

Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo

Cognitive-behavioral in high risk eating behaviors

Rocío Ivonne de la Vega Morales y Gilda Gómez-Peresmitré¹

RESUMEN

La literatura señala que la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria es precedida de conductas alimentarias de riesgo, como dieta restrictiva y problemas con la imagen corporal, factores de riesgo frecuentes entre adolescentes del género femenino. Por ello, el propósito de este estudio fue probar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional en 30 mujeres jóvenes que mostraban dichas conductas. La duración de la intervención fue de quince sesiones semanales divididas en cuatro fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas. Se obtuvieron resultados con cambios estadísticamente significativos en las mediciones pre y postintervención y en las de seguimiento a tres y seis meses. Los mismos resultados positivos se encontraron en la esfera cognitivo-conductual: insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ineficacia y autoestima positiva y negativa. Se concluye que la intervención fue eficaz al disminuir las conductas alimentarias de riesgo y reducir asimismo la probabilidad de gestación de trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual; Apoyo nutricional; Conductas alimentarias de riesgo; Prevención; Trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

Several research studies point out that eating disorders are preceded by risk eating behaviors, such as restricted diet and body image disturbance, which are frequent among female adolescents. The aim of the present study was to examine the efficacy of a cognitive-behavioral intervention with nutritional support on a sample of 30 young women who showed risk eating behaviors. The intervention consisted of fifteen weekly sessions along four stages: psychoeducation, cognitive restructuring, problem solving, and relapse prevention. Results showed statistically significant changes in pre- and post measurements, and at three and six months follow-up. Similar results were also found in the cognitive and behavioral areas such as body image dissatisfaction, compulsive eating behavior, chronic restricted diet, interoceptive awareness, maturity fears, ineffectiveness, and self-esteem. It is concluded that the intervention showed efficacy in reducing both risk eating behaviors and the probability of developing eating disorders.

Key words: Cognitive-behavioral therapy; Nutritional support; Risk eating behaviors; Prevention; Eating disorders.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA en lo sucesivo) consisten en comportamientos anormales relativos a la alimentación, así como actitudes, emociones y sentimientos negativos hacia el tamaño y la forma del cuerpo. Debido a que los costos individuales y sociales pueden ser de gran magnitud,

¹ Facultad de Psicología, Edificio "D" Posgrado, Cubículo 11, División de Investigación y Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, 04360 México, D.F., México, tel. (55)56-04-88-82, correo electrónico: ipresunta@yahoo.com. Artículo recibido el 21 de junio y aceptado el 12 de agosto de 2011.

se ha puesto especial atención en la prevención y, por lo tanto, en los factores de riesgo, que desempeñan un importante papel. De acuerdo con Gómez-Peresmitré (2001), entre los factores de riesgo asociados con los TCA se encuentran la imagen corporal, la conducta alimentaria, el cuerpo biológico y las prácticas compensatorias.

Si bien se ha encontrado que la imagen corporal es un factor importante, es hasta que aparecen conductas alimentarias de riesgo cuando es posible identificar la propensión a desarrollar un TCA. Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) incluyen dietas restrictivas (que puede variar desde evitar alguno de los alimentos principales del día, hasta consumir solamente 500 calorías al día), atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados y ayunos.

Se ha descubierto que las jóvenes que utilizan una dieta restrictiva son más propensas a desarrollar trastornos de la alimentación, ya que la restricción calórica o la práctica de ayunos provocan un aumento en el apetito que puede desembocar en atracones. Asimismo, dicha privación conduce a un descontrol alimentario a través de ciertos eventos desinhibidores, tales como la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos hipercalóricos, el consumo de alcohol o un estado de ánimo negativo. Las reglas dietéticas extremas que se autoimponen los dietantes son imposibles de cumplir, particularmente en los periodos de estrés. La menor desviación de estas reglas es percibida como una catástrofe y una evidencia de debilidad. El resultado es el abandono del autocontrol, por lo que otros factores gobiernan la ingesta, tales como el placer de consumir comidas prohibidas pero agradables, la distracción de los problemas y la atenuación temporal de la depresión y la ansiedad. Los dietantes pueden mantener el control cuando creen que están realizando la dieta de forma estricta, pero cuando suponen que la han violado, aunque sea levemente, se desinhibe por completo su forma de comer (Polivy y Herman 1985).

Generalmente, las mujeres comienzan a restringir su dieta cuando hay diferencias entre cómo se ven y cómo se quieren ver; es decir, cuando creen que su cuerpo no concuerda con el ideal social, se genera en ellas una insatisfacción con el tamaño y la forma de su cuerpo. Muy pocas mujeres logran bajar de peso por medio de dietas, y

cuando lo logran de forma rápida, es probable que vuelvan a subir (teoría del *set point*). Asimismo, las dietas provocan que el peso fluctúe y que el metabolismo basal se lentifique, por lo que difícilmente se pierde el peso que se desea. Debido a esto, las mujeres experimentan una sensación de fracaso, su autoestima disminuye y su nivel de estrés aumenta, por lo que pueden convertirse en dietantes crónicas y desarrollar posteriormente trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nervosa (Heatheron y Polivy, 1992).

Respecto a la epidemiología de las CAR en México, se han realizado diversos estudios en población estudiantil de la Ciudad de México a través de la Encuesta dirigida al Conocimiento de la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol. Entre los resultados obtenidos, sobresale el hecho de que a 15% de las mujeres encuestadas les preocupa engordar y hacen ejercicio para bajar de peso, y que 5% realiza atracones (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, y cols., 2000). Además, entre 1997 y 2003 se observó un aumento en la proporción de mujeres que se preocupaban por engordar (de 15 a 30%), por lo que usaban métodos purgativos (de 2 a 8%) o practicaban atracones con sensación de falta de control (de 3 a 6%) (Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz y Medina-Mora, 2006; Unikel y cols., 2000).

Existen distintos tipos de tratamiento para los TCA (Jacobson y Truax, 1991). Se ha encontrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha tenido mayores efectos positivos en el corto y mediano plazo, en comparación con la terapia interpersonal (Mcintosh, Jordan, Carter y Luty, 2005), la de orientación psicodinámica (Andersen, Morse y Santmyer, 1985), la de apoyo expresiva (Whittal, Agras y Gould, 1999) y el tratamiento farmacológico (Walsh, Fairburn, Mickley, Sysko y Prides, 2004). La TCC ha logrado un índice de recuperación de entre 40 y 50%, sobre todo cuando las pacientes presentan bulimia y síndrome de atracón (Waller, 2005). Entre los resultados reportados acerca de la aplicación de la TCC se encuentran la modificación de las conductas que conducen a la emaciación: reducción de dietas restrictivas, atracones, vómitos y uso de laxantes. Asimismo, se ha hallado que la aplicación de dicha terapia ayuda a disminuir o eliminar el ejercicio compulsivo, reduce los niveles de depresión y an-

siedad y reestructura los pensamientos irracionales relacionados con la alimentación (Pritchard, Bergin y Wade, 2004). De igual modo, induce cambios positivos en cuanto a la actitud hacia el peso, la figura, el tamaño del cuerpo y la apariencia física, además de aumentar la autoestima y mejorar o restablecer las relaciones sociales (Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella y Faravelli, 2000).

Respecto al manejo de los TCA, se ha visto la necesidad de implementar tratamientos interdisciplinarios, pues se ha encontrado que la interacción terapéutica (psiquiatras, psicólogos, nutriólogos, enfermeros y trabajadores sociales) aumenta la eficacia. Por ejemplo, la combinación de TCC y la orientación nutricional o el apoyo farmacológico produce mejores resultados que cualquiera de estos tratamientos por separado (Grave, Bohn, Hawker y Fairburn, 2008).

La información antecedente pone de manifiesto la relevancia teórica y práctica (clínica y social) de las CAR y la necesidad de instrumentar intervenciones que ayuden a prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, en la bibliografía no se ha reportado el uso preventivo de la terapia cognitivo-conductual con orientación nutricional en mujeres con conductas alimentarias de riesgo, lo cual constituye la aportación principal de este estudio. Así, el obje-

tivo de este trabajo fue probar la eficacia de esta intervención interdisciplinaria para disminuir o eliminar tales conductas.

MÉTODO

Participantes

La muestra subclínica no probabilística quedó formada por 30 mujeres solteras con un rango de edad de 17 a 26 años y media de 20.63 (D.E. = 2.39). El 83% de ellas reportó una escolaridad de nivel superior y 17% de nivel medio superior; 90% eran estudiantes, 7% trabajaba y el 3% restante no reportó actividad alguna. El 70% de las participantes estudiaba en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): 30% en la Facultad de Psicología, 16.7% en la Escuela de Trabajo Social y 13.3% en la Facultad de Filosofía y Letras; el porcentaje restante se distribuyó entre las carreras de Derecho, Medicina y Odontología. El 30% fueron participantes externas a la institución.

El indicador antropométrico para evaluar el estado nutricional de las participantes fue el Índice de Masa Corporal (IMC): peso bajo, 7%; peso normal, 47%; sobrepeso, 37%, y obesidad, 10% (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra.

	f	%	M(DS)		f	%
Edad 17-19 20-22 23-26	13	43.33	20.63 (2.39)	Carrera		
	11	36.63		Psicología	9	30.0
	6	20.00		Trabajo Social	5	16.7
				Filosofía y Letras	4	13.3
				Derecho	1	3.3
				Medicina	1	3.3
				Odontología	6	20.0
				Ninguna	3	10.0
				Otra		
Estado civil Solteras	30	100		Estudiante UNAM		
				Sí	21	70.0
				No	9	30.0
Ocupación Estudiante Trabajadora Ninguna	27 2 1	90.0 6.7 3.3		IMC		
				Pretratamiento		
				Bajo peso (17.0-18.49)	2	6.7
				Peso normal (18.50-24.99)	14	46.7
				Sobrepeso (25.00-29.99)	11	36.7
			Obesidad I (30.00-34.99)	3	10.0	
Escolaridad Licenciatura Preparatoria	25 5	83.3 16.7				

Nota. Como indicador antropométrico del estado nutricional se empleó el IMC (OMS, 1995).

Instrumentos, aparatos y materiales

Guía de entrevista individual. Se elaboró una guía de entrevista individual y se validó por el método de jueces. Las áreas exploradas fueron, a saber: conciencia de malestar, dinámica familiar, actitud hacia la comida, motivación para adelgazar, dieta restrictiva, atracón, conductas compensatorias, imagen corporal, menarca y amenorrea secundaria, estrés y ansiedad y vigilia (De la Vega y Gómez-Peresmitré, 2008).

Escala de Autoestima, "Yo como persona". Esta escala (Reidl, 2002) se compone de 17 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de "totalmente de acuerdo" (4) a "totalmente en desacuerdo" (1), distribuidos en dos factores. El primero de ellos mide la autoestima negativa y consta de ocho afirmaciones con varianza de 19.8 y alfa de 0.82. El segundo factor mide autoestima positiva y consta de nueve afirmaciones, con varianza de 18.9 y alfa de 0.79.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Es este un inventario autoaplicable diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia nervosa y la bulimia (Garner, 1991). El EDI-2 consta de 91 reactivos tipo Likert con seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre); las primeras tres opciones tienen un valor de 0 y las últimas tres se califican en un continuo que va de 1 a 3, respectivamente. Los reactivos se agrupan en once subescalas, aunque para los propósitos de esta investigación solamente se utilizaron las de ineficacia, miedo a la madurez y conciencia interoceptiva. Todas las subescalas tienen un alfa mayor de 0.85. La consistencia interna general medida por el índice alfa de Cronbach fue de 0.98 (cfr. García, Vásquez, López y Arcila, 2003).

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA). Esta escala mide los factores de riesgo que se relacionan con los TCA (Gómez-Peresmitré, 1993) y tiene un alfa general de 0.90. La versión para mujeres está formada de siete factores que explican 42.8% de la varianza, con alfa de 0.88. En el presente estudio solo se aplicaron dos factores: Conducta alimentaria compulsiva, formada por 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de "nunca" (1) a

"siempre" (5), con varianza de 12.4% y consistencia interna alfa de .90, y Dieta crónica restrictiva, compuesta por ocho afirmaciones tipo Likert cuyas opciones de respuesta son las mismas del factor anterior, con varianza de 2.6% y coeficiente alfa de 0.81.

Escala de Alteración e Insatisfacción Corporal. La alteración corporal se evalúa mediante la diferencia entre un indicador objetivo (el IMC) y uno subjetivo (la percepción que se tiene del propio cuerpo). El IMC, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1995), se clasifica así: de 16 a 16.99, muy bajo peso; de 17 a 18.49, bajo peso; de 18.5 a 24.9, peso normal; de 24.5 a 29.9, sobrepeso, y más de 30, obesidad. Tales categorías se convierten a una escala que va de 1 a 5. La percepción del cuerpo se mide con una escala de cinco categorías de peso corporal, que van de muy delgado (flaco) (1) a muy gordo (obeso) (5). Si la percepción del participante es igual al IMC, se interpreta como no alteración corporal; si es mayor, significa sobreestimación, y si es menor equivale a subestimación (Gómez-Peresmitré, 1993).

La insatisfacción corporal, a su vez, se estima con dos escalas visuales formadas por nueve siluetas cada una, ordenadas al azar (Gómez-Peresmitré, 1993), que cubren un continuo de peso corporal que va desde una silueta muy delgada (1) hasta una muy gruesa (9), pasando por una con peso normal (5 y 6). Dicha escala tiene un alfa de 0.85. En la primera escala, el participante marca con una x la silueta que más se asemeja a la figura corporal que tiene en ese momento (Figura actual) y en la segunda el participante marca la silueta que se asemeja a la figura corporal que le gustaría tener (Figura ideal). El grado de insatisfacción corporal se estima como una diferencia entre ambas, que puede ser positiva (insatisfacción positiva), que se produce porque se desea estar más delgada, o negativa (insatisfacción negativa) porque se desea tener mayor peso. A mayor diferencia, más insatisfacción. Asimismo, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez-Peresmitré, 1993).

Aparatos

En las sesiones psicoeducativas, tanto las nutriólogas como las psicólogas utilizaron computado-

ras portátiles Hewlett-Packard y se pesó a las pacientes con una báscula electrónica marca Tanita, con capacidad para 200 kilogramos y una precisión de .10 gramos. Además, se midió su estatura con un estadímetro de madera.

Materiales

Se desarrolló un manual de capacitación mediante el cual se entrenó a las psicólogas y nutriólogas que aplicaron el programa, y uno más para la intervención, que incluía tanto los contenidos del programa cognitivo-conductual como los formatos de trabajo sobre el plan semanal de alimentación, diarios de alimentación, registro de pensamientos, identificación de sentimientos, modificación de creencias centrales, ejercicio de resolución de problemas y cuestionario para prevención de recaídas.

Se implementó un formato de registro semanal en el que las participantes marcaban con una X, en una escala del 1 al 10, las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con la alimentación que habían tenido. Se elaboraron dos formatos para la supervisión semanal de los casos, uno para las psicólogas y otro para las nutriólogas.

Asimismo, con el propósito de reforzar los contenidos de las sesiones psicoeducativas del programa, se diseñaron trípticos con los siguientes temas: características y consecuencias clínicas y psicológicas de los TCA, factores de riesgo, expresión de sentimientos, guía de orientación alimentaria, ingesta de frutas y verduras "Cinco al día", colaciones saludables y guía de equivalentes. Además, las nutriólogas utilizaron modelos de alimentos para proporcionar la orientación alimentaria, los cuales fueron diseñados y elaborados en la Escuela de Dietética y Nutrición del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Pale, 1997).

Procedimiento

La promoción del programa de prevención se hizo a través de mantas colocadas afuera de las instancias en las que se aplicó; de igual modo, se colocaron carteles y se repartieron trípticos con información acerca de dicho programa en las facultades del campus universitario (Ciudad Universitaria). Se estableció contacto con las participantes que acu-

dieron a solicitar ayuda relacionada con las CAR al Centro de Servicios Psicológicos y al Sistema de Orientación en Salud, ambos de la UNAM, a quienes se notificó que la intervención era parte de una investigación de doctorado, por lo que se les solicitaba que firmaran una forma de consentimiento informado. Para seleccionarlas, dos psicólogas se encargaron de realizar la aplicación de la entrevista individual y de los instrumentos previos a la intervención. El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los jefes de atención psicológica de los lugares en donde se instrumentó el programa de prevención.

Posteriormente se asignó cada participante a una díada conformada por un psicólogo y una nutrióloga, quienes aplicaron la intervención cognitivo-conductual y brindaron el apoyo nutricional. Dichos terapeutas fueron capacitados y evaluados cuatro horas semanales durante nueve meses por la autora principal del presente estudio.

La intervención constó de quince sesiones de 60 minutos cada una, de acuerdo a las indicaciones del manual desarrollado específicamente para esta investigación. Las nutriólogas se encargaron del proceso psicoeducativo y del régimen alimentario apropiado para cada participante.

Las fases de la intervención cognitivo-conductual fueron las siguientes: *a)* psicoeducativa, donde se brinda información relacionada con las CAR; *b)* reestructuración cognitiva, en la que se modifican las distorsiones cognitivas relacionadas con las CAR, autoestima e imagen corporal; *c)* resolución de problemas, en la cual se aprende a identificar y solucionar los problemas de la vida cotidiana para que tengan mejores herramientas de afrontamiento, y *d)* prevención de recaídas, donde se analizan las circunstancias que pueden llevar a la paciente a sufrir otra vez los mismos síntomas y se prevén alternativas para evitar las recaídas.

En cada una de las sesiones, las pacientes contestaron una hoja de registro para monitorear tanto sus conductas como sus pensamientos y emociones en torno a la comida, peso e imagen corporal. Además, llenaron los formatos de los diarios de alimentación en los que escribían sus pautas de alimentación (horarios, lugar, tipo de alimentos, restricciones, atracones, vómitos o purgas y ejercicio para bajar de peso) y los pensamientos y sentimientos que experimentaban al momento de ali-

mentarse. Por último, cada semana una de las investigadoras realizó la supervisión a cada una de las doce parejas terapéuticas guiándose con los formatos diseñados para dicha actividad.

RESULTADOS

El estado nutricional de las participantes, medido a través del indicador antropométrico del IMC posterior a la intervención, fue como sigue: 67% con peso normal, 23% con sobrepeso y 10% con obesidad. El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS, versión 17.0. Se aplicó la prueba *t* para grupos relacionados a fin de comparar las mediciones previas a esta (preintervención) con las posteriores (postintervención). Los resultados indicaron, como puede observarse en los valores de las medias de la Tabla 2, que después de la intervención las siguientes variables disminuyeron significativamente: insatisfacción corporal ($M = .53$, $DE = 1.19$, $t[29] = 6.37$, $p < .000$), conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.43$, $DE = .28$, $t[29] = 13.05$, $p < .000$), dieta crónica restrictiva ($M = 1.16$, $DE = .20$, $t[29] = 8.53$, $p < .000$), conciencia interoceptiva ($M = 1.23$, $DE = 2.14$, $t[29] = 8.37$, $p < .000$), miedo a la madurez ($M = 2.73$, $DE = 1.33$, $t[29] = 4.86$, $p < .000$) e ineficacia ($M = 4.23$, $DE = 2.81$, $t[29] = 7.56$, $p < .000$). La variable de autoestima positiva se elevó significativamente ($M = 30.17$, $DE = 3.31$, $t[29] = -8.01$, $p < .000$), mientras que la autoestima negativa disminuyó ($M = 12.97$, $DE = 3.20$, $t[29] = 7.21$, $p < .000$).

Tales cambios fueron los que se esperaban como resultado de la intervención. Sin embargo, en la variable alteración corporal, aunque la media posterior a la intervención ($M = .17$, $DE = .46$) también fue menor que la media previa ($M = .43$, $DE = .72$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t[29] = 1.61$, $p = .118$).

Se analizó asimismo el tamaño del efecto (Cohen, 1988) con los valores pre y postintervención de las variables ($d = M1 - M2/\sigma$), hallándose que, a excepción de la variable alteración corporal, en todas las demás se obtuvo un índice de $> .80$, que, de acuerdo con Cohen (1988), puede considerarse un tamaño grande del efecto y traducirse como una intervención eficaz.

Respecto a los seguimientos, los resultados obtenidos a los tres meses (acudieron 27 participantes) indicaron que los cambios se mantuvieron iguales en las variables: insatisfacción corporal ($M = .52$, $DE = .84$, $t[26] = 6.90$, $p < .000$), conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.52$, $DE = .38$, $t[26] = 10.28$, $p < .000$), dieta crónica restrictiva ($M = 1.23$, $DE = .24$, $t[26] = 6.98$, $p < .000$), conciencia interoceptiva ($M = 1.44$, $DE = 2.0$, $t[26] = 7.46$, $p < .000$), miedo a la madurez ($M = 4.48$, $DE = 2.96$, $t[26] = 3.53$, $p < .000$), ineficacia ($M = 3.04$, $DE = 1.42$, $t[26] = 6.00$, $p < .000$) y autoestima negativa ($M = 13.44$, $DE = 3.38$, $t[26] = 5.34$, $p < .000$). La autoestima positiva se elevó significativamente ($M = 30.15$, $DE = 3.52$, $t[26] = -7.30$, $p < .000$), y la variable alteración corporal, que no había tenido cambios estadísticamente significativos en la medición pre y postintervención, ahora sí los tuvo ($M = .04$, $DE = .19$, $t[26] = 2.59$, $p < .000$).

Asimismo, se analizó el tamaño del efecto con las mediciones de las variables previas a la intervención y las del primer seguimiento, hallándose que en la variable alteración corporal el tamaño del efecto fue mediano (.70), mientras que en las demás variables nuevamente se obtuvo un índice mayor que .80, lo que indica que la intervención resultó eficaz.

Los resultados del seguimiento a los seis meses, al que asistieron 25 participantes, indicaron que los cambios favorables de la intervención se mantuvieron. Hubo disminución estadísticamente significativa en alteración corporal ($M = .04$, $DE = .20$, $t[24] = 2.82$, $p < .000$), insatisfacción corporal ($M = .68$, $DE = 1.06$, $t[24] = 6.66$, $p < .000$), conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.53$, $DE = .53$, $t[24] = 10.02$, $p < .000$), dieta crónica restrictiva ($M = 1.29$, $DE = .41$, $t[24] = 6.08$, $p < .000$), conciencia interoceptiva ($M = 2.32$, $DE = 2.79$, $t[24] = 6.08$, $p < .000$), miedo a la madurez ($M = 3.64$, $DE = 2.73$, $t[24] = 4.59$, $p < .000$), ineficacia ($M = 2.92$, $DE = 1.28$, $t[24] = 5.58$, $p < .000$) y autoestima negativa ($M = 12.80$, $DE = 3.34$, $t[24] = 5.85$, $p < .000$). Además, hubo un aumento estadísticamente significativo en autoestima positiva ($M = 30.60$, $DE = 3.48$, $t[24] = -7.37$, $p < .000$).

Una vez más, se analizó el tamaño del efecto, ahora con los valores pretratamiento y los del segundo seguimiento, siendo los resultados similares a los del primero. En la variable alteración cor-

poral, el tamaño del efecto fue mediano (.66), y en las demás variables se obtuvo un índice mayor a .80, lo que muestra la eficacia del tratamiento. Por lo anterior, se puede afirmar que los resultados sig-

nificativos se mantuvieron seis meses después de la intervención en todas las variables analizadas, de modo que las participantes continuaban sin presentar factores de riesgo asociados con los TCA.

Tabla 2. Resultados pre y postintervención, pruebas estadísticas de significancia y de hipótesis de trabajo.

Variables	Preintervención (DE) 1	Postintervención M(DE) 2	Valores de prueba t 3	Tamaño del efecto ^a 4
1. Alteración corporal	.43 (.72)	.17(.46)	1.16	-
2. Insatisfacción corporal	2.80 (1.49)	.53 (1.19)	6.37**	1.71
3. Conducta alimentaria compulsiva	3.43 (.85)	1.43 (.28)	13.05**	3.2
4. Dieta crónica restrictiva	2.71 (.99)	1.16 (20)	8.53**	2.19
5. Conciencia interoceptiva	11.67 (6.78)	1.23 (2.14)	8.37**	2.11
6. Miedo a la madurez	9.87 (5.24)	2.73 (1.33)	4.86**	1.21
7. Ineficacia	9.40 (5.47)	4.23 (2.81)	7.56**	1.9
8. Autoestima positiva	22.27 (4.18)	30.17 (3.31)	8.01**	2.13
9. Autoestima negativa	20.27 (5.11)	12.97 (3.20)	7.21**	1.74

Prueba de Hipótesis: Se rechaza la H_1 con respecto a la variable 1 (alteración corporal) y se acepta la H_0 .

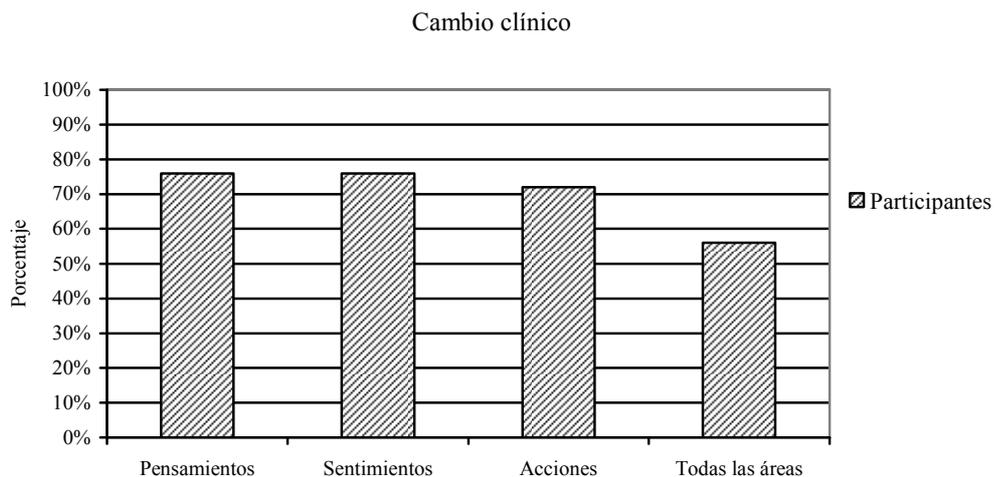
Los resultados de las columnas 2 a 5 permiten confirmar la H_1 para las variables 2 a 9 y rechazar las H_0 respectivas.

Notas: ^a El tamaño del efecto se obtuvo con las diferencias del postratamiento. Los valores $> .80$ indican que el tamaño del efecto es grande (Cohen, 1988). ** $p < .01$.

Ahora bien, de acuerdo con algunos autores, se considera que las participantes mejoran clínicamente cuando al final del tratamiento logran incrementar 20% en cada una de las áreas medidas. Así que, con el propósito de averiguar si –al igual que en el análisis estadístico– había una mejoría de índ-

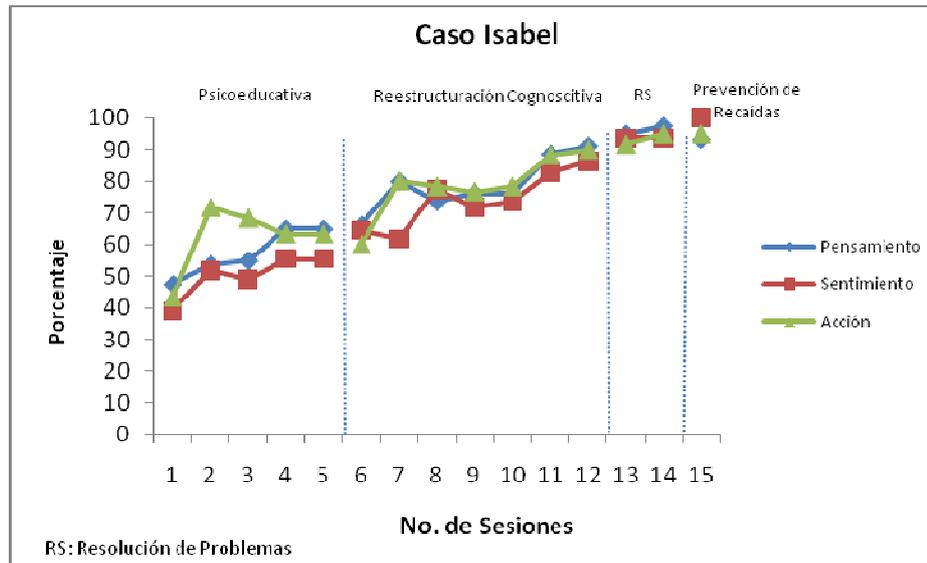
le clínica, se presenta la gráfica de cada paciente de forma semanal (medidas repetidas), donde se pueden observar los cambios en cuanto a pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con las CAR (Gráfica 1).

Figura 1. Cambio clínico de las participantes por área.



El caso de Isabel ejemplifica el avance logrado en cada una de las sesiones del programa de intervención, quien aumentó su porcentaje en las tres

áreas medidas de la siguiente manera: pensamientos, 45.83%; sentimientos, 60.91%, y acción, 31.67% (Figura 2).

Figura 2. Medición semanal de Isabel.

Por último, respecto a la intervención nutricional, se observó mediante el análisis del contenido de las sesiones nutricionales plasmadas en los formatos antes mencionados y de los diarios de alimentación que llenaron las pacientes semanalmente, que las nutriólogas, al enseñar a las participantes los diferentes tipos de alimentos y sus beneficios, hicieran que estas modificaran sus pensamientos irracionales en lo tocante a los alimentos “prohibidos”. Además, el que les enseñaran a través del método de equivalentes cómo equilibrar su alimentación promovió que las jóvenes pudieran poner en práctica sus propios menús y se alimentaran con la variedad requerida, es decir, no solo carbohidratos y grasas en el caso de las jóvenes que comían compulsivamente o, por el contrario, alimentos ligeros en el caso de las mujeres que restringían su alimentación.

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este trabajo fue comprobar si la intervención cognitivo-conductual, combinada con el apoyo nutricional, disminuía las conductas alimentarias de riesgo. De acuerdo con los resultados de esta investigación, las participantes modificaron la actitud hacia su propio cuerpo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Fairburn, Jones, Peveller y cols. (1991), en cuanto a que las participantes con bulimia nervosa modificaron los pensamientos y sentimientos relacio-

nados con su imagen corporal al finalizar la terapia. Por su parte, Heatherton y Polivy (1992) han encontrado que la insatisfacción y la distorsión corporal son precursores de las dietas restrictivas, las cuales pueden desembocar en un trastorno de la conducta alimentaria. La intervención, así, redujo estos dos factores de riesgo, por lo que puede ser una opción eficaz para prevenir el desarrollo de tales trastornos.

Asimismo, las participantes en esta investigación disminuyeron sus conductas alimentarias de riesgo (conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva), reestructurando los pensamientos negativos hacia los alimentos y modificando sus hábitos alimentarios, ya que al finalizar el tratamiento más de la mitad se encontraba dentro de un índice de masa corporal normal. La conciencia interoceptiva tuvo cambios estadísticamente significativos, y de igual manera se promovieron sentimientos de autoeficacia, pues al finalizar el tratamiento la ineficacia tuvo una disminución estadísticamente significativa (ver Tabla 2). Dichos resultados concuerdan con los de Ljotsson, Lundin, Mitsell y cols. (2007) al aplicar la terapia cognitivo-conductual en pacientes con bulimia nervosa y síndrome de atracón, observándose que ambas variables mostraron cambios favorables, toda vez que el porcentaje de significancia clínica alcanzado fue de 15 y 32%, respectivamente.

Los resultados también mostraron una disminución estadísticamente significativa en el miedo

a la madurez. Este dato se corrobora con la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a pacientes con bulimia nervosa, por la cual 44% de la muestra remitió el trastorno de conducta alimentaria (cfr. Bailer, Zwaan, Leisch y cols., 2004). De igual modo, la autoestima positiva de las participantes aumentó, lo cual se observó en el cuestionario "Yo como persona", siendo congruente este resultado con los obtenidos por Thiels, Schmidt, Treasure, Garthe y Troop (1998), quienes sustentaron la efectividad de la mencionada terapia y de las guías de autoayuda con apoyo terapéutico para pacientes con bulimia nervosa.

En conclusión, los resultados aquí plasmados muestran que este tipo de intervención para

las conductas alimentarias de riesgo contribuye a la prevención de los trastornos, evitando las consecuencias físicas y psicológicas de los mismos y, por lo tanto, permitiendo reducir eficazmente sus costos sociales. Finalmente, debe señalarse que las principales limitaciones de este estudio residen en la imposibilidad de generalizar los resultados a la población debido a que el muestreo no fue aleatorio y a que el diseño no incluyó un grupo control. Sin embargo, lo alentador de los resultados obtenidos hace posible esperar que la realización de nuevos estudios superen estas limitaciones al replicar y extender los resultados aquí reportados.

REFERENCIAS

- Andersen, A.E., Morse, C. y Santmyer, K. (1985). Inpatient treatment for anorexia nervosa. En D. N. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.): *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 134-143). New York: Guilford Press.
- Bailer, U., Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., Gianal, N., Hornik, K. y Kasper, S. (2004). Guided self-help vs. cognitive behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522-537.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- De la Vega, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2008). *Guía de entrevista individual*. Manuscrito no publicado. México: UNAM.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Soloman, C.G., O'Connor, M.E., Burton, J. y Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- García G., E., Vásquez V., V., López A., J. y Arcila M., D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45(3), 206-210.
- Garner, D.M. (1991). *Eating disorder inventory – 2. Professional Manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Gómez-Péresmitré, G. (1993). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 185-198.
- Gómez-Péresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Conferencia presentada en el 450 Aniversario de la UNAM. México: Antigua Escuela de Medicina.
- Grave, R.D., Bohn, K., Hawker, D.M. y Fairburn, C.G. (2008). Day patient and two forms of outpatient CBT-E. En C.G. Fairburn (Ed.): *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 231-244). New York: Guilford Press.
- Heatherton, F.T. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, E. F. Hobfold y M. P. Parris (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp.133-149). Washington, DC: Hemisphere.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Normative comparisons in therapy outcome. *Behavior Assessment*, 10, 147-158.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M. y Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649-661.
- Mcintosh, V.V., Jordan, J., Carter, F. y Luty, S. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 1(4), 741-747.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*. Disponible en línea: http://campusvirtual.suissedu.org/index.php?option=com_contentyview=categoryylayout=blogyid=1yItemid=84 (Recuperado el 21 de enero de 2011).
- Pale, M.L. (1997). Modelos de alimentos para la orientación alimentaria. *Registro CMN*, 97/003.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *The American Psychologist*, 40(2), 193-201.

- Pritchard, B.J., Bergin, J.L. y Wade, T.D. (2004). A case series evaluation of guided self-help for bulimia nervosa using a cognitive manual. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 144-156.
- Reidl M., L. (2002). *Yo como persona. Escala Psicológica de Autoestima*. Disponible en red: <http://es.scribd.com/doc/61775119/AUTOESTIMACION-de-lucy-Reidl> (consultado el 13 de noviembre de 2010).
- Ricca, V., Mannucci, E., Zucchi, T., Rotella, C. y Faravelli, C. (2000). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 287-295.
- Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R. y Troop, N. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *The American Journal of Psychiatry*, 155(7), 947-953.
- Unikel, C., Bojórquez C., I., Villatoro, J., Fleiz, C. y Medina-Mora., M.E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-29.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántar, E. y Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Waller, G. (2005). Treatment of bulimia nervosa. *Psychiatry*, 4(4), 18-22.
- Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Mickley, D., Sysko, R. y Parides, M.K. (2004). Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 556-561.
- Whittal, M.L., Agras, W.S., y Gould, R.A. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.