal" (Toro, Salamero y Martínez, 1994)
- Evaluación posterior al taller:
  - EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) "Cuestionario de las actitudes hacia la comida" (Garner y Garfinkel, 1979).
  - MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) (Cash, 2000).
  - CIMEC el "Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal" (Toro, Salamero y Martínez, 1994).
  - "Cuestionario de recuerdo": Se trata de un autoinforme de 16 ítems, valorados en una escala Likert de 0 a 4 (0 significa totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo) realizado por nuestro equipo, dirigido a evaluar en qué medida los participantes han aprendido los diferentes contenidos trabajados.
  - "Ponnos nota": Un pequeño autoinforme, desarrollado también por nuestro equipo, con 9 ítems a valorar en una escala Likert de 0 a 10 (0 significa nada de acuerdo y 10 totalmente de

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

acuerdo) destinado a valorar por parte de los participantes la utilidad del taller, y 4 preguntas abiertas para que los alumnos realicen sus propias aportaciones en cuanto a posibles modificaciones que harían.

Se trata de instrumentos meramente informativos, para obtener feed-back por parte de los alumnos.

### ⇒ **Charlas para padres y profesores:**

#### • **Objetivos de la charla:**

1. Proporcionar un conocimiento básico sobre los trastornos alimentarios, las posibles causas que los provocan y las consecuencias psicológicas de los mismos.
2. Aprender a reconocer los signos de un trastorno alimentario.
3. Pautas de actuación en caso de sospechar la presencia de la alteración o signos de la misma.
4. Pautas para prevenir su aparición.

#### • **Contenido:**

1. ¿Qué son los trastornos alimentarios?
  - Anorexia nerviosa
  - Bulimia nerviosa
2. Consecuencias psicológicas:
  - Emocionales
  - Cognitivas
  - Conductuales
3. ¿Por qué se producen?
  - Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores
4. ¿Cómo detectarlos?
5. ¿Qué hacer una vez detectados?
6. ¿Cómo prevenirlos?
  - Actitudes para prevenir en casa.

### **2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general que nos planteamos consistió en elaborar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos alimentarios dirigido a adolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

1. Elaborar el taller de prevención de los TCA centrado en la influencia que puede ejercer la publicidad y el mundo de la moda, en el desarrollo de una imagen corporal basada en la delgadez y las posibles consecuencias de esta imagen corporal a nivel cognitivo, emocional y comportamental.

2. Aplicar el taller en población de riesgo para el desarrollo de estas alteraciones de la imagen corporal y, subsecuentemente, el desarrollo de posibles alteraciones de la conducta alimentaria:

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

chicas adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años de la Comunidad Valenciana.

3. Valorar la eficacia del taller de cara a modificar actitudes y creencias respecto al cuerpo, el peso, la comida y la propia imagen corporal, así como la capacidad del mismo para reducir la influencia que la publicidad puede ejercer en las adolescentes de cara a "imponer" un modelo estético de belleza centrado en la delgadez.

4. Evaluar las actitudes que las adolescentes puedan tener hacia la alimentación, así como las suposiciones o creencias respecto a su imagen corporal y la influencia de los factores socio-culturales en el desarrollo de un modelo estético corporal concreto. Para ello:

- Analizar la estabilidad temporal de las medidas pasados seis meses de la aplicación del taller.

Las hipótesis que nos planteamos fueron las siguientes:

1. Las alumnas que participen en el taller de prevención lograrán modificar sus actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando una puntuación menor en el EAT-26 tras la aplicación del taller.

2. Las alumnas que participen en el taller mostrarán, tras la aplicación del mismo, unas actitudes más adecuadas respecto a su imagen corporal, presentando puntuaciones más satisfactorias en los diferentes componentes del MBSRQ-AS.

3. Tras la aplicación del taller, las chicas mostrarán sentirse menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad, presentando puntuaciones menores en el CIMEC.

4. Las alumnas que participen en el taller mostrarán menores puntuaciones en las tres medidas de evaluación empleadas tras la aplicación del mismo, en comparación con las chicas que forman parte del grupo control.

5. Estos resultados se mantendrán estables a lo largo del tiempo, tras una segunda evaluación realizada a los 6 meses después del taller.

## **2. 2. MÉTODO:**

### **2.2.1. Muestra.**

La muestra está compuesta por un total de 1856 participantes reclutadas de la población general, de los cuales, 894 sujetos formaron parte del grupo experimental, mientras que las 962 restantes constituyeron el grupo control. Todas las participantes eran mujeres con edades comprendidas entre 12 y 16 años (grupo experimental Media = 13.7, DT = 1.2; grupo control Media = 13.8, DT = 1.2).

Las participantes eran estudiantes escolarizadas en la Educación Secundaria Obligatoria. El taller se aplicó en 14 colegios, fundamentalmente concertados, de la provincia de Valencia.

Respecto al grupo control, también eran estudiantes escolarizadas en la Educación Secundaria Obligatoria, procedentes de la provincia de Valencia (85.7%) y de Castellón (14.3%). Igualmente preferimos que los alumnos procediesen, en la medida de lo posible, de colegios concertados para

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

que fuesen lo más semejantes posible a los participantes del grupo experimental. Para una descripción más detallada de la muestra véase la tabla 1.

**Tabla 1: Descripción del grupo experimental y control.**

Condición	N	Media Edad (DT)	Mín. edad	Máx. edad	Tipo colegio	%
Experimental	894	13.7 (1.2)	12	16	Público	3.8
					Privado	5.7
					Concertado	90.5
Control	962	13.8 (1.2)	12	16	Público	20
					Privado	6.9
					Concertado	73.1
Total	1856					

## 2.2.2. Procedimiento.

El procedimiento que se siguió para reclutar la muestra consistió en contactar, vía correo postal, con los diferentes colegios concertados de la provincia de Valencia. En ese correo se les enviaba una carta de presentación del Centro PREVI y una propuesta del taller y su contenido, así como la oferta gratuita de aplicar el taller a las chicas de 1º a 4º de la ESO. Una vez identificados los colegios interesados en la participación voluntaria, contactábamos telefónicamente, bien con el director del colegio, bien con el coordinador del departamento de Orientación, para explicarles el modo en que se realizaría el taller.

Por otra parte y, a través del correo electrónico, se les envió los cuestionarios que empleamos para la evaluación del taller. Las instrucciones que se les dieron fueron las siguientes:

- A las alumnas no se les informará del contenido del taller, ni que éste va dirigido a la prevención de los TCA. En su lugar se les dirá que se trata de un taller sobre la publicidad. La finalidad era no sesgar sus respuestas al rellenar los cuestionarios.
- Tres días antes de la aplicación del taller, se realizará el primer pase de los cuestionarios.
- Una semana después de finalizada la segunda sesión del taller, se realizará el segundo pase de los mismos cuestionarios.
- A los 6 meses de realizado el taller, volveríamos a contactar con el colegio para hacer un tercer pase, con intención de contar con un seguimiento y comprobar si los resultados del taller se mantienen.
- Una vez tuviésemos corregidos los cuestionarios (pedimos un plazo de dos semanas) nos

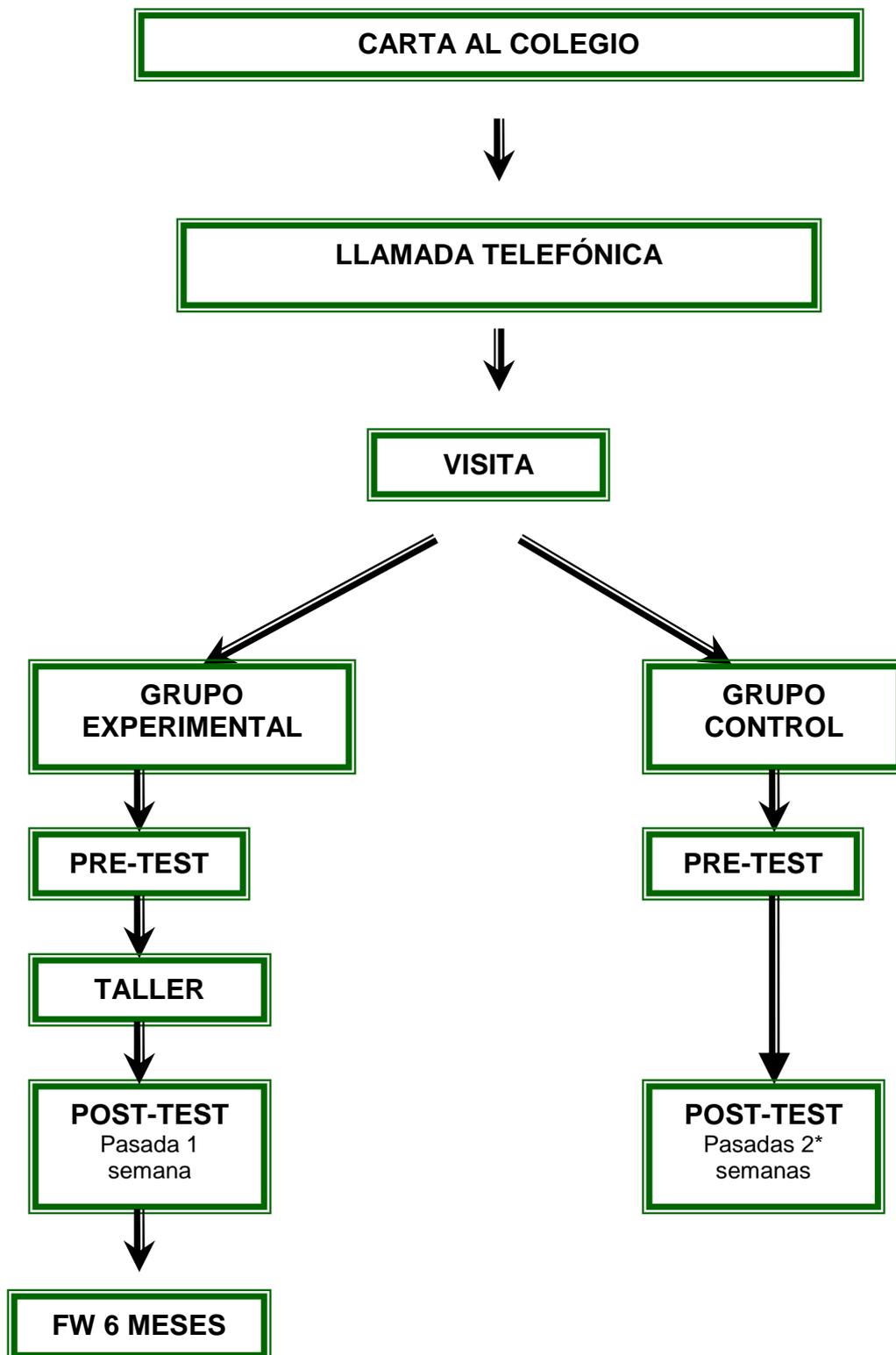
## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

comprometíamos a contactar con el colegio para facilitar el resultado de los mismos. De manera que si detectábamos algún dato llamativo (puntuaciones por encima de la puntuación de corte en los diferentes cuestionarios), el orientador del colegio estaría al corriente y, si lo considera, comunicárselo a los padres.

- Igualmente solicitamos que la sala donde se iba a realizar el taller estuviese preparada y las alumnas en ella, de manera que pudiésemos contar con todo el tiempo que disponíamos para el desarrollo del taller.

Asimismo, informamos de la necesidad de contar con un grupo que no participase en el taller, para poder comprobar si los resultados que obtuviésemos fuesen el efecto del propio taller o el efecto de otras variables, como la deseabilidad social de las propias alumnas, o el propio azar. Para las chicas que formaran parte del grupo control, realizaríamos el taller al año siguiente, si así lo deseaban. No obstante, ellas también completarían los cuestionarios en dos pases, con una distancia temporal del primero al segundo de dos semanas. De esta forma, serían los propios profesores quienes decidiesen en qué cursos se hacía el taller, y cuáles formarían parte del grupo control. De igual forma, a los colegios que no desearon participar en el taller, se les ofreció la posibilidad de que los alumnos (en este caso chicos y chicas) completasen los cuestionarios, de manera que se pudiera intervenir en el colegio a modo de "detección precoz de TCA".

**Figura 2: Procedimiento**



\* El tiempo de aplicación del post-test es el mismo que en el grupo experimental, pero en este caso

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

se indican dos semanas porque el taller tiene una duración de dos sesiones, por ello en el grupo control han de pasar dos semanas para la segunda evaluación.

### **2.2.3. Instrumentos.**

Se aplicaron los siguientes cuestionarios.

#### **2.2.3.1. Cuestionario Multidimensional sobre las relaciones con el propio cuerpo – Escalas de Apariencia (MBSRQ-AS, Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004)**

El MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) evalúa diferentes aspectos actitudinales referidos al constructo de la imagen corporal, como son el componente evaluativo, cognitivo y comportamental. Consta de 34 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 5 puntos. Está formado por 5 subescalas cada una de las cuales se puede emplear de forma independiente al resto del instrumento. Las subescalas con sus respectivos índices de fiabilidad son: "Evaluación de la apariencia" que contiene ítems referentes a sentimientos sobre el atractivo físico, y satisfacción/insatisfacción con la propia apariencia. Altas puntuaciones en la escala reflejan sentimientos positivos y alta satisfacción con la apariencia. El índice  $\alpha$  de Cronbach para hombres y mujeres es de .88. "Orientación de la apariencia" incluye ítems que reflejan sentimientos de preocupación por la apariencia. Altas puntuaciones indican que la apariencia ocupa un lugar importante en cómo la persona se ve, presta atención a su apariencia y lleva a cabo conductas para mejorar la apariencia. El índice  $\alpha$  de Cronbach para hombres es de .88 y para mujeres de .85. "Preocupación por el sobrepeso" evalúa un constructo que refleja ansiedad por la gordura, vigilancia del peso, dieta y alimentación restrictiva. El índice  $\alpha$  de Cronbach para hombres es de .73 y para mujeres de .76. "Autoclasificación del peso" hace referencia a cómo la persona percibe y etiqueta su propio peso, desde el infrapeso hasta el sobrepeso. El índice  $\alpha$  de Cronbach para hombres es de .70 y para mujeres de .89. Finalmente, "Satisfacción corporal" es similar a la subescala "Evaluación de la apariencia" a excepción de que la de "satisfacción corporal" valora esta satisfacción pero refiriéndose a aspectos muy discretos de la apariencia. A mayor puntuación en la subescala, mayor número de áreas corporales con las que la persona está satisfecha. El índice  $\alpha$  de Cronbach para hombres es de .77 y para mujeres de .73. El MBSRQ se ha empleado de manera extensiva y exitosa para la investigación de la imagen corporal (Cash, Ancis y Strachan, 1997; Cash y Roy, 1999).

#### **2.2.3.2. Test de Actitudes hacia la Comida (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982)**

El "Test de Actitudes hacia la Comida" (*Eating Attitudes Test*) evalúa un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta, que van desde nunca hasta siempre. La puntuación total del cuestionario nos indica gravedad de los síntomas pero no necesariamente indica un diagnóstico de anorexia nerviosa. La versión inicial consta de 40 ítems y ha mostrado buenas

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, además de una adecuada sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA, permitiendo discriminar entre un "caso" de TCA y la población normal. A partir del EAT-40, se desarrolló una versión breve de 26 ítems (la empleada en nuestro estudio), la cual presenta una correlación de .98 con el cuestionario EAT - 40.

La versión de 26 ítems consta de 3 escalas: "Dieta" (*Dieting*), que recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y la preocupación por la delgadez. Esta subescala está compuesta de 13 ítems. "Bulimia y preocupación por la comida" (*Bulimia and food preoccupation*), compuesta por 6 ítems que hacen referencia a conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida; y "Control oral" (*Oral control*), compuesta de 6 ítems relacionados con el autocontrol acerca de la ingesta y la presión por parte de los otros para ganar peso. Al igual que en el EAT-40, los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TCA. En esta versión breve, los ítems también se valoran a través de una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta donde, en el caso de los ítems inversos (el nº 1 y el nº 25) las puntuaciones serían "nunca" = 3, "casi nunca" = 2, "algunas veces" = 1, "bastantes veces" = 0, "casi siempre" = 0 y "siempre" = 0. Por otra parte, para los ítems no inversos, las puntuaciones en la escala Likert serían "nunca" = 0, "casi nunca" = 0, "algunas veces" = 0, "bastantes veces" = 1, "casi siempre" = 2 y "siempre" = 3.

### **2.2.3.3. Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994)**

El CIMEC es el principal instrumento que se encarga de evaluar la relación entre el individuo y la cultura. No evalúa la imagen corporal en el mismo sentido que otros cuestionarios (véase, *Body Areas Satisfaction Scale (BASS)*, Cash, 1991; *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ)* Cash, Lewis, Keeton, 1987; *Body Attitud Test (BAT)* Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995), sino que analiza este constructo desde la relación individuo - cultura. Es decir, mide el impacto que determinados productos sociales (como puedan ser revistas, películas o anuncios), tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. El cuestionario, compuesto inicialmente por 40 ítems, ha mostrado una buena capacidad para discriminar entre pacientes anoréxicas y controles y cuenta con una sensibilidad del 81.4% y una especificidad del 55.9% (Toro et al., 1994). 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 (Toro et al., 1994). El análisis factorial de los ítems del CIMEC-26 diferenció 5 factores: "Preocupación por la imagen corporal", formado por 8 ítems que hacen referencia a la ansiedad que experimenta la persona cuando se enfrenta a situaciones en las que se puede cuestionar su propio cuerpo, o situaciones en las que la persona siente envidia de modelos sociales de delgadez. Este factor también incluye ítems referentes a la práctica de dieta por parte de la persona. El factor 2

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

denominado "Influencia de los anuncios", formado por 8 ítems que reflejan el interés despertado por anuncios sobre productos para adelgazar. El tercer factor, "Influencia de los mensajes verbales" está compuesto de 3 ítems que hacen referencia al interés despertado por artículos, reportajes, libros y conversaciones relacionadas con el adelgazamiento. El factor cuatro denominado "Influencia de los modelos sociales", formado por 4 ítems que reflejan el interés despertado por el cuerpo de actrices y modelos. Y el último factor, "Influencia de las situaciones sociales", compuesto de 3 ítems que hacen referencia a la presión social subjetiva experimentada en situaciones que implican comer y la aceptación social atribuida a la delgadez. Asimismo, el CIMEC-26 presenta una aceptable consistencia interna tanto en población clínica como en población normal con una sensibilidad del 83.1 % y una especificidad de 66.4 % establecidos para un valor de corte de 16/17 puntos (Toro et al., 1994).

## 3. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

### 3.1. Análisis realizados con el total de la muestra (Experimental y control)

#### 3.1.1. Diferencias en función de la edad en los instrumentos.

Nos planteamos tratar de analizar si existen diferencias en las puntuaciones pre- test del EAT-26, el CIMEC y las subescalas del MBSRQ-AS en función de la edad.

La hipótesis de partida fue que, las chicas de mayor edad (15 - 16 años) puntuarán más alto en las tres medidas (EAT-26, CIMEC y subescalas del MBSRQ-AS).

Para poner a prueba esta hipótesis calculamos un ANOVA de un factor (edad), siendo las variables dependientes las puntuaciones pre-test de cada uno de los instrumentos de la muestra en su totalidad (grupo experimental y grupo control).

Los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en la mayoría de las variables consideradas: "Dieta"  $F(2, 1853) = 3.164^*$ ,  $p < .05$ ; CIMEC total  $F(2, 1853) = 32.162^*$ ,  $p < .05$ ; "Preocupación IC"  $F(2, 1853) = 18.705^*$ ,  $p < .05$ ; "Influencia anuncios"  $F(2, 1853) = 12.115^*$ ,  $p < .05$ ; "Influencia mensajes"  $F(2, 1853) = 18.269^*$ ,  $p < .05$ ; "Influencia modelos sociales"  $F(2, 1853) = 23.530^*$ ,  $p < .05$ , "Evaluación de la apariencia"  $F(2, 1853) = 7.630^*$ ,  $p < .05$ , "Orientación de la apariencia"  $F(2, 1853) = 3.399^*$ ,  $p < .05$ , "Satisfacción corporal"  $F(2, 1853) = 24.834^*$ ,  $p < .05$ , "Preocupación por el sobrepeso"  $F(2, 1853) = 19.015^*$ ,  $p < .05$  y "Autoclasificación del peso"  $F(2, 1853) = 5.704^*$ ,  $p < .05$ . Las diferencias encontradas nos han indicado que, las participantes más jóvenes (12 - 13 años) presentan mejor puntuación en las subescalas que valoran actitudes positivas (Evaluación de la apariencia y Satisfacción corporal) y menores puntuaciones en las restantes medidas, las cuales evalúan actitudes negativas respecto a la imagen corporal (demás subescalas del MBSRQ-AS), conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (subescala "Dieta" del EAT-26, ya que el resto no mostraron diferencias significativas) e influencias de los diferentes agentes sociales evaluados a través del CIMEC, en la elaboración del propio modelo estético corporal. El resultado totalmente contrario observamos en las chicas de

UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

mayor edad (15 – 16 años). Ver tabla 2.

**Tabla 2: Medias (DT) de los instrumentos y subescalas en función de la edad.**

Medida	Edad	N	Media (DT)
<b>EAT-26</b>	<b>12-13</b>	814	8.25 (9.1)
	<b>14</b>	490	8.2 (9)
	<b>15-16</b>	552	9 (9.8)
• <b>Dieta</b>	<b>12-13</b>	814	4.4 (5.8)*
	<b>14</b>	490	4.7 (6.1)*
	<b>15-16</b>	552	5.2 (6.2)*
• <b>Bulimia</b>	<b>12-13</b>	814	.9 (1.8)
	<b>14</b>	490	.91 (1.6)
	<b>15-16</b>	552	1.1 (2.1)
• <b>Control oral</b>	<b>12-13</b>	814	2.9 (3.3)
	<b>14</b>	490	2.5 (3.2)
	<b>15-16</b>	552	2.7 (3.5)
<b>CIMEC</b>	<b>12-13</b>	814	18.7 (13)*
	<b>14</b>	490	22.1 (13.3)*
	<b>15-16</b>	552	24.5 (14)*
• <b>Preocupación IC</b>	<b>12-13</b>	814	4.3 (4)*
	<b>14</b>	490	5 (4.1)*
	<b>15-16</b>	552	5.6 (4.2)*
• <b>Influencia Anuncios</b>	<b>12-13</b>	814	2.1 (3)*
	<b>14</b>	490	2.6 (3.2)*
	<b>15-16</b>	552	3 (3.3)*
• <b>Influencia Mensajes</b>	<b>12-13</b>	814	1.3 (1.5)*
	<b>14</b>	490	1.5 (1.6)*
	<b>15-16</b>	552	1.8 (1.7)*
• <b>Influencia Modelos Sociales</b>	<b>12-13</b>	814	2.3 (1.7)*
	<b>14</b>	490	2.7 (1.6)*
	<b>15-16</b>	552	3 (1.8)*
• <b>Influencia Situaciones Sociales</b>	<b>12-13</b>	814	1.84 (1.4)
	<b>14</b>	490	1.83 (1.4)
	<b>15-16</b>	552	1.9 (1.4)

\*  $p < .05$

**Tabla 2: Medias (DT) MBSRQ-AS en función de la edad (continuación)**

Medida	Edad	N	Media (DT)
<b>MBSRQ-AS</b>			
• <b>Evaluación Apariencia</b>	<b>12-13</b>	814	3.2 (.74)*
	<b>14</b>	490	3.1 (.76)*
	<b>15-16</b>	552	3.07 (.8)*
• <b>Orientación Apariencia</b>	<b>12-13</b>	814	3.8 (.6)*
	<b>14</b>	490	3.9 (.6)*
	<b>15-16</b>	552	3.8 (.6)*
• <b>Satisfacción corporal</b>	<b>12-13</b>	814	3.5 (.74)*
	<b>14</b>	490	3.4 (.7)*
	<b>15-16</b>	552	3.2 (.72)*
• <b>Preocupación sobrepeso</b>	<b>12-13</b>	814	2.3 (.9)*
	<b>14</b>	490	2.4 (.94)*
	<b>15-16</b>	552	2.7 (1)*
• <b>Autoclasificación peso</b>	<b>12-13</b>	814	3.1 (.6)*
	<b>14</b>	490	3.2 (.92)*
	<b>15-16</b>	552	3.2 (.65)*

\*  $p < .05$

### 3.2. Análisis de la eficacia del taller

Para explicar con mayor claridad los análisis realizados y los resultados obtenidos, nos centraremos en cada una de las hipótesis propuestas.

1. Las alumnas que participen en el taller lograrán modificar sus actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando una puntuación menor en el EAT-26 tras el mismo.
2. Asimismo, tras el taller las participantes mostrarán unas actitudes más adecuadas respecto a su imagen corporal, presentando puntuaciones más satisfactorias en los diferentes componentes del MBSRQ-AS.
3. Y, finalmente, tras su participación en el taller, las chicas mostrarán sentirse menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad, presentando puntuaciones menores en el CIMEC.

Para comprobar estas hipótesis aplicamos una prueba t para muestras relacionadas, empleando como variables dependientes tanto la puntuación total de cada uno de los instrumentos, como la puntuación en cada una de las subescalas.

- Con relación al EAT-26, los resultados nos indicaron que, efectivamente, las medidas cambian de manera significativa tras el taller, tanto en la puntuación total como en las subescalas, siendo

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

menores en el segundo pase (Ver tabla 3 y gráfico 1): EAT-26 total:  $t(889) = 9.827^*$ , Dieta:  $t(889) = 10.435^*$ , Bulimia y preocupación por la comida:  $t(889) = 5.278^*$ , Control oral:  $t(889) = 6.975^*$ . \*Significativo con  $p < .05$

▪ Respecto a las subescalas del MBSRQ-AS, resultaron significativas las puntuaciones obtenidas en las subescalas "Orientación de la apariencia"  $t(854) = 4.811^*$ ,  $p < .05$ , siendo menor en el post-test; "Satisfacción corporal"  $t(853) = -3.341^*$ ,  $p < .05$ , con una puntuación más alta en el post-test y en la subescala "Preocupación por el sobrepeso"  $t(855) = 3.730^*$ ,  $p < .05$ , siendo menor en el post-test. Las dos subescalas restantes (Evaluación de la apariencia y Autoclasificación del peso) no muestran diferencias significativas. Ver tabla 3 y gráfico 2.

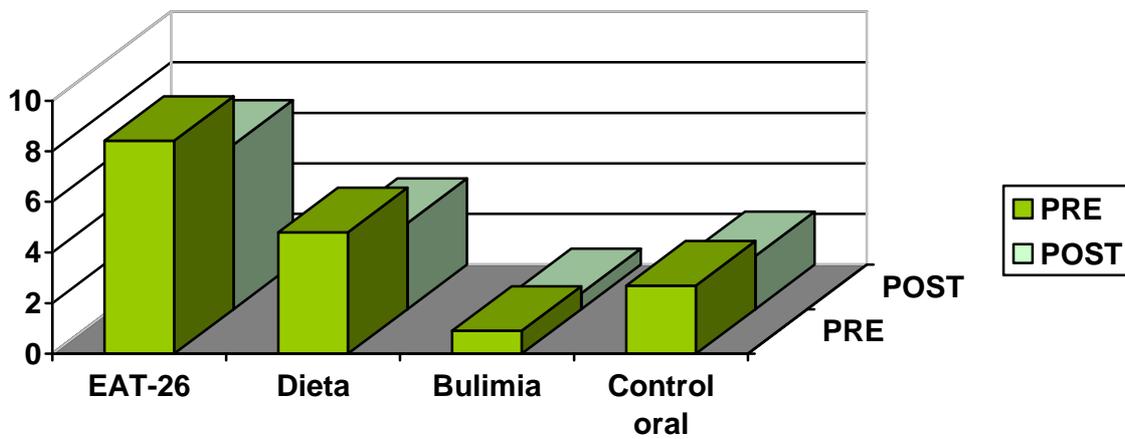
▪ Por último y con relación al CIMEC, en este caso todas las puntuaciones resultaron significativas, siendo menores en este segundo pase (ver tabla 3 y gráfico 3): CIMEC total:  $t(889) = 11.994^*$ , Preocupación IC:  $t(889) = 6.256^*$ , Influencia anuncios:  $t(889) = 8.2^*$ , Influencia mensajes verbales:  $t(889) = 9.291^*$ , Influencia modelos sociales:  $t(889) = 3.199^*$ , Influencia situaciones sociales:  $t(889) = 7.271^*$ . \* Significativo con  $p < .05$ .

**Tabla 3: Medias (DT) de los instrumentos (grupo experimental).**

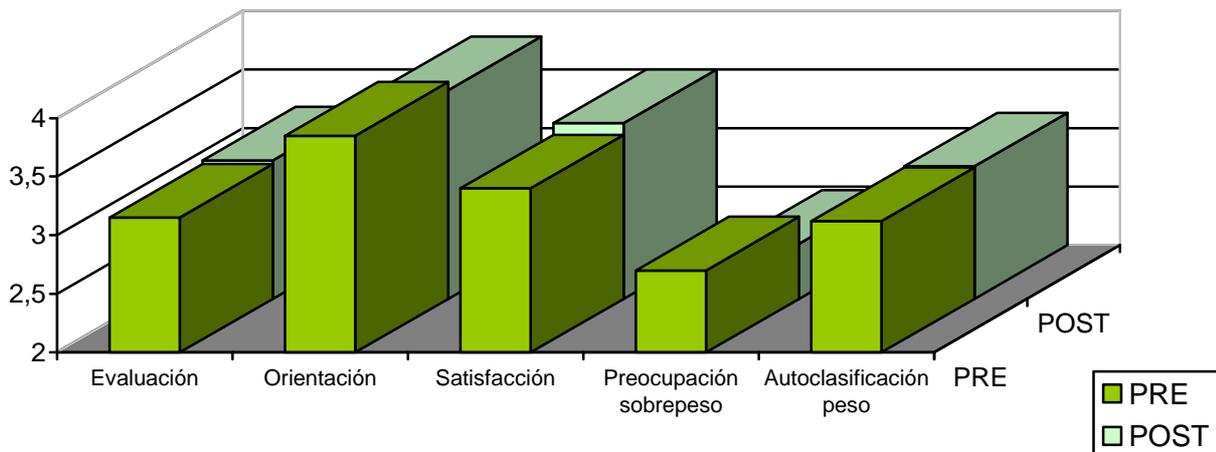
	N	PRE	POST	t
<b>EAT-26</b>	890	8.41 (9.5)	6.5 (8.4)	9.827*
• Dieta	890	4.8 (6.3)	3.4 (5.3)	10.435*
• Bulimia	890	.91 (1.8)	.63 (1.6)	5.278*
• Control oral	890	2.7 (3.2)	2.1 (3.1)	6.975*
<b>MBSRQ-AS</b>				
• Evaluación apariencia	856	3.15 (.75)	3.18 (.71)	-1.538
• Orientación apariencia	855	3.85 (.6)	3.78 (.6)	4.811*
• Satisfacción corporal	854	3.4 (.73)	3.5 (.71)	-3.341*
• Preocupación sobrepeso	856	2.47 (.94)	2.38 (.93)	3.730*
• Autoclasificación peso	856	3.12 (.61)	3.13 (.61)	-.760
<b>CIMEC total</b>	890	20.5 (13.3)	17.3 (13.4)	11.994*
• Preocupación IC	890	4.65 (4.1)	4 (4)	6.256*
• Influencia anuncios	890	2.3 (3)	1.7 (2.7)	8.200*
• Influencia mensajes verbales	890	1.4 (1.6)	1 (1.5)	9.291*
• Influencia modelos sociales	890	2.4 (1.7)	2.3 (1.9)	3.199*
• Influencia situaciones sociales	890	2.4 (1.7)	2.3 (1.9)	7.271*

\*Significativo con  $p < .05$

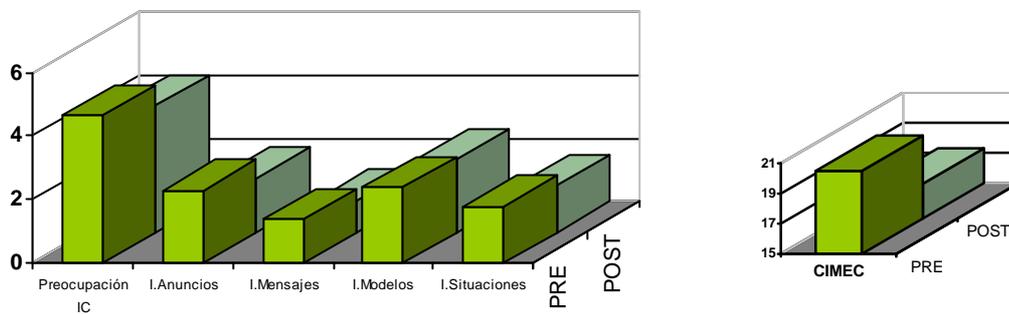
**Gráfico 1: Medias de las puntuaciones pre y post del EAT y subescalas (grupo experimental)**



**Gráfico 2: Medias de las puntuaciones pre y post de subescalas del MBSRQ-AS (grupo experimental).**



**Gráfico 3: Medias de las puntuaciones pre y post del CIMEC y subescalas (grupo experimental).**



### 3.2.1. Cambios en las medidas en función de la edad en el grupo experimental.

Al comprobar que la mayoría de las puntuaciones de los instrumentos se reducían tras el taller, tratamos de analizar si estos cambios estaban influenciados por la variable edad, esto es, qué grupo (en función de la edad) se beneficiaba más del taller. En este sentido realizamos, un Anova de medidas repetidas, siendo el factor íter-sujeto la edad. Para esta variable realizamos tres grupos: 1: 12 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 16 años.

- Los resultados nos indicaron que, con relación a la puntuación del EAT-26, sí existen diferencias significativas en función del momento  $F(1, 889) = 87.548^*$ ,  $p < .05$ , siendo menores las puntuaciones en el post-test, pero no se observó ningún otro efecto. Ver tabla 4 y gráfico 4a.

- Respecto a la puntuación del CIMEC, los resultados nos indicaron que sí que existen diferencias significativas en función del momento  $F(1, 889) = 141.238^*$ ,  $p < .05$ , observando menores puntuaciones en el post-test, de la edad  $F(2, 888) = 14.475^*$ ,  $p < .05$ , siendo las chicas más mayores (15 – 16 años) las que más alto puntúan en ambos momentos, y también se observó un efecto momento x edad  $F(2, 888) = 2.552^*$ ,  $p < .05$ , siendo también las chicas más mayores las que más cambian sus puntuaciones tras el taller. Ver tabla 4 y gráfico 4b.

- Finalmente y con relación a las subescalas del MBSRQ-AS, los resultados nos indicaron que: en la subescala "Evaluación de la apariencia" no se observa ningún efecto. En la de "Orientación de la apariencia" sólo se observa un efecto momento, siendo menor la puntuación en el segundo pase  $F(1, 854) = 26.614^*$ ,  $p < .05$ ; en la subescala "Satisfacción corporal" observamos un efecto momento, siendo mayores en el post-test  $F(1, 853) = 11.754^*$ ,  $p < .05$ , y un efecto edad siendo las más jóvenes (12 – 13 años) las más satisfechas  $F(2, 852) = 16.382^*$ ,  $p < .05$ . En la subescala "Preocupación por el sobrepeso" observamos un efecto momento  $F(1, 855) = 10.952^*$ ,  $p < .05$ , siendo menores en el post-test y un efecto edad  $F(2, 854) = 16.962^*$ ,  $p < .05$ , siendo las de más edad las que más se preocupan en ambos pases. Finalmente, respecto a la subescala "Autoclasificación del peso", únicamente encontramos un efecto edad  $F(2, 854) = 5.299^*$ ,  $p < .05$ ,

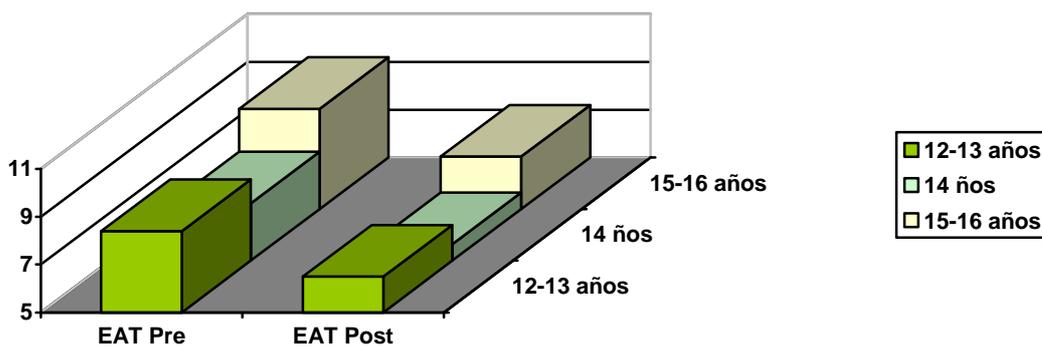
UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

siendo también, en este caso, las de más edad (15 – 16 años) las que más puntúan. Ver tabla 4 y gráfico 4c.

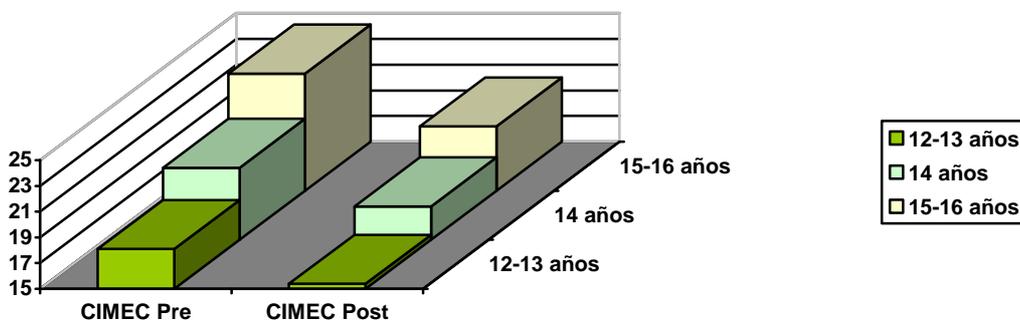
**Tabla 4: Medias (DT) de las puntuaciones pre y pos-test del EAT y CIMEC en función de la edad (grupo experimental).**

Medida	Grupo edad	N	PRE	POST
EAT-26	12 – 13	409	8.4 (9.6)	6.5 (8.4)
	14	217	7.4 (9)	5.7 (7.9)
	15 - 16	564	9.2 (9.8)	7.2 (8.8)
CIMEC	12 – 13	409	18.1 (13.1)	15.4 (12.8)
	14	217	20.6 (12.7)	17.6 (13.4)
	15 - 16	564	24.1 (13.3)	20 (13.7)

**Gráfico 4a: Medias de las puntuaciones pre y post del EAT-26 en función de la edad (grupo experimental).**



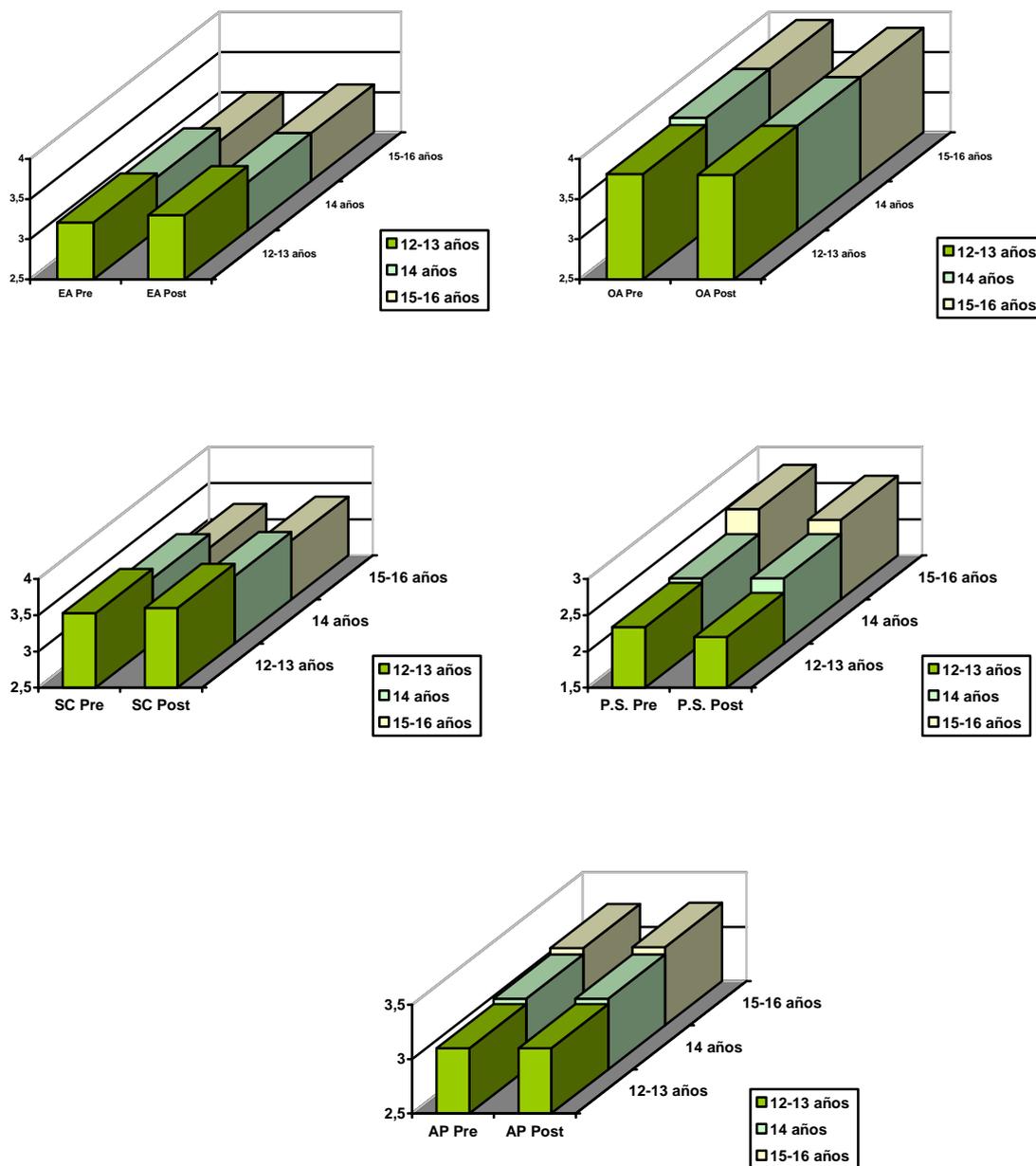
**Gráfico 4b: Medias de las puntuaciones pre y post del CIMEC en función de la edad (grupo experimental).**



**Tabla 4: Medias (DT) de las puntuaciones pre y pos-test de las subescalas del MBSRQ-AS en función de la edad (grupo experimental) (continuación).**

Medida	Grupo edad	N	PRE	POST
<b>Evaluación Apariencia</b>	<b>12 - 13</b>	409	3.21 (.74)	3.3 (.71)
	<b>14</b>	217	3.16 (.72)	3.1 (.70)
	<b>15 - 16</b>	564	3 (.76)	3.1 (.70)
<b>Orientación apariencia</b>	<b>12 - 13</b>	409	3.81 (.65)	3.8 (.64)
	<b>14</b>	217	3.9 (.53)	3.8 (.55)
	<b>15 - 16</b>	564	3.9 (.60)	3.8 (.60)
<b>Satisfacción corporal</b>	<b>12 - 13</b>	409	3.53 (.80)	3.6 (.73)
	<b>14</b>	217	3.4 (.70)	3.43 (.70)
	<b>15 - 16</b>	564	3.21 (.70)	3.31 (.70)
<b>Preocupación sobrepeso</b>	<b>12 - 13</b>	409	2.34 (.91)	2.2 (.90)
	<b>14</b>	217	2.4 (.95)	2.4 (.92 )
	<b>15 - 16</b>	564	2.75 (.93)	2.6 (.92)
<b>Autoclasificación peso</b>	<b>12 - 13</b>	409	3.1 (.60)	3.1 (.62)
	<b>14</b>	217	3.15 (.60)	3.15 (.61)
	<b>15 - 16</b>	564	3.21 (.61)	3.22 (.60)

**Gráfico 4c: Medias de las puntuaciones pre y post del MBSRQ-AS en función de la edad (grupo experimental).**



### 3.2.2. Grupo experimental vs grupo control

Las siguientes hipótesis que planteamos fueron:

4. Las alumnas que participan en el taller mostrarán menores puntuaciones en las tres medidas de evaluación empleadas tras la aplicación del mismo, en comparación con las chicas que forman parte del grupo control.

Para comprobar esta hipótesis calculamos un ANOVA de medidas repetidas, empleando como variables dependientes las puntuaciones pre y post de los diferentes instrumentos y sus subescalas, y como factor inter-sujetos la condición de grupo (experimental - control).

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Los resultados nos indicaron que existe un efecto momento x grupo en los tres instrumentos empleados y en cada una de sus subescalas, comprobando que, en el caso del EAT-26 y del CIMEC las puntuaciones cambian en el segundo pase en sentido inverso en función del grupo, esto es, en el experimental disminuyen las puntuaciones, mientras que en el control aumentan:

- EAT-26  $F(1, 1850) = 297.227^*$ ; Dieta  $F(1, 1850) = 247.383^*$ ; Bulimia  $F(1, 1850) = 56.60^*$ ; Control oral  $F(1, 1850) = 193.280^*$ . (Ver tabla 5).
- CIMEC  $F(1, 1850) = 522.412^*$ ; Preocupación IC  $F(1, 1850) = 158.459^*$ ; I. Anuncios  $F(1, 1850) = 133.939^*$ ; I. Mensajes  $F(1, 1850) = 80.442^*$ ; I. Modelos sociales  $F(1, 1850) = 190.243^*$ ; I. Situaciones sociales  $F(1, 1850) = 62.767^*$ . (Ver tabla 5).

En cuanto al MBSRQ-AS ocurre algo similar que en el EAT y CIMEC, esto es, el grupo experimental mejora de manera significativa las puntuaciones en cada una de las subescalas, excepto en la de "Orientación de la Apariencia" en la que, ambos grupos mejoran su puntuación (disminuye), pero es el grupo control quien la disminuye en mayor medida:

- Evaluación apariencia  $F(1, 1816) = 86.644^*$ ; Orientación apariencia  $F(1, 1815) = 30.045^*$ ; Satisfacción corporal  $F(1, 1814) = 93.118^*$ ; Preocupación sobrepeso  $F(1, 1816) = 179.268^*$ ; Autoclasificación peso  $F(1, 1816) = 33.150^*$ .

\* Significativo con  $p < .05$  (Ver tabla 5).

UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Tabla 5: Medias (DT) de las medidas pre y post EAT, MBSRQ-AS, CIMEC y subescalas, grupos experimental y control**

Medida	Condición	N	PRE	POST
<b>EAT-26</b>	Experimental	890	8.4 (9.5)	6.5 (8.4)*
	Control	962	8.5 (9)	10.6 (11.4)*
• Dieta	Experimental	890	4.8 (6.3)	3.4 (5.3)*
	Control	962	4.7 (5.7)	5.7 (7)*
• Bulimia	Experimental	890	.91 (1.8)	.63 (1.6)*
	Control	962	1 (1.9)	1.2 (2.2)*
• Control oral	Experimental	890	2.7 (3.2)	2.1 (3.1)*
	Control	962	2.8 (3.4)	3.7 (4.3)*
<b>MBSRQ-AS</b>				
• Evaluación apariencia	Experimental	856	3.1 (.75)	3.2 (.71) *
	Control	962	3.2 (.8)	3 (.8) *
• Orientación apariencia	Experimental	855	3.85 (.6)	3.8 (.6) *
	Control	962	3.84 (.6)	3.7 (.6) *
• Satisfacción corporal	Experimental	854	3.4 (.73)	3.5 (.71) *
	Control	962	3.44 (.74)	3.3. (.74) *
• Preocupación sobrepeso	Experimental	856	2.5 (.94)	2.4 (.93) *
	Control	962	2.5 (.95)	2.7 (.92) *
• Autoclasificación peso	Experimental	856	3.12 (.61)	3.13 (.61) *
	Control	962	3.14 (.8)	3 (.70) *

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

<b>CIMEC</b>	Experimental	890	20.5 (13.3)	17.3 (13.4)*
	Control	962	22 (14)	26 (16) *
• Preocupación por la IC	Experimental	890	4.6 (4.1)	4 (4) *
	Control	962	5.1 (4.1)	6 (4.4) *
• Influencia Anuncios	Experimental	890	2.3 (3)	1.7 (2.7) *
	Control	962	2.7 (3.2)	3.1 (3.6) *
• Influencia Mensajes	Experimental	890	1.45 (1.6)	1 (1.5) *
	Control	962	1.54 (1.65)	1.6 (2) *
• Influencia Modelos	Experimental	890	2.43 (1.7)	2.3 (2) *
	Control	962	2.8 (1.7)	3.6 (2) *
• Influencia situaciones sociales	Experimental	890	1.8 (1.4)	1.5 (1.5) *
	Control	962	2 (1.4)	2 (1.6) *

\* Significativo con  $p < .05$

Con intención de ratificar que realmente las diferencias halladas en los instrumentos en el grupo experimental se debían a la aplicación del taller, decidimos analizar la diferencia entre las medidas pre y post-test de cada uno de los grupos y comprobar si existían diferencias significativas en la puntuación resultante, que llamaremos "puntuación diferencia", entre el grupo experimental y el control. Partimos de la idea de que, tras el taller, las medidas en el grupo experimental serán más satisfactorias frente a las del grupo control, de manera que, al comparar las puntuaciones de ambos grupos, encontraremos diferencias significativas. Para ello aplicamos una t para muestras relacionadas empleando como variables dependientes las puntuaciones "diferencia" obtenida para cada uno de los instrumentos empleados y sus subescalas.

Los resultados nos indicaron que, efectivamente, existen diferencias significativas entre las puntuaciones "diferencia" de ambos grupos. Las comentaremos una por una para poder entender mejor los resultados. Así, respecto al EAT-26 y sus subescalas, en todas las medidas el grupo experimental presenta una diferencia positiva lo cual refleja que la puntuación del post-test es menor que la del pre-test, mientras que la puntuación "diferencia" obtenida para el grupo control es negativa, lo que nos reflejaría lo contrario a lo hallado en el experimental: EAT-26  $F(1, 957) = 16.170^*$ ,  $p < .05$ ; "Dieta"  $F(1, 957) = 14.602^*$ ,  $p < .05$ ; "Bulimia y preocupación por la comida"  $F(1, 957) = 7.324^*$ ,  $p < .05$  y "Control oral"  $F(1, 957) = 13.216^*$ ,  $p < .05$ . Ver tabla 6.

En cuanto al CIMEC ocurre exactamente lo mismo que con el EAT-26, esto es, la puntuación "diferencia" del grupo experimental, es positiva, frente a la "diferencia" negativa obtenida por el control: CIMEC  $F(1, 957) = 21.344^*$ ,  $p < .05$ ; "Preocupación IC"  $F(1, 957) = 12.211^*$ ,  $p < .05$ ; "I. Anuncios"  $F(1, 957) = 10.826^*$ ,  $p < .05$ ; "I. mensajes verbales"  $F(1, 957) = 8.617^*$ ,  $p < .05$ ; "I. modelos sociales"  $F(1, 957) = 13.350^*$ ,  $p < .05$  y "I. situaciones sociales"  $F(1, 957) = 7.919^*$ ,  $p < .05$ .

# UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

.05. Ver tabla 6.

Finalmente, respecto a las subescalas del MBSRQ-AS comprobamos que en el grupo control, las puntuaciones en el segundo pase de las subescalas negativas aumentan, excepto la de "orientación de la apariencia" que disminuye (recordemos que esta variable valora aspectos relacionados con la preocupación por la apariencia), mientras que las puntuaciones del segundo pase de las subescalas positivas disminuyen. El efecto contrario observamos en el grupo experimental, con la diferencia de que en la subescala "Orientación de la apariencia", aunque disminuye lo hace en menor medida que en el grupo control: "Evaluación A."  $F(1, 923) = -8.213^*$ ,  $p < .05$ ; "Orientación apariencia"  $F(1, 922) = -4.786^*$ ,  $p < .05$ ; "Satisfacción corporal"  $F(1, 921) = -9.181^*$ ,  $p < .05$ ; "Preocupación sobrepeso"  $F(1, 923) = 12.635^*$ ,  $p < .05$  y "Autoclasificación del peso"  $F(1, 923) = -5.613^*$ ,  $p < .05$ . Ver tabla 6.

**Tabla 6: Medias (DT) de las puntuaciones "diferencia" entre 1º y 2º pase en los instrumentos: grupo experimental y control.**

Medida	Condición	
	Experimental	Control
<b>EAT-26</b>	1.67 (5.7)	-2.2 (4.3)
• Dieta	1.2 (3.8)	-1.1 (2.7)
• Bulimia	.25 (1.5)	-.20 (1.1)
• Control oral	.50 (2.4)	-.91 (2.1)
<b>CIMEC</b>	2.8 (8)	-3.9 (5.2)
• Preocupación IC	.55 (3)	-.81 (1.8)
• I. Anuncios	.55 (2.3)	-.4 (1.4)
• I. Mensajes	.4 (1.3)	-.03 (.74)
• I. Modelos	.1 (1.5)	-.8 (1.4)
• I. Situaciones	.32 (1.3)	-.09 (.9)
<b>MBSRQ-AS</b>		
• Evaluación Apariencia	-.008 (.5)	.16 (.35)
• Orientación Apariencia	.08 (.45)	.17 (.32)
• Satisfacción corporal	-.05 (.6)	.14 (.31)
• Preocupación sobrepeso	.06 (.7)	-.25 (.36)
• Autoclasificación Peso	-.006 (.42)	.13 (.65)

### 3.2.3. Mantenimiento de los resultados del taller

Para continuar con la evaluación de la eficacia del taller y poner a prueba la hipótesis 5, realizamos un análisis dirigido a comprobar si los cambios logrados con el taller continuaban pasados 6 meses de la aplicación del mismo. La limitación que encontramos es que hubo una alta mortalidad experimental por lo que únicamente contamos con un tamaño de muestra para el seguimiento de 293 participantes en total (el 33% del total de la muestra).

A pesar de este problema de muestra, calculamos un Anova de medidas repetidas, teniendo en cuenta los tres momentos (pre, post y seguimiento, empleando el pre-test como categoría de referencia) de los tres cuestionarios empleados.

Los resultados nos indicaron que, en el caso del EAT-26, las puntuaciones obtenidas en el post-test se mantienen estables pasados 6 meses, pues al observar las puntuaciones medias en ambos pases comprobamos que son prácticamente iguales (ver tabla 7):  $F(2, 199) = 16.828^*$ ,  $p < .05$ ; pre vs post  $F(1, 200) = 42.304^*$ ,  $p < .05$ ; pre vs seguimiento  $F(1, 200) = 17.141^*$ ,  $p < .05$ .

Con relación al CIMEC, resultaron significativas tanto la puntuación pre-test como la post-test al compararla con el seguimiento observando que, en el seguimiento la puntuación es menor que en el pre-test, sin embargo es superior a la obtenida en el post-test:  $F(2, 291) = 25.086^*$ ,  $p < .05$ ; pre vs post  $F(1, 292) = 83.897^*$ ,  $p < .05$ ; pre vs seguimiento  $F(1, 292) = 17.180^*$ ,  $p < .05$ . Ver tabla 7.

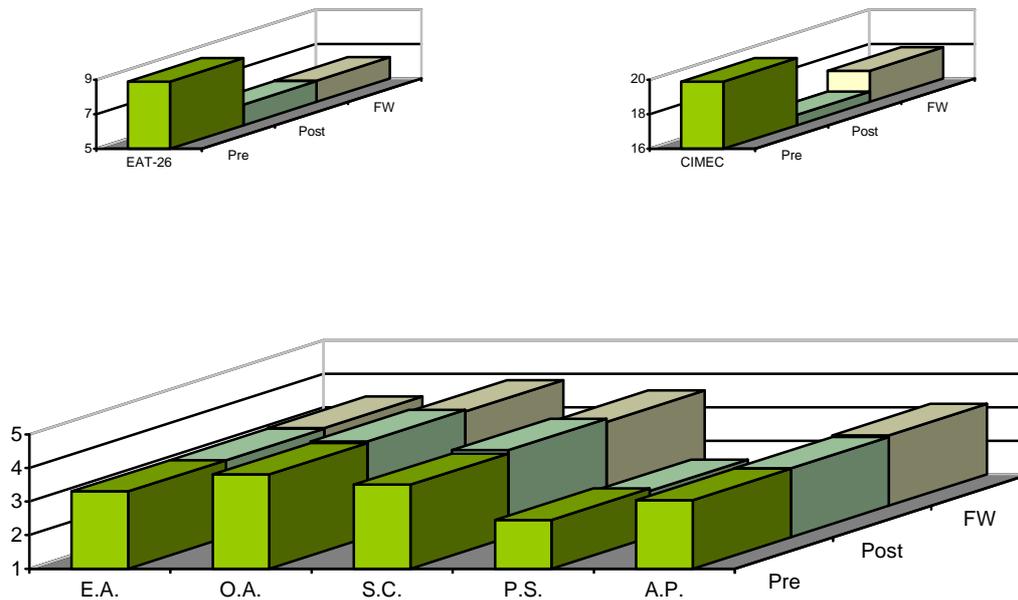
Finalmente y, en cuanto a las subescalas del MBSRQ-AS observamos que se producen cambios en función del momento en las subescalas "Preocupación por el sobrepeso"  $F(2, 195) = 91.236^*$ ,  $p < .05$ , pre vs seguimiento  $F(1, 196) = 116.993^*$ ,  $p < .05$ , donde no se producen cambios significativos entre el pre-test y el post-test, aunque sí entre el pre-test y el seguimiento. En esta subescala comprobamos que conforme pasa el tiempo, la puntuación tiende a disminuir. También se observa el efecto momento en la subescala "Autoclasificación del peso" en la que sólo resulta significativa la comparación entre la puntuación del pre-test con el seguimiento, siendo mayor en ésta última:  $F(2, 195) = 3.356^*$ ,  $p < .05$ , pre vs seguimiento  $F(1, 196) = 4.788^*$ ,  $p < .05$ . Ver tabla 7.

**Tabla 7: Medias (DT) de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS (grupo experimental).**

Medida	Momento		
	Pre	Post	FW
EAT-26	8.9 (9.4)	6.2 (8.2)	6.23 (8.9)
CIMEC	19.9 (13.6)	16.6 (13.3)	17.8 (13.4)
Evaluación apariencia	3.3 (.8)	3.3 (.73)	3.32 (.72)
Orientación apariencia	3.81 (.54)	3.86 (.57)	3.81 (.63)
Satisfacción corporal	3.5 (.73)	3.6 (.72)	3.5 (.68)
Preocupación sobrepeso	2.45 (.9)	2.39 (.84)	1.64 (1.05)
Autoclasificación peso	3.04 (.63)	3.05 (.55)	3.1 (.60)

Observando las puntuaciones medias podríamos confirmar que, salvo en el caso del CIMEC que en el seguimiento aumentan con relación a la del post-test, en los demás instrumentos las puntuaciones se mantienen estables pasados 6 meses. Comentar también como resultado llamativo, que la subescala "Preocupación por el sobrepeso" del MBSRQ-AS en el seguimiento es menor que en los dos momentos anteriores (pre y post-test) entre los cuales no existen diferencias significativas. Sólo resulta significativa la diferencia entre el pre-test y el seguimiento. De esta forma, observamos que, conforme pasa el tiempo, menor es la "preocupación". Ver gráfico 5.

**Gráfico 5: Medias de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS (grupo experimental).**



### 3.3. Grupo experimental: Diferencias entre "población normal" y "población subclínica".

Quisimos dividir a la muestra en "normal" y "subclínica" en función de la puntuación que tuviesen en el EAT-26. En este caso, el punto de corte establecido para esta versión breve es de 20 (Garfinkel y Newman, 2001; Garner et al., 1982). Así, aquellas participantes con una puntuación igual o superior a 20, formarían parte del grupo "población subclínica".

Nuestro interés por diferenciar estos dos grupos dentro de la misma muestra consiste en valorar, de forma más específica, la posible eficacia del taller de cara a reducir las puntuaciones de las participantes. Partimos de la hipótesis de que conforme más alta sea la puntuación en el EAT-26, menos disminuirán las puntuaciones tras el taller.

Para poner a prueba esta hipótesis, calculamos un ANOVA de medidas repetidas, en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones pre y post de cada uno de los instrumentos (EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS) y los factores inter-sujetos fueron el "tipo de población" (normal vs subclínica) y la edad, empleando los mismos grupos que en análisis anteriores.

Los resultados nos indicaron que, respecto a la puntuación del EAT-26, resultó significativo el efecto momento x tipo de población  $F(1, 884) = 283.380^*$ , siendo el grupo de "población subclínica" el que disminuye las puntuaciones en mayor medida tras el taller, independientemente de la edad de las participantes. Ver tabla 8.

\* Significativo para una  $p < .05$ .

**Tabla 8: Medias (DT) del EAT: momento, tipo de población y edad (grupo experimental).**

Tipo población	Grupo edad	N	Pre	Post
<b>Normal</b>	<b>12 - 13</b>	357	6 (5.3)	4.6 (5.5)
	<b>14</b>	184	4.4 (4.5)	4 (5.1)
	<b>15 - 16</b>	210	6 (5.2)	5 (6.1)
	<b>Total</b>	779	5.5 (5.1)	4.5 (5.6)
<b>Subclínica</b>	<b>12 - 13</b>	41	30.5 (9.4)	22.4 (12)
	<b>14</b>	27	27.1 (5.5)	19 (10.2)
	<b>15 - 16</b>	37	28.2 (8.4)	20 (11.4)
	<b>Total</b>	111	29 (8.3)	20.5 (11.3)

En cuanto al CIMEC, sólo resultó significativo el efecto momento  $F(1, 884) = 84.635^*$ , pero si eliminamos la variable edad sí que se observan diferencias significativas en el momento en función del tipo de población  $F(1, 888) = 4.009^*$ , siendo también, en este caso, el grupo de "población subclínica" el que más disminuye sus puntuaciones tras el taller. Ver tabla 9.

\* Significativo para una  $p < .05$ .

**Tabla 9: Medias (DT) del CIMEC: momento, tipo de población (grupo experimental).**

Tipo población	N	Pre	Post
<b>Normal</b>	779	16 (11.3)	13 (11.1)
<b>Subclínica</b>	111	38.5 (13.5)	33 (16)

Finalmente, y con relación a las subescalas del MBSRQ-AS, sólo se encontró interacción entre el momento (pre - post), tipo de población (normal- subclínica) y edad en la subescala "Evaluación de la apariencia":  $F(1, 850) = 6.387^*$ , observado que, las chicas de más edad (15 - 16 años) de la población subclínica, incrementan sus puntuaciones en el post, indicando que evalúan su apariencia de forma más positiva tras el taller. Ver tabla 10a.

**Tabla 10a: Medias (DT) de las subescalas del MBSRQ-AS: Evaluación de la apariencia (grupo experimental).**

Tipo población	Grupo edad	N	Pre	Post
<b>Normal</b>	<b>12 - 13</b>	357	3.3 (.7)	3.3 (.65)
	<b>14</b>	184	3.2 (.62)	3.2 (.62)
	<b>15 - 16</b>	210	3.2 (.7)	3.2 (.7)
	<b>Total</b>	751	3.2 (.7)	3.2 (.65)
<b>Subclínica</b>	<b>12 - 13</b>	41	2.7 (.95)	2.7 (.9)
	<b>14</b>	27	2.5 (1)	2.5 (.83)
	<b>15 - 16</b>	37	2.4 (.82)	2.7 (.8)
	<b>Total</b>	105	2.5 (.92)	2.6 (.84)

En las subescalas "orientación de la apariencia" y "preocupación por el sobrepeso" sólo se encontró un efecto momento x tipo de población, no ejerciendo la edad ningún tipo de influencia:  $F(1, 849) = 5.912^*$  y  $F(1, 850) = 14.147^*$  respectivamente (ver tabla 10b). También en este caso, fue el grupo de "subclínicos" quienes más disminuyeron sus puntuaciones tras el taller. Finalmente, las subescalas "satisfacción corporal" y "autoclasificación del peso" no mostraron ningún tipo de efecto.

**Tabla 10b: Medias (DT) subescalas MBSRQ-AS: Orientación de la apariencia y preocupación por el sobrepeso (grupo experimental).**

		Orientación Apariencia		Preocupación sobrepeso	
Población	N	Pre	Post	Pre	Post
<b>Normal</b>	750	3.8 (.6)	3.7 (.6)	2.3 (.82)	2.2 (.82)
<b>Subclínica</b>	105	4.2 (.5)	4.1 (.65)	3.7 (.71)	3.5 (.9)

A modo de conclusión decir que, con relación a las puntuaciones del EAT-26 y del CIMEC, en general, las participantes que forman el grupo de "subclínicos" son las que más se benefician del taller, pues sus puntuaciones son las que más se reducen tras la aplicación del mismo. Asimismo, este "beneficio" afecta por igual a todas las chicas independientemente de la edad que tengan.

### 3.4. CONCLUSIONES

Realizados los análisis pertinentes y revisados los resultados obtenidos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

Respecto a los análisis realizados con la totalidad de la muestra (grupo experimental y grupo

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

control):

1. Con relación a las diferencias en función de la edad en las diferentes medidas, que las participantes más jóvenes (12 – 13 años) presentan una mejor evaluación de la apariencia y se encuentra más satisfecha con su cuerpo, están menos preocupadas por el sobrepeso y, por tanto, presentan menos conductas relacionadas con la “dieta”. De igual forma, se sienten menos influenciadas por los diferentes agentes sociales, evaluados a través del CIMEC, en la elaboración del modelo estético corporal. Finalmente, hemos hallado que el grupo de las participantes de más edad son las que peor evalúan su apariencia y menos satisfechas se sienten con su cuerpo, resultados que son coherentes con el hecho de presentar una mayor preocupación por el sobrepeso, mayor número de conductas relacionadas con hacer dieta, mayor preocupación por la imagen corporal y mayor influencia por los agentes sociales de cara a elaborar el modelo estético corporal.

En cuanto a los análisis dirigidos a evaluar la eficacia del taller:

1. Tras la realización del taller, las participantes presentan menores puntuaciones tanto en el EAT-26, como en el CIMEC y en las subescalas “Orientación de la Apariencia” y “Preocupación por el sobrepeso” del MBSRQ-AS, mientras que aumenta la puntuación de la subescala “Satisfacción corporal”. Esto nos podría estar indicando que, como resultado de la participación en el taller, las alumnas muestran un cambio en cuanto a las actitudes, comportamientos y creencias relacionados con el peso, la comida y la imagen corporal y se sienten menos influenciadas o son más críticas ante los agentes sociales como la publicidad, modelos, mensajes, etc., a la hora de definir su modelo corporal estético; siendo éstas más positivas después de la participación en el mismo.

Asimismo, hemos podido comprobar que, salvo en el CIMEC, donde observamos que las chicas del grupo de más edad (15 – 16 años) son las que más se benefician del taller al mostrar mayores cambios en sus puntuaciones, en el resto de las medidas todas cambian por igual, por lo que podríamos confirmar la importancia de intervenir a nivel preventivo a edades más tempranas. De igual forma, también podríamos afirmar que ese cambio se deba probablemente al efecto del taller pues, al comparar las medidas del grupo experimental con las del grupo control encontramos que el resultado es inverso en función del grupo: en el experimental las puntuaciones tienden a disminuir, mientras que en el control tienden a aumentar. La excepción la encontramos en la subescala “Orientación de la apariencia”, aquí observamos que ambos grupos mejoran su puntuación.

2. Por otra parte, podemos observar que, pasados 6 meses de la realización del taller, las participantes mantienen los cambios observados en el post-test en la puntuación del EAT-26. En las demás medidas empleadas comprobamos que: en el CIMEC la puntuación tiende a aumentar conforme pasa el tiempo, aunque en el seguimiento sigue siendo significativamente menor que en el pre-test. En cuanto a las subescalas del MBSRQ-AS observamos que, en la mayoría de las subescalas no hay cambios a favor de una mejor imagen corporal, sólo comprobamos que disminuye la “preocupación por el sobrepeso” conforme pasa el tiempo, siendo significativamente menor la

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

puntuación del seguimiento con relación a los dos momentos anteriores, y que la "Autoclasificación del peso" mejora a medida que pasa el tiempo. Resultan llamativos estos resultados, sobre todo, si tenemos en cuenta los obtenidos al comparar únicamente el pre-test con el post-test, donde sí se encuentran diferencias claramente significativas. Probablemente, esta "inestabilidad" de las medidas se deba, en parte, al menor tamaño de la muestra con que contamos en el seguimiento (293 participantes que supone el 33% del total de la muestra).

3. Por otra parte, cuando dividimos al grupo experimental en función de la puntuación obtenida en el EAT-26 (normal vs subclínica) comprobamos que es el grupo de las "subclínicas" el que más se beneficia del taller. Esto es, sus puntuaciones en el post-test disminuyen en mayor medida que las del grupo "normal". Este efecto se ha observado en las puntuaciones del EAT-26, del CIMEC y en tres subescalas del MBSRQ-AS: "Orientación de la apariencia", "Preocupación por el sobrepeso" y "Evaluación de la apariencia", comprobando, además, en esta última una interacción con la edad. Concretamente se ha visto que las chicas más mayores (15 - 16 años) de la muestra de subclínicas son las que más mejoran sus puntuaciones en esta escala tras el taller, mostrando una evaluación más positiva sobre su apariencia.

Para concluir con esta segunda fase experimental hemos de señalar las limitaciones con las que nos hemos encontrado:

- a) La mortalidad experimental en el seguimiento, lo cual nos impide extraer datos más concluyentes y generalizar los resultados.
- b) El no contar con una medida de seguimiento para el grupo control de manera que podamos comparar los posibles efectos del taller a largo plazo.
- c) El no haber aplicado el taller a una muestra similar a la empleada pero masculina pues, tal y como podemos observar en la práctica clínica diaria y en otros trabajos centrados en la prevención primaria, también es necesaria la intervención en prevención sobre trastornos alimentarios en chicos adolescentes.
- d) El hecho de no haber podido realizar un taller más extenso en el tiempo, incluyendo mayor número de sesiones, de manera que se hubieran podido trabajar contenidos más específicos y relevantes de cara a la prevención de los TCA.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR*. Washington, DC. APA.
- American Psychiatric Association. (2000). Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (1 Suppl): 1 – 39.
- Calvo, R. (2002). Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Editorial Planeta, S. A., p. 13 y p. 361.
- Clarke, G.N.; Hawkins, W.; Murphy, M. y Sheeber, L. (1993). School-based program prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two stages. *Journal of Adolescent Research*, 8; 183 – 204.
- Gismero, E. (1996). Habilidades sociales y Anorexia nerviosa. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Hoek, H. W. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383 – 396.
- Instituto Nacional de la Salud. (1995). *Protocolo de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD. Secretaría General.
- Larimer, M.E. y Cronce, J.M. (2002). Identification, prevention and treatment: A review of individual focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of studies on Alcohol*, 14; 148 – 163.
- Maganto, C., Río, A. y Roiz, O. (2002). Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación. Publicaciones de Psicología Aplicada. Intervención psicopedagógica número 15. TEA Ediciones, S.A. Madrid.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2): 135 – 148.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and adult scholastic populations in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681 – 690.
- Raich, R.M., Sánchez, D. y López, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria. Ed. GRAÓ, Barcelona.
- Rodríguez, T., Beato, L. y Belmonte, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20, 173 – 178.
- Rojo, L., Ruiz, E., Hernández, R. y Vila, M. (2003). Guía práctica del Proyecto DITCA C.V. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- Ruiz - Lázaro, P. M. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescente de Zaragoza (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

## UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

- Ruiz - Lázaro, P. M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1: 18 - 31.
- Solano, N., Oliveros, L. y Moreno, J. M. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Educando en salud: así soy yo, así son ell@s. *Revista electrónica de Psiquiatría*, 6(2).
- Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios, Cap. 5 en *La prevención de los trastornos alimentarios*. Vandereycken y Noordenbos. Granica, S. A.
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2): 206 - 227.
- Stice, E.; Shaw, H. y Marti, C.N. (2007). A Meta - Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review Clinical Psychology*, 3: 207 - 231.
- Villena, J. y Castillo - Carballo, M. (1999). *Intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Programa "Tal como eres"*. Consellería de Sanitat. Dirección general de la salud pública, IVESP.