



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**

# **Aportaciones empíricas a un modelo teórico-práctico de prevención de anorexia y bulimia nerviosas basado en el nivel de riesgo.**

## ***Empirical contributions a theoretical-practical model for prevention of anorexia y bulimia nervosas based on the risk level.***

Rodrigo César León Hernández<sup>a</sup>, Julia Elena Del Angel-García<sup>b</sup>, Gómez-Peresmitré Gilda<sup>c</sup>,  
Platas Acevedo Silvia<sup>c</sup> y Guzmán-Saldaña Rebeca<sup>d</sup>.

<sup>a</sup> Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México. Correo: rleonhe@conacyt.mx

<sup>b</sup> Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tamaulipas, México.

<sup>c</sup> Facultad de Psicología, C. U. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

<sup>d</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.

**Recibido: 2019-07-04**

**Revisado: 2022-01-0**

**Aceptado: 2022-05-31**

**Autor de correspondencia:** rleonhe@conacyt.mx (R.C. León-Hernández)

**Financiamiento:** Ninguno

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Resumen**

En la actualidad existe evidencia suficiente de los efectos de los programas de prevención de anorexia y bulimia nerviosas evidencia que se ha documentado mediante trabajos de meta-análisis o revisiones sistematizadas. Particularmente en México, se han evaluado diferentes estrategias de prevención que aportan conocimiento valioso al tema. Por lo anterior, objetivo fue proponer un modelo de prevención de anorexia y bulimia basado en el nivel de riesgo, y sustentarlo mediante aportaciones empíricas. Dichas aportaciones permiten concluir que el modelo teórico-práctico representa una herramienta útil para implementar los programas de prevención, una vez identificado el nivel de riesgo e implementando la categoría adecuada (universal, selectiva e indicada) con el propósito de eliminar

o disminuir los factores de riesgo o sintomatología asociada a imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Así también, se puede disminuir el efecto iatrogénico asociado a estos programas. Finalmente se concluye que es la prevención selectiva la que presenta los mejores resultados.

**Palabras clave:** *factores de riesgo, prevención, modelo, anorexia, bulimia.*

**Abstract**

Nowdays, there's enough evidence of the effects of Eating Disorders Prevention Programs, evidence that has been documented through meta-analysis or systematic reviews. Particularly in Mexico, different prevention strategies that provide valuable knowledge to the subject has been evaluated. Therefore, the objective was it propose a model of anorexia y bulimia prevention based on the level of risk, sustain it through empirical contributions. These contributions, allows to conclude that the theoretical-practical model represents a helpful tool to implement prevention programs, at once the leve lof risk is identified and implementing the appropriate category (selective,universal and indicated) with the purpose of eliminating or decrease the risk factors or symptomatology related with body image and risky eating behaviors. Also the iatrogenic effects associated with these programs can be reduced. Finally, it is concluded that is selective prevention that presents the best results.

**Keywords:** *risk factors, prevention, model, anorexia, bulimia.*

**Introducción**

Es bien sabido que los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos representan un problema de salud para toda la sociedad. Stice et al. (2021) refieren que, en países desarrollados como Estados Unidos, Australia e Italia el 13 % de las mujeres y el 6% de los hombres presentan algunos trastornos como anorexia, bulimia y otros. Un estudio reveló que cada 52 minutos muere una persona a causa de un trastorno alimentario (TA), lo que representa un total de 10,200 muertes por año. Lo anterior implica un costo de 64.7 mil millones de dólares y una pérdida adicional de 326 mil millones de dólares (Deloitte Access Economics, 2020), por tal motivo, los trastornos alimentarios se consideran una prioridad en salud pública y su prevención es una necesidad innegable (Stice et al., 2019).

**Principales Aportaciones Meta-analíticas y Sistematizadas en Prevención de Trastornos Alimentarios (TA).**

En la actualidad, existe evidencia suficiente de los efectos de los programas de prevención. En la Tabla 1 se muestran los principales hallazgos de revisiones

sistematizadas y meta-análisis realizados en las últimas dos décadas, es decir, a partir del inicio del siglo actual. Se describen los principales efectos de diferentes enfoques de programas de prevención de TA, entre los que se destacan intervenciones multicomponentes, interactivos, psicoeducativos, disonancia cognitiva, alfabetización en medios, entre otros.

Si bien en la tabla anterior se observa que los resultados favorables se obtienen sobre los factores de riesgo que predicen la aparición de trastornos alimentarios o retrasan la aparición de los mismos, también se detectaron estudios que afirman que los programas de prevención de TA pueden tener efectos iatrogénicos al etiquetar a los individuos en riesgo o aplicar el mismo programa en todos los grupos etarios (Levine y Smolak, 2006; Soldado, 2006)

**Modelos explicativos de TCA, Internacionales y Nacionales.**

Otra de las áreas de interés es el avance en el conocimiento mediante el desarrollo de modelos explicativos (etiología, teóricos, conceptuales y empíricos, entre otros) que facilitan la comprensión y/o entendimiento de dichos trastornos. Entre los más

**Tabla 1. Principales Aportaciones Meta-analíticas y Sistematizadas en Prevención de Trastornos Alimentarios.**

Autor	Características del estudio	Programa de Prevención de TA	Hallazgos relevantes
Levine y Piran (2001)	Cuasiexperimentales y experimentales en población con alto riesgo.	Componentes ambientales y ecológicos	Cambio actitudinal a corto plazo (53%), conducta positiva (20%), incremento del conocimiento.
Fingeret (2002)	Experimentales en población joven.	Psicoeducación y técnicas interactivas	Mejora en la actitud positiva (71%), incremento de conductas positivas (51%) conocimientos de los TA (36%).
Pratt y Woolfenden (2002)	Ensayos Controlados Aleatorios en niños adolescentes en general y en riesgo.	Enfoque de promoción y alfabetización mediática	Reducción en la internalización o aceptación de los ideales sociales relacionados con la apariencia.
Stice y Shaw (2004)	Experimentales en población adolescente de ambos sexos	Prevención universal, selectiva, interactivos, didácticos, multisesión y sesión única	Incremento en conocimientos de sintomatología de TA, interiorización del ideal delgado, dieta restrictiva, insatisfacción corporal, afecto negativo y patología alimentaria. El 53% de las intervenciones reducen los factores de riesgo de los TA y el 25% disminuye sintomatología.
Cororve (2004)	Experimentales	Prevención TA	Mayor incremento de conocimientos y menor efecto en la interiorización del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta.
Taylor (2005)	Experimentales en jóvenes en distintos niveles escolares de ambos sexos	Prevención Selectiva Prevención Universal	Prevención selectiva redujo los factores de riesgo potenciales en mujeres adolescentes. Prevención universal fomentó la regulación de peso saludable y prácticas no dañinas.
Stice et al. (2007)	Experimentales en jóvenes de ambos sexos	Programas selectivos vs universales Programas interactivos vs didácticos Programas multisesión vs sesión única Programas para mujeres vs ambos sexos Programas para mayores de 15 años vs jóvenes Programas dirigidos por profesionales vs proveedores	El 51 % de los programas redujeron los factores de riesgo de trastornos alimentarios y el 29 % disminuyó la patología alimentaria actual o futura. Los efectos más grandes ocurrieron para los programas que fueron selectivos, interactivos, multisesión, exclusivo para mujeres y dirigido por profesionales.
López-Guimerá et al. (2011)	Experimentales en población infantil y adolescente.	Prevención universal	Efecto en las actitudes o los comportamientos a los 6 meses de seguimiento (19%).
Schober et al. (2013)	Experimentales en población infantil y adolescente.	Prevención primaria	El 22% y 56% presentaron criterios de fidelidad en los programas de prevención.

**Tabla 1. Continua.**

Autor	Características del estudio	Programa de Prevención de TA	Hallazgos relevantes
Prieto-Castaño et al. (2015)	Experimentales, cuasiexperimentales y estudios piloto en adolescentes (11-17 años) ambos sexos.	Temáticos, Educativos, Psicoeducativo interactivo, Disonancia, Ejercicios conductuales, Mindfulness	Mejoría en la imagen corporal y autoestima.
Watson et al. (2016)	Ensayos Controlados Aleatorios en adolescentes, jóvenes de ambos sexos.	Prevención universal, prevención selectiva, prevención indicada.	Alfabetización mediática tuvo mayor soporte en prevención universal y mostró efectos sobre factores de riesgo de TA. La disonancia cognitiva, alfabetización mediática y la psicoeducación presentaron mejores resultados en prevención selectiva.
Le et al. (2017)	Ensayos Controlados Aleatorios en población infantil, adolescente y joven. Prevención universal (11-14 años) y Prevención selectiva e indicada (16-20 años)	Prevención universal (alfabetización mediática, intervenciones multicomponentes) Prevención selectiva (disonancia cognitiva y terapia cognitiva conductual, intervención de peso saludable) Prevención indicada (intervenciones multicomponentes, psicoeducativas)	Efecto pequeño a moderado en la reducción de síntomas y factores de riesgo. La alfabetización mediática redujo la preocupación por la figura y el peso en ambos sexos. La disonancia cognitiva disminuyó síntomas de trastornos alimentarios. La terapia cognitiva conductual tuvo efecto en resultado de dieta. La intervención de peso saludable redujo los factores de riesgo de trastornos alimentarios y el IMC.
Stice et al. (2019)	Ensayos Controlados Aleatorios en adolescentes y jóvenes de ambos sexos.	1. Body Project 2. Peso saludable 3. Body Students 4. Programa preventivo para estudiantes deportistas. 5. Mindfulness	1. Reducción de síntomas de trastorno alimentario y búsqueda ideal de delgadez. 2. Reducción de síntomas de trastorno alimentario, reducción de IMC y aparición futura de trastornos alimentarios. 3. Reducción de episodios de atracones, IMC y la aparición futura de trastornos alimentarios. 4. Reducción de aparición futura de trastornos alimentarios y síntomas asociados, hubo menos efecto en atletas masculinos. 5. El IMC redujo los síntomas de trastorno alimentario.
Stice et al. (2021)	Ensayos Controlados Aleatorios en adolescentes y jóvenes (14.5 – 22.3 años).	Disonancia cognitiva. Autoestima/ autoeficacia Modificación del estilo de vida. Psicoeducación. Cognitivo-conductuales. Conductuales de aumento de peso. Interpersonales. Basados en la terapia familiar.	Solo las intervenciones basadas en la modificación del estilo de vida, disonancia cognitiva y autoestima/autoeficacia disminuyeron la aparición futura de trastornos alimentarios.

Fuente: Elaboración propia

destacados se encuentran el modelo multidimensional descrito por Gardner (1993), el del camino doble propuesto por Stice (1994; 2001), el de las transiciones evolutivas (Levine et al., 1994), el modelo de inicio de dieta restringida propuesto por Huon y su equipo de colaboradores (Huon & Strong, 1998; Huon et al., 1999; Huon et al., 2002<sup>a</sup>), el modelo del continuo (Shisslak & Crago, 1987), el modelo transdiagnóstico (Fairburn et al., 2003), el modelo de la representación atenuada como guía para prevención y tratamiento (Cook-Cottone, 2006), el modelo multinivel de emociones (Fox & Power, 2009), el modelo sociocultural en mujeres México-americanas (Warren et al., 2010), un modelo que incluye algoritmo de detección en línea (Wilfley et al., 2013), el modelo predictivo de regulación de la emoción en trastornos por atracón (Kenny et al., 2017), los modelos interpersonales de Raykos et al. (2017), la revisión del modelo transdiagnóstico cognitivo conductual (Jones et al. 2020) y un modelo conceptual de pérdida de control sobre la alimentación (Mason, et al. 2020).

Aunado a lo anterior, en México también se han desarrollado algunos modelos específicos para el contexto cultural: el modelo de conductas alimentarias de riesgo (Unikel, 2003; Unikel et al., 2005), el modelo predictivo de dieta restringida (Saucedo-Molina & Gómez Pérez-Mitré, 2004), el modelo de las tres vertientes (Álvarez, 2006), la adaptación al modelo del camino doble y otro alterno al camino doble (Gómez-Peresmitré et al., 2008), un modelo para explicar el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo basado en el camino doble (Figueroa-Rodríguez et al., 2010) y el modelo de predicción de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas (Amaya-Hernández et al., 2013; Amaya-Hernández et al., 2017).

La evidencia empírica que aportan los modelos antes citados muestra una diversidad de trayectorias y de interacciones entre los factores de riesgo, que conducen a la sintomatología alimentaria o a los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La importancia de dichos modelos radica en que aportan conocimiento acerca de la génesis o mantenimiento de estos trastornos. En particular los modelos mexicanos coinciden en que se realizaron con muestras sin riesgo o subclínicas, y explican algún tipo

de sintomatología alimentaria (conducta bulímica, dieta restringida, conductas alimentarias de riesgo o conductas alimentarias anómalas) antecedidas de variables asociadas con imagen corporal (figura ideal, insatisfacción con la figura o la imagen, malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, creencias hacia la obesidad, entre otras).

### **Programas de Prevención de Trastornos Alimentarios en México**

Referente a los programas de prevención de trastornos alimentarios, en México también se han desarrollado diferentes programas de prevención de anorexia y bulimia nerviosas, que permiten contrastar resultados entre dos o más tipos de programas, categorías y técnicas implementadas, principalmente en población adolescente y joven. En su mayoría tienen un sustento teórico tal como la teoría social cognitiva, la teoría de disonancia cognoscitiva, la educación en medios y la psicoeducación. Los resultados muestran efectos positivos en los factores de riesgo asociados en el ámbito de la imagen corporal y de la conducta alimentaria. La tabla 2 describe algunos componentes de los programas documentados en este país.

### **Modelo Teórico-Práctico de Prevención de TCA basado en el nivel de riesgo**

El antecedente del modelo teórico-práctico de prevención de anorexia y bulimia se encuentra en el trabajo de León (2010), quien hace la propuesta teórica del modelo como conclusión de su trabajo de tesis doctoral. Dicho modelo ha servido de sustento en diferentes estrategias de prevención de trastornos alimentarios y ha obtenido evidencia durante poco más de una década. Por lo anterior el objetivo del presente trabajo fue proponer un nuevo modelo de prevención de anorexia y bulimia basado en el nivel de riesgo, y sustentarlo mediante aportaciones empíricas derivadas de los distintos programas de prevención que lo han utilizado como una guía para su implementación (ver figura 1). Es importante mencionar que el modelo está sustentado en los siguientes elementos:

1. La teoría del continuo aplicada a los trastornos alimentarios (Gleaves et al., 2004; Peck & Lightsey, 2008; Perosa & Perosa, 2004; Sacarano & Kalonder-Martin, 1994), en la que se sitúan los

**Tabla 2. Programas de Prevención de Trastornos Alimentarios en México**

Autor	Población blanco	Programa	Hallazgos relevantes
Pineda y Gómez-Peresmitré (2006)	Estudiantes de secundaria	Dos programas de prevención selectiva: 1) basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y 2) psicoeducación.	La disonancia cognoscitiva produce mejores resultados en dieta restringida y elección de figura ideal en comparación con psicoeducación.
Pineda et al. (2010)	Estudiantes de secundaria	Dos programas de prevención selectiva: 1) disonancia cognitiva y 2) psicoeducación	Ambas técnicas reducen significativamente la insatisfacción con la imagen corporal. Un análisis de significancia clínica mostró que el total de las participantes del programa con disonancia cognitiva se ubicaron en un nivel sin riesgo.
Rodríguez y Gómez-Peresmitré (2007)	Estudiantes de secundaria (mujeres)	Dos programas de prevención primaria: 1) formación de audiencias críticas y 2) psicoeducativo.	Audiencias críticas mostró resultados significativos, a largo plazo, en la preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva. La psicoeducación resultados a corto plazo en elección de figura ideal e insatisfacción con la imagen corporal.
Escoto et al. (2008)	Estudiantes de primaria (ambos sexos)	Dos Programas de Prevención Universales (didáctico vs interactivo)	El programa interactivo tuvo resultados en la insatisfacción corporal para ambos sexos y sobrealimentación y autoestima para el grupo de niños a los 6 meses.
Escoto et al. (2010).	Estudiantes de bachillerato	Programa de Prevención basada en la Teoría Cognitivo Social	Reducción en la insatisfacción corporal y la evitación de actividades sociales en el grupo experimental.
León (2010)	Estudiantes de secundaria (mujeres)	Dos programas de prevención selectiva: 1) entrenamiento en habilidades sociales y 2) psicoeducación.	Habilidades sociales mostró efectos a corto plazo, en figura ideal e insatisfacción con la imagen corporal en comparación con el grupo de psicoeducación. El grupo de habilidades también mostró mejores resultados en el nivel de riesgo de los pacientes (figura ideal, insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida)
Saucedo-Molina et al. (2018)	Estudiantes de secundaria	Programa de Prevención de Conductas Alimentarias No Saludables y Sedentarismo (PECANSS)	A los 6 meses mostraron que entre las mujeres disminuyó significativamente la puntuación media de las conductas alimentarias de riesgo.
Unikel-Santoncini et al. (2019)	Estudiantes universitarios	Programa Body Project basado en la Teoría de Disonancia Cognoscitiva.	Disminución significativa en conductas alimentarias de riesgo incluso a un año de seguimiento.
Castillo et al. (2019).	Estudiantes universitarios	Programa de prevención de obesidad y trastornos alimentarios (OBEyTA)	Efectos positivos en la interacción tiempo por grupo en las variables internalización del ideal de mujer y conductas/actitudes alimentarias desordenadas a un plazo de 3 meses en el grupo de mujeres.
Cueto-López et al. (2022)	Estudiantes de secundaria (mujeres).	Programa basado en psicoeducación y alfabetización de los medios.	En las mediciones pre y postest, el grupo experimental presentó disminución en las conductas alimentarias de riesgo, influencia del modelo estético de delgadez, insatisfacción corporal y ansiedad, así como incremento en el conocimiento de nutrición en comparación con el grupo control.

Fuente: Elaboración propia

principales síntomas o factores de riesgo a lo largo de un continuo de salud-enfermedad, ubicándose progresivamente de acuerdo a su grado de severidad; la alimentación “normal” se ubica en el extremo saludable y en el otro extremo los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (enfermedad). Por ende, en los puntos intermedios de este continuo se ubican los síntomas como los problemas con la imagen corporal, la dieta restringida y la conducta de atracón, entre otras.

2. La evidencia y recomendaciones referentes a los niveles de riesgo, edad y los instrumentos de medición recomendados por diferentes autores (Stice et al., 2004; 2021; López-Guimerá et al., 2011). Así como las categorías de prevención (universal, selectiva e indicada) propuestas por Mrazek y Haggerty (1994) para el área de salud mental y su aplicación en los trastornos alimentarios (Levine 2017; Stice et al; 2007; 2019; 2021).

Es importante destacar que el requisito principal para aplicar el modelo requiere de pruebas de tamizaje confiables para detectar el riesgo asociado a: 1) imagen corporal y 2) conductas alimentarias de riesgo, que son factores de riesgo genéricos en anorexia y bulimia nerviosas. Estas pruebas también son útiles para documentar la eficacia de los programas de prevención. Una vez identificado el riesgo entre los participantes mediante las pruebas de tamizaje, se procede a seleccionar en qué momento del continuo se ubica la población para implementar una estrategia adecuada. Es importante destacar que en los primeros tres años de educación primaria (entre 6 y 9 años) es difícil encontrar a estudiantes con riesgo, por tanto, se sugiere utilizar instrumentos muy cortos que no induzcan el desarrollo de conductas nocivas, incluso en ocasiones es recomendable utilizar estrategias de prevención proactiva que implican intervenciones orientadas a la población con el propósito de eliminar agentes causales (Austin, 2000).

### **Primer Momento del Modelo: Prevención Universal**

En el primer momento cuyo objetivo es hacer frente a la presión social que promueve la delgadez, se sugiere

la prevención universal a partir de escolaridad primaria: es necesario promover factores de protección o resiliencia documentados en diferentes estudios: hábitos alimentarios saludables, actividad física, autoestima positiva, satisfacción con la vida, imagen corporal positiva, relaciones familiares funcionales, apoyo social, educación en medios, funcionalidad corporal y empoderamiento social, que tienden a mitigar el efecto de la exposición al riesgo (Góngora, 2014; Stice & Shaw, 2004

### **Segundo Momento del Modelo: Prevención Selectiva**

En el segundo momento el objetivo es eliminar el riesgo asociado con imagen corporal mediante prevención selectiva dirigida a escolares a partir de nivel secundaria, se sugiere implementar técnicas o estrategias que disminuyan la insatisfacción, alteración, internalización del ideal delgado, aceptación y promoción de la diversidad corporal, autoestima, valía personal no centrada en el físico y promoción de peso saludable.

### **Tercer Momento del Modelo: Prevención Indicada**

En el tercer momento el objetivo es eliminar o disminuir el riesgo asociado a la presencia de conductas alimentarias anormales mediante prevención indicada, y está dirigido a estudiantes a partir del nivel escolar primario o medio superior. Es necesario incluir, además de los temas asociados a las causas de dieta restringida y atracón, temas referentes al efecto nocivo de estas conductas y las habilidades necesarias para disminuirlas o eliminarlas (estrategias reactivas).

Es importante destacar que debido a que el riesgo es acumulativo, se recomienda que a una persona que presenta conductas alimentarias anormales se le aplique con antelación la prevención universal, selectiva y finalmente la indicada. En el caso de presentar riesgo por imagen corporal se aplica la prevención universal y selectiva exclusivamente. En el caso de no presentar riesgo la prevención universal es suficiente.

Finalmente, en el cuarto momento, ante la presencia de un trastorno subclínico o el inicio de anorexia o bulimia, la mejor opción es canalizar a un tratamiento especializado. Cabe destacar que el contenido

y formato de los programas es inherente al nivel de riesgo. Además, en el presente manuscrito no se da preferencia al sustento teórico de las estrategias de prevención, sin embargo, algunos programas basados en disonancia cognitiva como el “Proyecto cuerpo” y el programa “Peso saludable” han demostrado evidencia contundente de su efectividad (Stice, Yokum, & Waters, 2015, Stice, et al. 2019)

**Aportes empíricos al modelo de prevención de anorexia y bulimia basado en el nivel de riesgo.**

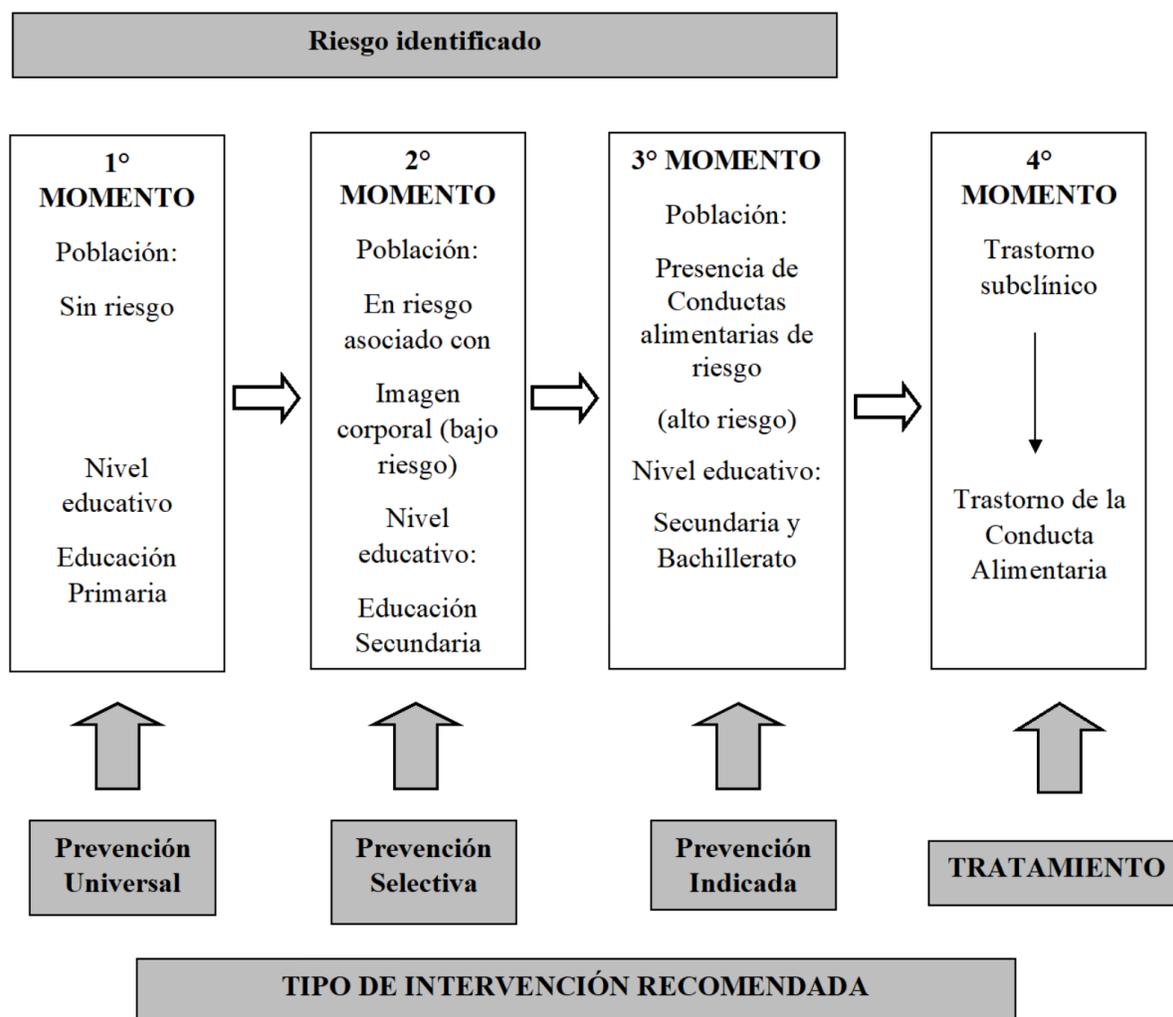
Los aportes empíricos al modelo de prevención de anorexia y bulimia se sustentan en los resultados

de los programas de prevención que utilizaron este modelo como referente para su diseño y/o implementación. Los resultados de estos programas, así como la categoría de prevención, se describen a continuación en el orden que fueron surgiendo:

Gómez-Peresmitré et al. (2010) implementaron un programa de prevención con técnicas interactivas y psicoeducativas que incluyeron las tres categorías de prevención: universal, selectiva e indicada, basadas en el nivel de riesgo de mujeres estudiantes de secundaria. Los resultados muestran efectos positivos en conducta alimentaria compulsiva en prevención universal y deseo de una silueta delgada en prevención

**Figura 1**

**Modelo Teórico-Práctico de Prevención de TCA basado en el nivel de riesgo**



selectiva e indicada. Además un análisis de significancia clínica mostró disminución en el porcentaje de las participantes en riesgo, a corto plazo, en prácticamente el total de las variables de estudio (deseo de una silueta delgada, insatisfacción con imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta restringida y atracón) en los tres distintos niveles de prevención (universal, selectiva e indicada), con excepción del incremento en el porcentaje de la variable deseo de una silueta delgada en prevención universal, y preocupación por el peso y la comida en prevención selectiva e indicada.

En una segunda aplicación de este programa con una muestra similar, se documentó que fue la prevención selectiva la que obtuvo los mejores efectos en comparación con las estrategias universal e indicada; los cambios significativos se detectaron en deseo siluetas delgadas e insatisfacción con imagen corporal (León et al., 2012).

Gómez-Peresmitré et al. (2013) realizaron una comparación de dos programas de prevención selectiva con diferentes formatos (psicoeducativo vs realidad virtual), las participantes fueron mujeres estudiantes que eligieron siluetas extremadamente delgadas como ideal y fueron asignadas al azar a los programas. Los resultados no mostraron diferencias en el análisis tiempo por condición, sin embargo, ambos programas evaluados de forma independiente presentaron resultados significativos en las variables asociadas con la imagen corporal (figura actual, figura ideal e insatisfacción con la imagen corporal) y con conductas alimentarias de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta restricta y conducta alimentaria de compensación psicológica). El análisis de significancia clínica también mostró resultados alentadores, se observa una reducción de participantes en riesgo en porcentajes que van del 37% al 64% en los dos programas.

Posteriormente León et al. (2014) implementaron otro programa de prevención universal que se sustentó en el modelo de prevención de anorexia y bulimia basado en el nivel de riesgo, los contenidos se basaron en alfabetización en medios y también estuvo dirigido a mujeres estudiantes de educación secundaria. Los resultados muestran que el 24% de las adolescentes se encontraba en riesgo por la influencia de los modelos

estéticos corporales y un 11% en riesgo de Anorexia con base en el EAT-40 en su versión adaptada en México (Álvarez et al., 2002). Estos indicadores disminuyeron a 20% y 5% respectivamente como resultado del programa. También se detectaron diferencias en población sin riesgo y con riesgo. En la población con riesgo los efectos observados son sumamente alentadores: cambios positivos y estadísticamente significativos en las 4 dimensiones y en el puntaje total del Cuestionario de Influencia del Modelos Estéticos Corporales adaptado en México (Vázquez et al., 2000). Así también se observaron efectos positivos en 6 de 7 factores y en el puntaje total del EAT-40.

En la población que no presenta riesgo, se observó un incremento en algunos indicadores como: evitación de alimentos que engordan, patrones y estilos alimentarios estereotipados, influencia de la publicidad, de los modelos estéticos corporales y en el puntaje total del CIMEC. Este resultado no esperado confirma la utilidad del modelo para implementar las estrategias diferenciado el nivel de riesgo, ya que, de no considerarse, los resultados pueden ser contraproducentes.

Gómez-Peresmitré et al. (2019) publicaron los resultados de un programa para incrementar la Autoeficacia para el control de peso en niños de primaria de la Ciudad de México, dicho programa se implementó apegándose al modelo de prevención basado en riesgo de TCA, por tanto, fue prevención universal dirigida al total de la muestra. A largo plazo (16 meses) se detectaron efectos positivos en autoeficacia para: disminuir el consumo de alimentos con bajo aporte nutricional, eliminar alimentación emocional, incrementar alimentación saludable y actividad física.

## Discusión

En primera instancia se discuten los resultados derivados de los programas de prevención de TCA que fueron desarrollados e implementados apegándose el modelo de prevención aquí expuesto:

En relación con los programas de prevención universal, Gómez-Peresmitré et al. (2010) reportaron disminución de conducta alimentaria compulsiva, así como un incremento de internalización del ideal de

delgadez. Por su parte, León et al. (2014) identificaron que los efectos de un programa con estrategias de educación en medios son muy alentadores en actitudes alimentarias e influencia del modelo estético corporal en población con riesgo. Sin embargo, en población sin riesgo se pueden incrementar algunos factores como influencia de la publicidad y de modelos estéticos corporales, evitación de alimentos que engordan, patrones y estilos alimentarios estereotipados. Aunado a lo anterior, el programa de prevención universal de obesidad de Gómez-Peresmitré et al. (2019), mostró efectos positivos en diferentes dimensiones de autoeficacia para el control de peso.

Respecto a los programas de prevención selectiva, se recomienda su aplicación a partir de escolaridad primaria y a población en riesgo por problemáticas asociadas a imagen corporal, fueron los que presentaron los mejores resultados. Como era de esperarse, estos resultados se presentan en variables asociadas a imagen corporal como internalización del ideal delgado e insatisfacción con la imagen corporal. Así también, estos programas mostraron disminución en conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, seguimiento de dieta restringida y conducta alimentaria por compensación psicológica (León, 2010; Gómez-Peresmitré et al., 2010; León et al., 2012; Gómez-Péresmitré et al., 2013). Con referencia a la prevención indicada solo el estudio de Gómez-Péresmitré et al. (2010) detectó mejoras en internalización del ideal delgado.

Así también, los programas de prevención que no tienen como referencia el modelo de prevención de anorexia y bulimia basado en el nivel de riesgo, permiten dilucidar algunos aspectos: con referencia a prevención universal aplicada a población sin riesgo de estudiantes universitarios o bachilleres, se detectaron resultados positivos en internalización del ideal de delgadez, insatisfacción con la imagen corporal y conductas o actitudes alimentarias de riesgo (Castillo et al., 2019; Saucedo et al., 2018; Unikel et al., 2019). En esta misma categoría de prevención dirigida a estudiantes de primaria, el estudio de Escoto et al. (2008) reportó disminución de insatisfacción con la imagen corporal.

Finalmente, en relación con los programas de prevención selectiva dirigida a grupos de riesgo de escolaridad bachillerato y secundaria de México, se

reportaron resultados positivos en internalización del ideal delgado, insatisfacción con la imagen corporal, dieta restrictiva, conducta alimentaria compulsiva y actividades sociales (Pineda et al., 2006, 2010; Rodríguez & Gómez-Peresmitré, 2007; Escoto, 2010).

Cabe destacar que las revisiones sistemáticas o meta-análisis a nivel internacional sustentan la evidencia a favor de que la prevención selectiva con la técnica de disonancia cognitiva muestra los mejores resultados en población con riesgo de desarrollar una TCA en comparación prevención universal e indicada (Stice et al., 2004; 2019; Taylor, 2005; Watson et al., 2016; Le et al., 2017), dato que concuerda con los resultados del presente trabajo.

Algunos autores señalan que, en prevención universal, la estrategia de alfabetización en medios es la que presenta los mejores resultados (Watson et al., 2016; Le et al., 2017), sin embargo, el trabajo realizado por León et al. (2014), sobre el efecto de esta estrategia en población sin riesgo, sugiere hacer un análisis detallado sobre el efecto de estos programas, ya que se pudieran detectar efectos negativos. Finalmente, no se detectó evidencia a favor de los programas de prevención indicada.

## Conclusiones

El modelo teórico-práctico de prevención de TCA basado en el nivel de riesgo representa una herramienta útil para implementar los programas de prevención. Una vez identificado el nivel de riesgo de la población blanco se puede elegir la categoría adecuada (universal, selectiva e indicada) con el propósito de eliminar o disminuir los factores de riesgo o sintomatología asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Así también, se puede disminuir el efecto iatrogénico asociado a los programas de prevención ya que se identifican las variables objetivo de acuerdo con el momento de riesgo antes detectado.

Con base en las aportaciones empíricas se confirma que es la prevención selectiva la que presenta los mejores resultados, tanto en factores de riesgo asociados con imagen corporal como en conductas alimentarias de riesgo. Con respecto a la prevención universal se sugiere implementarla con precaución,

poniendo especial interés en no transmitir ideas asociadas a la sobrevaloración de la delgadez. En el tercer momento que se refiere a prevención indicada, se concluye que no se cuenta con evidencia suficiente para realizar afirmaciones y por tanto se sugiere continuar investigando programas de esta categoría.

## Referencias

- Álvarez, R. G. (2006). *Modelos de los factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M., & Gómez Peresmitré, G. Evaluation of psychometric properties of the Eating Attitudes Test (EAT-40) in Mexican women. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- Amaya-Hernández, A., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez-Rayón, G. L., Ortega-Luyando, M., Larios-López, M. & Martínez-Guerrero, J. I. (2013). Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133.
- Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.12.001>.
- Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological medicine*, 30, 1249-1262.
- Castillo, I., Solano, S. & Sepúlveda, A. (2019). A controlled study of an integrated prevention program for improving disordered eating and body image among Mexican university students: A 3 month follow up. *European Eating Disorders Review*, 27, 1-16.
- Cook-Cottone, C. P. (2006). The attuned representation model for the primary prevention of eating disorders: An overview for school psychologists. *Psychology in the School*, 43, 223-230.
- Cororve, M. (2004). *Eating disorder prevention research: A meta-analysis*. Doctoral Dissertation Thesis. Texas A & M University, E.U
- Cueto-López, J., Franco-Paredes, K., Bautista-Díaz, M., & Santoyo, F. (2022). Programa de prevención universal para factores de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas: un estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), 45-53. doi: 10.21134/rpcna.2022.09.1.5
- Deloitte Access Economics. (2020). *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*.
- Escoto, M. C., Camacho, E. J. & Mancilla, J. M. (2008). A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders*, 13(3), 111-118.
- Escoto, M., Camacho, E., Rodríguez, G., y Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 112- 118.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Figueroa-Rodríguez, A., García-Rocha, O., Revilla-Reyes, A., Villarreal-Caballero, L. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 31-38.
- Fingeret, M.C. (2002). *Weighing in on the controversy: How effective are eating disorder prevention programs?*. Unpublished major area paper. (Tesis de doctorado). Texas A&M University. College Station. E.U.
- Fox, J. R. & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 16(4), 240-67.
- Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences. The Theory and Practice*. New York: Basic Books.
- Gleaves, D. H., Brown, J. D., & Warren, C. S. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders: A review of the literature and implications for assessment, treatment, and prevention. *Behavior Modification*, 28, 739-762.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas, S. & Pineda, G. (2019). Programa de autoeficacia hacia hábitos saludables para la prevención de la obesidad en escolares mexicanos. *Revista de Psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 44-50.
- Gómez-Peresmitré, G., León, R., Platas, S., Lechuga, M., Cruz, D. & Hernández, A. (2013). Realidad Virtual y Psicoeducación: Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 23-30.
- Gómez-Peresmitré, G., León, H. R., Platas, A. S., González, X. D. & Pineda, G. G. (2010). Resultados preliminares de un programa de prevención de TCA en tres distintos niveles de riesgo. *La Psicología Social en México*, 11089-1095.

- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. & Oviedo, L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18(1), 45-55.
- Góngora, V. (2014). Satisfaction with life, well-being, and meaning in life as protective factors of eating disorder symptoms and body dissatisfaction in adolescents. *Eating Disorders* 22(5), 1-15.
- Huon, G. F. & Strong, K. G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 361-369.
- Huon, G. F., Hayne, A., Gunewardene, A., Strong, K., Lunn, N., Piira, T. & Lim, J. (1999). Accounting for differences in dieting status: steps in the refinement of a model. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 420-433.
- Huon, G. F., Gunewardene, A., Hayne, A., Sankey, M., Lim, J., Piira, T. & Walton, C. (2002<sup>a</sup>). Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations Modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 210-219.
- Jones, E. J., Egan, S. J., Howell, J. A., Hoiles, K. J., & Mazzucchelli, T. G. (2020). An examination of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders in adolescents. *Eating Behaviors*, 39, 101445. doi:10.1016/j.eatbeh.2020.101445
- Kenny, T. E., Singleton, C. & Carter, J. C. (2017). Testing predictions of the emotion regulation model of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 50(11), 1297-1305.
- Le, L., Barendregt, J., Hay, P. & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 53. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816300150?via%3Dihub>
- León, H. R. (2010). *Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- León, R., Aranda, L., Teutli, J., Platas, S., Ochoa, M. & Galindo, O. (2014). Programa de prevención de trastornos alimentarios y violencia de género a través de audiencias críticas. *La psicología social en México*, 15, 727- 732.
- León, H. R., Gómez Pérez-Mitré, G., Platas, A. S., Mireles, P. & Paredes, V. (2012). Programa de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en tres niveles de riesgo. Segunda Etapa. *La Psicología Social en México*, 14, 638-642.
- Levine, M. (2017). *Communication Challenges Within Eating Disorders: What People Say and What Individuals Hear* en *Eating Disorders – A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*. Intech. DOI: 10.5772/65305.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*, 233-253. <http://dx.doi.org/10.1037/10403-012>.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/2005-11446-000>.
- Levine, M.P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The Relation of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviors among Middle School Girls. *The Journal of Early Adolescence*, 14(4), 471-490.
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D. & Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2).
- Mason, T., Smith, K., Belcher, B., Dunton, G., & Luo, S. (2020). New Insights Into Causal Pathways Between the Pediatric Age-Related Physical Activity Decline and Loss of Control Eating: A Narrative Review and Proposed Conceptual Model. *Frontiers in Psychology*, 11. 10.3389/fpsyg.2020.578690
- Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. (1994) New directions in definitions. In: Mrazek, P.J. and Haggerty, R.J. Eds, *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington, 19-29.
- Peck, L. D., & Lightsey, O. R., Jr. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184-192.
- Perosa, L. M., & Perosa, S. L. (2004). The continuum versus categorical debate on eating disorders: Implications for counsellors. *Journal of Counselling & Development*, 82, 203-206.
- Pineda, G., & Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1)87-95.
- Pineda, G., Gómez, P. y Méndez, S. (2010). Disonancia cognitiva en la prevención de trastornos alimentarios. *Psicología y Salud*, 20, 103-110.
- Pratt, BM. & Woolfenden, S. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Santiago de Chile.
- Prieto-Castaño, B., Fernández-Méndez, J., Salamea-Nieto R. & González Fernández M. (2015). Eficacia de los programas preventivos de trastornos alimentarios en

- adolescentes: análisis bibliográfico. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 14. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.14.331>.
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M. & Fursland, A. (2017). Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1075-1083.
- Rodríguez, R. & Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17(2), 269-276.
- Sacarano, G. & Kalonder-Martin, C. (1994). A Description of the Continuum of Eating Disorders: Implications for Intervention and Research. *Journal of counseling and development*: JCD, 72(4), 356-361.
- Saucedo-Molina, T. & Gómez Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- Saucedo-Molina, T., Villarreal, Martín., Oliva, L. A., Unikel, C. & Guzmán, R. (2018). Disordered eating behaviours and sedentary lifestyle prevention among young mexicans: A Pilot Study. *Health Education Journal*, 77(8), 872-883.
- Shisslak, C. M. & Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 660-667.
- Schober, I., Sharpe, H. & Schmidt, U. (2013). The reporting of Fidelity measures in primary prevention programmes for eating disorders in schools. *European Eating Disorders Review*, 21, 374-381.
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 336-347.
- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a socio-cultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics of North America*, 42, 309-318. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>
- Stice, E., Onipede, Z., & Marti, N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review*, 87. 102046
- Stice, E., Shaw, H., & Marti C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-27.
- Stice, E., Yokum, S. & Waters, A. (2015). Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program reduces reward region response to thin models; How actions shape valuation. *PLoS One*, 10(12), 1-16.
- Taylor (2005). Update on the prevention of eating disorders. En S. Wonderlich. M. Zwaan & Steiger, H. Eating disorders review. Part 1. (pp. 1-14). Oxford: Redlife Publishing
- Unikel-Santoncini, C., Díaz de León, C., Rivera-Márquez, J. A., Bojórquez-Chapela, I. & Méndez-Ríos, E. (2019). Dissonance-based Program for Eating Disorders Prevention in Mexican University Students. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 29-35.
- Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de doctorado en Psicología, no publicada, UNAM. México.
- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 33-39.
- Vázquez, Rosalía, & Alvarez, Georgina, & Mancilla, Juan Manuel (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262303>
- Warren, C. S., Castillo, L. G. & Gleaves, D. H. (2010). The Sociocultural Model of Eating Disorders in Mexican American Women: Behavioral Acculturation and Cognitive Marginalization as Moderators. *Eating Disorders* 18(1), 43-57.
- Watson, H., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R., Tanner-Smith, E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K., & Egan, S. (2016). Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review Randomized, Controlled Trials. *International Eating Disorders Review*, 49(9), 833-862.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S. & Taylor, C. B. (2013). Reducing the burden of eating disorders: a model for population-based prevention and treatment for university and college campuses. *International Journal of Eating Disorders*. 46(5), 529-32.