Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Nutrición Clínica Integral

Tesis

Programa de intervención para la prevención de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de educación media superior.

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Nutrición Clínica Integral

Presenta:
LN Aldana Soledad Villalba

Dirigido por:
Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha Presidente	_____ Firma
Dra. Beatriz Garza González Secretario	_____ Firma
Dra. María del Carmen Caamaño Pérez Vocal	_____ Firma
MNH. Laura Regina Ojeda Navarro Suplente	_____ Firma
Dr. Óscar Martínez González Suplente	_____ Firma

Dr. José Guadalupe Gómez Soto Director de la Facultad	Dr. Manuel Toledano Ayala Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Santiago de Querétaro, Qro.
Octubre, 2024
México

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

La presente obra está bajo la licencia:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada , brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales .

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son comportamientos compensatorios o compulsivos que anteceden a los trastornos alimentarios (Unikel et al., 2017). La teoría de la disonancia cognitiva (DC) se basa en la discordancia entre las actitudes y conductas realizadas (Stice et al., 2008). Esta tiene efectos positivos sobre las CAR ya que fomenta cambios en las conductas (Pérez et al., 2010). El objetivo del presente trabajo fue diseñar e implementar una intervención educativa basada en la teoría de la disonancia cognitiva dirigida a prevenir conductas alimentarias no saludables en estudiantes de educación media superior, de los planteles de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) dentro del municipio de Querétaro. Hubo una participación de 512 mujeres y 314 hombres de 15 a 19 años (media 15.97± 0.77). De manera aleatoria se distribuyeron en grupo control (GC) e intervención (GI). Al GI se le impartieron diez sesiones educativas basadas en la teoría de la DC. Al GC se le brindó una charla sobre CAR. Se aplicó el cuestionario breve para CAR (Unikel et al., 2004): pre-test, post-test y a los 90 días post intervención un test de seguimiento. Para el análisis de los datos se utilizó medidas de tendencia central y T Student. El 50.7% presentaron CAR (28.2% moderado; 22.5% alto). La media de las CAR del GI disminuyó significativamente en comparación con el GC en el post-test (p<0.001), sin embargo esta diferencia estadística no permaneció en el test seguimiento (p= 0.79). Basados en los resultados de post test se concluye que las intervenciones educativas basadas en la teoría de la DC son una herramienta eficaz para prevenir las CAR en estudiantes de educación media superior sin embargo se requieren sesiones de reforzamiento para generar un compromiso conductual en los participantes, por lo que se sugiere su implementación en intervenciones futuras.

Palabras clave: trastornos alimentarios, adolescentes, disonancia cognitiva, anorexia, bulimia.

SUMMARY

Risk Eating Behaviors (REB) are compensatory or compulsive behaviors that precede Eating Disorders (Unikel et al., 2017). The theory of Cognitive Dissonance (CD) is based on the discordance between attitudes and behaviors performed (Stice et al., 2008). This theory has positive effects on REB because it encourages changes in behaviors (Pérez et al., 2010). The objective of this study was to design and implement an educational intervention based on the theory of cognitive dissonance aimed at preventing unhealthy eating behaviors in high school students from the campus of the “Universidad Autónoma de Querétaro” in the municipality of Queretaro. There was a participation of 512 females and 314 males aged 15 to 19 years (mean 15.97± 0.77). They were randomly distributed into control group (CG) and intervention group (IG). The IG was given ten educational sessions based on the CD theory. The CG has been received an informative session about CAR. The brief questionnaire about CAR (Unikel et al., 2004) was applied as: pre-test, post-test and at 90 days post-intervention as a follow-up test. For data analysis it was used measurements of central tendency and T Student. A total of 50.7% exhibited REB (28.2% moderate; 22.5% high). The mean REB value of the IG decreased significantly compared to the CG in the post-test (p<0.001), however this statistical difference did not remain in the follow-up test (p= 0.79). Based on the result of the post-test it is concluded that educational interventions based on CD theory are an effective tool to prevent REB in high school students, however it is required aditional sessions to created behavioral commitment on the participants so its application in future interventions is suggested.

Key words: eating disorders, adolescents, cognitive dissonance, anorexia, bulimia.

DEDICATORIAS

Le dedico este trabajo a mi esposo, quien me apoyó y me impulsó a seguir estudiando y prepararme en la carrera que elegí y sigo eligiendo.

Se lo dedico a mi mamá que aunque se encuentre del otro lado del continente, me trasmite su orgullo y apoyo hacia mí.

A mi papá, que aunque ya no forma parte de este mundo y no pudo verme recibirme en la licenciatura, sé que estaría orgulloso de mí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a CONAHCYT por el apoyo brindado durante la realización de este proyecto. También estoy muy agradecida con la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), que junto con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) me apoyaron para la continuación de mis estudios.

A la Universidad Autónoma de Querétaro, institución que me acogió en estos dos años y me formó para ser una excelente profesional.

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha, quien me enseño desde su experiencia a mejorar cada día y pulir el trabajo con excelencia y dedicación. Agradezco su paciencia, por confiar en mis capacidades y apoyarme en cada paso.

Agradezco también a la Dra. Beatriz Garza González, quien no dudo en compartirme los conocimientos de su larga trayectoria y me transmitió el deseo de enseñar con cariño y paciencia.

Dra. Ma. Carmen Caamaño, además de guiarme como parte de mi sínodo, tuve el privilegio de ser su alumna y con generosidad me enseñó la importancia de utilizar las herramientas estadísticas con pertinencia.

Dra. Laura Ojeda y Dr. Oscar Martínez González, agradezco su tiempo empleado en guiarme en el escrito de la tesis, sus valiosas aportaciones y por motivarme a enriquecer mi trabajo.

Un agradecimiento especial a la Escuela de Bachilleres, principalmente a los planteles Bicentenario, Norte y Sur de la UAQ, por permitirme realizar el estudio en sus instalaciones y a los estudiantes, quienes me enseñaron más de lo que ellos aprendieron de mí.

ÍNDICE

RESUMEN I
SUMMARY II
DEDICATORIAS III
AGRADECIMIENTOS IV
ÍNDICE V
ÍNDICE DE TABLAS VI
ÍNDICE DE FIGURAS VII
I INTRODUCCIÓN 1
II REVISIÓN DE LA LITERATURA 3
2.1 Adolescencia y trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos 3
2.2 Conductas alimentarias de riesgo 12
2.3 Insatisfacción corporal 14
2.4 Estudios previos 15
2.5 Disonancia cognitiva 18
III OBJETIVOS 20
IV HIPOTESIS 21
V METODOLOGÍA 22
5.1 Tipo y diseño de estudio 22
5.2 Universo y muestra 22
5.3 Criterios de selección 23
5.4 Plan de recolección de datos 23
5.5 Análisis estadísticos 28
5.6 Ética del estudio 29
VI RESULTADOS Y DISCUSIÓN 30
VII CONCLUSIONES 47
VIII REFERENCIAS 49
ANEXOS 57

ÍNDICE DE TABLAS

2.1 Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio 16

2.2 Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio 16

5.1 Distribución de participantes por plantel y grupo 23

6.1 Distribución de los participantes por plantel, turno, semestre y sexo..... 30

6.2 Objetivos y competencias planteadas en la intervención educativa 31

6.3 Relación de conductas alimentarias de riesgo por sexo en cada plantel 34

6.4 Conductas alimentarias de riesgo por sexo 35

6.5 Resultado de resta de figura actual vs figura ideal en relación a insatisfacción positiva y negativa 37

6.6 Instrumento de insatisfacción corporal en relación al sexo 38

6.7 Relación de figura actual e ideal por sexo 40

6.8 Relación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal 41

6.9 Conductas alimentarias de riesgo de pre-test vs post-test por grupo 42

6.10 Conductas alimentarias de riesgo de pre-test vs post-test por grupo..... 43

6.11 Conductas alimentarias de riesgo en el pre-test vs post-test por grupo..... 45

6.12 Conductas alimentarias de riesgo en el pre-test vs test de seguimiento por grupo 45

6.13 Insatisfacción corporal por grupo en pre-test, post-test y seguimiento..... 46

ÍNDICE DE FIGURAS

5.1 Ruta crítica de la estrategia aplicada para el trabajo de campo.....26
6.1 Porcentaje de insatisfacción corporal 37
6.2 Estado nutricional de figura actual e ideal seleccionadas por sexo 39

I. INTRODUCCIÓN

Las Conductas alimentarias de riesgo (CAR) engloban un conjunto de comportamientos como atracones (comer de manera desmedida), dietas restrictivas, utilización de laxantes, enemas, diuréticos o anorexígenos, actividad física excesiva y vómito autoinducido. Si bien, las CAR no cumplen con los criterios para ser consideradas un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos, sí se reconocen como un paso previo para llegar a este (Unikel Santoncini et al., 2017). Es de suma relevancia prevenir este tipo de conductas, ya que lo que en un inicio fue una CAR, con el paso del tiempo puede tornarse un trastorno alimentario y de la ingestión de los alimentos y las consecuencias podrían ser graves, puesto que el trastorno mental asociado a una mortalidad superior es la anorexia nerviosa, y la muerte prematura está relacionada a complicaciones médicas o al suicidio (OMS, 2021).

Con respecto a la prevalencia de las CAR, si se compara los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) continua 2022 en adolescentes de 14 a 19 años con respecto al estudio observacional realizado en estudiantes de educación media superior pública de Querétaro, México; resulta que en esta última los valores de CAR son 12.8 puntos porcentuales por arriba de lo reportado por la ENSANUT continua 2022 (Bajeca Serrano et al., 2020; Villalobos Hernández et al., 2023) por lo que es de suma importancia prevenir este tipo de conductas por medio de intervenciones educativas.

En el marco de las intervenciones educativas para la prevención de la CAR en adolescentes, destacan aquellas basadas en la teoría de disonancia cognitiva (DC), la cual se ha demostrado a través de la evidencia científica, que muestran efectos positivos en la prevención y control de este tipo de conductas no saludables, manteniendo su efecto positivo hasta los tres años posterior a la intervención (Pérez et al., 2010; Stice et al., 2008).

Un estudio al respecto reportó que los programas de intervención basada en la DC para prevenir trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en alumnos universitarios mexicanos, disminuyó las CAR 1.78 puntos porcentuales con respecto al pre-test vs post-test y 2.43 puntos porcentuales con respecto al pre test y el seguimiento a un año posterior a la intervención (Unikel Santoncini et al., 2019). De ahí que, se considera que es de suma importancia realizar una intervención de educación nutricional (EN) en los alumnos de educación media superior, ya que son un grupo de riesgo de CAR y la evidencia respalda que la teoría de DC ha tenido resultados favorables en la prevención de trastornos alimentarios.

Desde esta perspectiva, el nutriólogo juega un papel fundamental en dichas intervenciones, tanto en pacientes diagnosticados con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, como en grupos identificados con riesgo (Loria Kohen et al., 2021). La finalidad de la EN es modificar la conducta alimentaria para alcanzar patrones más saludables por lo que es importante desarrollar programas de enseñanza nutricional (Castro Alija et al., 2022).

A razón de lo anterior, se planteó diseñar y validar una intervención educativa basada en la teoría de la disonancia cognitiva para prevenir conductas alimentarias no saludables en estudiantes de educación media superior, de los planteles de la Universidad Autónoma de Querétaro: Bicentenario, Sur y Norte.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación se especifica la revisión de la literatura más relevante con respecto a las variables adolescencia, trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal y disonancia cognitiva.

2.1 Adolescencia y trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

La adolescencia es una etapa en que se experimentan cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia. Todos estos factores pueden predisponer a que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Los trastornos alimentarios suelen aparecer durante la adolescencia y la juventud. Este tipo de trastornos se presentan con comportamientos alimentarios anormales y preocupación por la comida y, en la mayoría de los casos, por el peso y la figura corporal (OMS, 2021).

A nivel mundial la prevalencia de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en las mujeres es de 5.7% (0.9 – 13.5%) y en los hombres es de 2.2% (0.2 - 7.3%). “Por continentes, la menor prevalencia de los TCA se observa en Europa: 2.2 % (0.2-13.1 %), seguida de Asia: 3.5 % (0.6-7.8 %) y de América: 4.6 % (2.0-13.5 %)” (Arija Val et al., 2022, p. 12).

La prevalencia de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en México es incluso mayor a la prevalencia mundial. Se determina que el 25% de los adolescentes mexicanos lo padecen en diferentes grados y menos del 10% está bajo tratamiento. Generalmente se presenta en asociación con otras patologías como la ansiedad, depresión y estrés postraumático. Asimismo, por cada hombre hay diez mujeres que padecen estos trastornos (Secretaria de Salud, 2023) y es de su importancia conocer los criterios diagnósticos de cada uno.

A continuación se especifican los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 (por su sigla en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 189-197):

***Pica*:**

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Trastorno de rumiación:

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

***Trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos*:**

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

***Anorexia nerviosa*:**

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m2

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m2

Grave: IMC 15–15,99 kg/m2

Extremo: IMC < 15 kg/m2

***Bulimia nerviosa*:**

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Trastorno de atracones:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado:

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos

especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por

normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

2.2 Conductas alimentarias de riesgo.

De acuerdo con Osorio et al. (2002) “la conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos” (p. 280). Sin embargo se ha podido observar la presencia de conductas alimentarias no saludables o de riesgo que pueden llegar a afectar la salud del individuo.

Al respecto, Unikel Santoncini et al. (2017) señalan “Las CAR son conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los TCA [Trastorno de la Conducta Alimentaria], pero no cubren sus criterios diagnósticos” (p. 41). Por lo

tanto, las CAR son consideradas como un factor de riesgo que puede favorecer el desarrollo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y es importante conocer la prevalencia de CAR en la población.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta que la prevalencia de las CAR de los adolescentes mexicanos ha aumentado significativamente. En un análisis comparativo de ENSANUT 2006 vs ENSANUT 2018/19 realizado por Villalobos Hernández et al. (2020) señalan un aumento de CAR normativas de 3.8 puntos porcentuales y las CAR no normativas de 9.8 puntos porcentuales. Las CAR normativas se refieren a acciones recomendadas para prevenir la obesidad y las CAR no normativas hace referencia a las acciones que no se recomiendan. También es importante recalcar que el aumento de CAR se dio en todos los grupos de índice de masa corporal (IMC).

En la ENSANUT 2018/19 (Shamah Levy et al., 2020) se reportó que el 1.3%, de los adolescentes encuestados presentaban CAR (1.9% en mujeres y 0.7% en hombres). Mientras que en la ENSANUT continua 2022 (Villalobos Hernández et al., 2023), se encontró que el 1.6% de los adolescentes de 10 a 19 años presentó CAR (2.0% en mujeres, 1.2% en hombres). Tanto en la ENSANUT 2018/19 como la ENSANUT continua 2022, se encontró una mayor prevalencia de CAR en el grupo de 14 a 19 años (1.8% ENSANUT 2018/19 y 2.3% ENSANUT continua 2022) (Shamah Levy et al., 2020; Villalobos Hernández et al., 2023).

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana reportadas en la ENSANUT 2018/19 fueron: preocupación por engordar (3.8% hombres y 7.7% mujeres), comer demasiado (5.2% hombres y 6.0% mujeres) y perder el control sobre lo que se come (2.2% hombres y 2.9% mujeres). Se recalca la importancia de implementar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, como son las intervenciones basadas en la disonancia cognoscitiva (Shamah Levy et al., 2020),

reconocer las CAR e identificar cuáles son los factores de riesgo es el punto de partida a la prevención.

Con respecto a los factores de riesgo de desarrollar CAR, los padres juegan un papel preponderante ya que los comentarios negativos en relación con el peso y la figura corporal que proviene de estos, se asoció con conductas alimentarias desordenadas en adultos jóvenes receptores de esos comentarios (Díaz de León Vázquez y Unikel Santoncini, 2019). Otros factores sociodemográficos y psicosociales capaces de predecir CAR es la insatisfacción corporal, la depresión y el ser mujer (Caldera Zamora et al., 2019).

Un estudio realizado al respecto en estudiantes universitarios en ciudad de México analizaron factores de riesgo de CAR (779 mujeres y 570 hombres) donde reportaron frecuencia moderada de CAR de 23% en las mujeres y 22,1% en los hombres, y frecuencia alta de CAR de 10,1% de mujeres y 6,7% en hombres. Dentro de los factores que aumentaron el riesgo de CAR en esta población, en mujeres se encontró: insatisfacción corporal (OR= 5.4), afecto negativo (OR= 3.8), interiorización del ideal de delgadez (OR= 3.6) y practicar algún deporte (OR= 3.4). Con respecto a los hombres se reportó lo siguiente: haber recibida burlas (OR= 10.2), motivación por la musculatura (OR= 3.4), índice de masa corporal (OR= 3.5) y practicar algún deporte (OR= 3.1) (Díaz de León Vázquez et al., 2019).

2.3 Insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal o la imagen corporal negativa es uno de los factores de riesgo de CAR recurrentes en los hallazgos presentados en diferentes estudios (Caldera Zamora et al., 2019; Díaz de León Vázquez et al., 2019; Pineda García et al. 2010). La insatisfacción corporal se atribuye a una discordancia entre la percepción de la imagen corporal y su imagen idealizada (De Almeida et al., 2005). Las personas con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos presentan mayor insatisfacción corporal en comparación a personas que no

padecen dichas patologías, los pacientes con trastornos por atracones han presentado mayor preocupación por la forma y el peso corporal que aquellos sin ese trastorno y con el IMC similar (Lewer et al., 2017). También se observa que la insatisfacción corporal se ha encontrado incluso en personas eutróficas y la insatisfacción no solo se manifiesta por querer subir o bajar de peso, sino también por la estructura corpórea, la forma corporal o la distribución de tejido adiposo en el cuerpo (Silva et al., 2019). Se ha identificado una correlación fuerte y positiva entre las variables insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo ($r=0.739$; $p< 0.001$) (Galván Bárcenas et al., 2023).

2.4 Estudios previos.

Con respecto a la prevalencia de CAR en Querétaro, en un estudio realizado en 633 estudiantes de nuevo ingreso de una institución de educación superior de Querétaro, México (el 45% hombres; 55% mujeres), se reporta que 8,4% presentaban riesgo de desarrollar un trastorno alimentario; dentro de las conductas alimentarias no saludables identificadas las más prevalentes fueron: comer demasiado o atascarse de comida (68,4%), preocupación por engordar (67,6%) y el realizar ejercicio para no ganar peso (61,9%) (Ortiz Estrella, 2016).

En otro estudio observacional realizado en estudiantes de educación media superior pública de Querétaro, México, en población de 14 a 19 años de ambos sexos se reporta que el 19,7% de la población estudiada (21,3% hombres, 18,1% mujeres) presentaron un riesgo moderado de CAR y el 15,1% (13,3% hombres, 16,6% mujeres) un riesgo alto de CAR (Tabla 1) (Bajeca Serrano et al., 2020).

Tabla 1 ***Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio.***

Conductas alimentarias de riesgo	General (n= 385)		Hombres (n=187)		Mujeres (n=198)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	251	65.2	122	65.2	129	65.1
Riesgo moderado	76	19.7	40	21.3	36	18.1
Riesgo alto	58	15.1	25	13.3	33	16.6

Nota: Tomado de Bajeca Serrano et al. (2020).

Asimismo, se realizó un estudio cuasiexperimental que evaluó el efecto de una intervención educativa sobre hábitos de alimentación y estilos de vida saludables en estudiantes de primer semestre de educación media superior público de Querétaro, México (Barajas Arteaga et al., 2018). Participaron estudiantes de 14 a 17 años, en los cuales se encontró una prevalencia de 19,5% de CAR. Los datos presentados en la Tabla 2 respaldan lo mencionado. En cuanto a los resultados obtenidos en la intervención educativas se reporta que: “las conductas no saludables disminuyeron significativamente en el grupo de intervención en las dimensiones de ejercicio y actividad física ($p<0.001$), tiempo de ocio ($p<0.001$), alimentación ($p<0.001$), habilidades interpersonales ($p=<0.001$), afrontamiento ($p=<0.005$) y estado emocional percibido ($p=0.003$)”.

Tabla 2 ***Conductas alimentarias de riesgo de la población de estudio***

Conductas alimentarias de riesgo	General (n= 128)		Hombres (n=53)		Mujeres (n=75)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	103	80.5	45	84.9	58	77.3
Riesgo moderado	14	10.9	3	5.7	11	14.7
Riesgo alto	11	8.6	5	9.4	6	8.0

Nota: Tomado de Barajas Arteaga et al. (2018).

Ahora bien, en lo que respecta a programas preventivos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos es importante destacar aquellos

basados en la teoría de la disonancia cognitiva (DC) (Ruiz Lázaro et al., 2022). Se ha visto que los efectos positivos en la prevención de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos con la teoría DC se ha mantenido a los cinco meses y al año de seguimiento, reduciendo la insatisfacción corporal, restricción dietética, internalización del ideal de la delgadez, el uso de los medios como fuente de información sobre la belleza y la restricción alimentaria (Pérez et al., 2010). En otro estudio con seguimiento de tres años se reporta una disminución significativa en la internalización del ideal de delgadez y el riesgo de padecer un trastorno alimentario en la población estudiada (Stice et al., 2008).

En cuanto a estudios previos que han implementado la teoría de DC en México, el estudio realizado por Pineda García et al., (2010) con un seguimiento de tres meses posterior a la intervención en 43 mujeres adolescentes en el que se comparó la eficacia de la teoría basada en la DC con respecto a un programa preventivo de psicoeducación, reporta que ambos producen reducciones estadísticamente significativas en la insatisfacción corporal pero en la variable dieta restringida la teoría basada en la DC produjo una mayor disminución en el riesgo.

Asimismo, se desarrolló un programa de prevención de la conducta alimentaria en alumnos universitarios mexicanos basado en la técnica de disonancia cognitiva para trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se realizó un pre-test (133 participantes), post-test (110 participantes) y seguimiento 1 año luego de la intervención (74 participantes) y se pudo verificar que las CAR fueron disminuyendo respectivamente de 5,23 a 3,45 y finalmente 2.8 (Unikel Santoncini et al., 2019).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental en dos preparatorias privadas en Hidalgo, México. Su objetivo fue evaluar los efectos de un programa universal de prevención de CAR, internalización del ideal de delgadez, el deseo de musculatura y el sedentarismo en adolescentes. El

programa que se aplicó se basó en la teoría de disonancia cognitiva y el “programa de alimentación, estética, modelos femeninos y medios”. La muestra inicial fue de 523 adolescentes de 15 a 19 años, sin embargo, luego de un año de seguimiento se perdió el 32.5% de la población, resultando un total de 353 participantes. Los participantes que permanecieron en el estudio (grupo control 158 y grupo intervención 195), obtuvieron en el pre-test CAR altas de 5.54 en el grupo intervención y 5.79 en el grupo control; luego de un año de seguimiento las CAR altas fueron de 4.24 en el grupo intervención y 6.14 en el grupo control. El estudio concluye que las CAR disminuyeron significativamente en el grupo intervención con respecto al grupo control (Saucedo Molina et al., 2023).

2.5 Disonancia cognitiva.

El concepto de DC fue acuñado por el psicólogo Leon Festinger en 1957 en su libro titulado *A Theory of Congnitive Dissonance*. Para entender este concepto, resulta relevante comprender que todas las personas procuran lograr una consistencia interna de sus opiniones y actitudes. Las inconsistencias son nombradas “disonancia cognitiva” que resultan incomodas y los sujetos buscan nuevamente la coherencia interna (Festinger, 1957). Con esta teoría se busca crear disonancia con acciones que alientan la crítica a los factores de riesgo del trastorno por parte de los participantes, reduciendo la internalización del ideal de delgadez, conduciendo a la disminución de los factores de riesgo y síntomas asociados a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Stice et al., 2009).

Para poner en práctica la teoría de disonancia cognitiva en la generación de programas educativos, a la hora de plantear las actividades, se debe tener en cuenta cuáles son las condiciones necesarias para que la DC se manifieste con fuerza en los participantes, en primera instancia debe existir una discrepancia entre la conducta y la actitud de los participantes, la otra condición es que la nueva elección actitudinal tomada debe ser de público conocimiento, la persona atribuya

sus cambios a una elección personal y ese cambio no se explique por utilización de recompensas o castigos. Finalmente debe haber una activación fisiológica displacentera atribuida a la conducta contractitudinal. Además de tomar en cuenta las condiciones antes mencionadas, se debe animar a los participantes a realizar una pequeña conducta al inicio para propiciar que en un futuro acepten y realicen una conducta más costosa. Se podrá implementar incentivos, siempre y cuando sean los mínimos suficientes para ser eficaces, para permitir al participante que decida y se responsabilice de la conducta que tome. Se puede elogiar a los estudiantes para resaltar sus logros ya que tiene un efecto positivo en el rendimiento y la actitud hacia la tarea. Es importante evitar las amenazas o castigos, la supervisión o vigilancia de la actividad, la imposición de plazos y metas ya que disminuye el rendimiento de los partícipes (Fernández Sedano et al., 2004).

III. OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar una intervención educativa basada en la teoría de la disonancia cognitiva dirigida a prevenir conductas alimentarias no saludables en estudiantes de educación media superior, de los planteles de la Universidad Autónoma de Querétaro dentro del municipio de Querétaro.

Objetivos específicos:

1. Diseñar una intervención educativa con base en los preceptos de la teoría de la disonancia cognitiva.
2. Implementar la intervención educativa para su validación.
3. Medir la eficacia de la intervención educativa con base en los resultados obtenidos en las CAR y la insatisfacción corporal a partir del pre-test, post-test y seguimiento.

IV. HIPOTESIS

Una intervención educativa basada en la teoría de disonancia cognitiva disminuirá las conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de educación media superior.

V. METODOLOGIA

5.1 Tipo y diseño de estudio.

Estudio cuasiexperimental de alcance descriptivo, longitudinal.

5.2 Universo y muestra.

El universo estuvo conformado por la población estudiantil los planteles de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ): Bicentenario (580 estudiantes), Sur (2046 estudiantes) y Norte (2362 estudiantes). Este estudio se realizó con un grupo control y grupo intervención.

El tamaño de la muestra se determinó mediante el cálculo para comparar dos o más medias con igual variabilidad o desviación estándar de un universo de 4988 adolescentes. Se tomó como referente el estudio de Unikel Santoncini et al. (2019) en el cual se reporta una disminución de CAR del 1% después de implementar un programa de prevención de CAR en alumnos universitarios mexicanos, fundamentado en la técnica de disonancia cognitiva. Considerando un error alfa de 5%, un poder estadístico de 80% para detectar una diferencia de medias de CAR de uno entre dos muestras con una desviación estándar de 5%. El número de sujetos requerido por grupo fue de 393 (control e intervención respectivamente) y con un porcentaje esperado de casos perdidos de 5% arrojando un total de 413 participantes por grupo. El intervalo de confianza fue del 95%, obteniéndose para este estudio una muestra de 826 participantes los cuales quedaron distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1 ***Distribución de participantes por plantel y grupo.***

Plantel	Control	Intervención
Bicentenario	49	47
Norte	192	192
Sur	174	172
Total	415	411

El marco muestral se obtuvo a través de un muestreo proporcional de cada uno de los planteles participantes. La selección de las unidades de análisis se hizo a través de un muestreo aleatorio estratificado separando a la muestra en CAR bajo, moderado y alto.

5.3 Criterios de selección.

Inclusión: estudiantes (hombres y mujeres) inscritos en el ciclo escolar 2023-1 en los diferentes semestres de la escuela de bachilleres; de 14 a 19 años, que aceptaron participar en el estudio previo asentimiento informado y consentimiento informado firmado por el padre/madre o tutor.

Exclusión: estudiantes que no estuvieron presentes cuando se recabaron los datos, estudiantes con diagnóstico médico previo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

Eliminación: estudiantes que no completaron el 100% de los test (pre-test, post-test y seguimiento).

5.4 Plan de recolección de datos.

Se realizó un acercamiento a las autoridades académicas de la escuela de bachilleres para solicitar los permisos necesarios a fin de llevar a cabo la intervención planteada.

Se hizo la invitación a los estudiantes de forma presencial en cada uno de los planteles incluidos para este estudio. Durante este acercamiento se les informó los objetivos del estudio, la importancia de su participación en el mismo, aclarando

que esta es voluntaria y que tienen la libertad de abandonar la investigación en el momento que así lo decidan. Se les entregó el consentimiento informado el cual debía ser firmado por su padre/madre o tutor y los estudiantes firmaron el asentimiento junto con la encuesta, para confirmar su participación voluntaria.

Los estudiantes que aceptaron participar fueron organizados, de manera aleatoria en dos grupos (intervención y control). De manera inicial, a ambos grupos, se les aplicó el pre-test en los meses de marzo y abril del 2023. El grupo de intervención fue invitado a participar a 10 sesiones y el grupo control se le impartió una charla informática sobre CAR.

En estudios previos, basado en la teoría de disonancia cognitiva, la cantidad de sesiones empleadas fueron entre 2 a 6 sesiones con una duración de entre 1 a 2 horas cada una. En el presente estudio, se tomó la decisión de realizar diez sesiones de 45 minutos cada una bajo la premisa planteada por el Centro de Terapia Breve quienes consideran que con un máximo de diez sesiones se pueden lograr los cambios necesarios para solucionar problemas (Fisch et al., 1984). Asimismo, en los estudios previos basados en la teoría de DC se contemplaron abordajes psicológicos pero no nutricionales, a diferencia del presente estudio en donde se contó con la participación de un profesional del área de psicología, un profesional del área de nutrición y un profesional del área de pedagogía para el diseño del programa de intervención.

Dentro del plan intervención educativa se plantearon objetivos y competencias para los estudiantes, los cuales se establecieron a partir de las CAR más prevalentes reportadas en estudios previos, como preocupación por engordar, comer demasiado, perder el control sobre lo que se come y realizar ejercicio para bajar de peso (Ortiz Estrella, 2016; Shamah Levy et al., 2020). Las sesiones fueron realizadas entre los meses de abril a junio del 2023. Cada sesión fue dividida en tres momentos en base a los niveles de dominio cognitivo descripta por la autora Garza González (2012): el primer momento fue destinado a que los

estudiantes tomen conciencia sobre sus propios conocimientos e ideas y el desafío al que los enfrenta. El segundo momento fue destinado a introducir nuevos conocimientos a partir de las estructuras preexistentes de manera consciente e intencionada. Por último, el tercer momento permitió la aplicación y transferencia de los conocimientos adquiridos.

Las sesiones fueron realizadas en los espacios asignados por las autoridades de cada plantel. En cada una de estas los estudiantes se encontraban sentados mirando hacia el frente para ver la presentación digital. Al inicio de la sesión, con el fin de confrontar a los estudiantes a sus conocimientos previos, se iniciaba con una pregunta abierta para propiciar una lluvia de ideas de parte de ellos y explorar sus conocimientos, además se les preguntaba sobre la tarea asignada en la sesión anterior y la reflexión relacionada a esta. Para el segundo momento, es decir, para la apropiación formal del contenido, se daba una pequeña explicación del tema y luego se procedía a realizar actividades lúdicas y grupales, por medio de presentación de videos, imágenes, frases o juegos y al finalizar este momento, los estudiantes exponían lo trabajado en grupo. Finalmente, en el tercer momento, se realizó una evaluación de cinco preguntas con selección de verdadero o falso o de opción múltiple (cuatro opciones). Las preguntas se hicieron en base a la información brindada en cada sesión. Se consideró como un nivel satisfactorio a aquellos participantes que obtuvieron al menos el 80% de respuestas correctas como parte de la evaluación de la sesión. En una de las sesiones, además del examen también se presentaron posibles problemas y los estudiantes debía mencionar como lo solucionarían.

Posterior a la finalización de las sesiones se aplicó un test de seguimiento a los 90 días a ambos grupos, los cuales se aplicaron en los meses de septiembre y octubre del 2023. En la Figura 1 se presenta la ruta crítica de la estrategia aplicada para el trabajo de campo.



Figura 1 ***Ruta crítica de la estrategia aplicada para el trabajo de campo.***

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que incluyó tres secciones:

La primera corresponde a las variables sociodemográficas (sexo, edad, expediente, semestre que cursa).

La segunda sección abarca el instrumento generado por Unikel Santoncini et al. (2004) denominado cuestionario breve para medir CAR, el cual para su elaboración se tomó de referencia los criterios diagnósticos de DSM IV y posee un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.83. Según lo descrito por Unikel Santoncini et al. (2017) “Consta de 10 preguntas sobre la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio excesivo y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas) para perder peso corporal en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Tiene cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), que se califican de 0 a 3, y en donde una mayor puntuación en el cuestionario corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria”.

Asimismo, se clasifican tres niveles (Unikel Santoncini et al., 2017):

- Nivel 1 o sin riesgo: de 0 a 6 puntos.
- Nivel 2 o riesgo moderado: de 7 a 10 puntos.
- Nivel 3 o riesgo alto: > 10 puntos.

La tercera sección incluye el instrumento para detectar insatisfacción corporal (Anexo 1). Su valor de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.82 (Viciana et al., 2015). Este instrumento es de acceso libre y consta de la utilización de una escala visual (Thompson y Gray, 1995) que muestra 18 figuras que cubren un rango de peso desde emaciación hasta obesidad (9 de mujeres y 9 de hombres). A la figura emaciada se le asigna el valor 1 y la más obesa el valor 9. Para determinar la insatisfacción con la imagen corporal se mide con la diferencia

entre la figura actual y la figura ideal. Cuanto mayor sea la diferencia mayor es la insatisfacción. Este instrumento fue utilizado en población mexicana (Pineda García y Gómez Peresmitré, 2006) y tal como lo propuesto por las autoras mencionadas, basado en el resultado de la resta entre la figura actual y la figura ideal seleccionada por los participantes, se diferenció la insatisfacción corporal de manera positiva o negativa, e indica en el primer caso insatisfacción porque se desea ser más delgado y en el segundo caso se desea subir de peso. En caso de coincidir los números en ambas preguntas se considera que no hay insatisfacción corporal.

De las 9 figuras de escala de calificación de dibujo de contorno de Thompson y Gray (1995), las figuras 1 y 2 representan figuras de bajo peso, las tres siguientes representan un peso normal (3,4 y 5), las figuras 6 y 7 representan sobrepeso y las figuras 8 y 9 obesidad (Viciana et al., 2015). Por lo expuesto, en el presente estudio se recodificaron las variables según la figura seleccionada en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

5.5 Análisis estadísticos.

Se tomó de referencia un valor de significancia < 0.05. Se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics v25.0 para analizar los datos con estadística descriptiva e inferencial.

En las variables continuas se utilizó medias y desviaciones estándar; en las variables categóricas se utilizaron frecuencias.

Se evaluaron las variables sociodemográficas, de CAR y la insatisfacción corporal en el pre-test, post-test y seguimiento.

Se aplicó la prueba de T Student para muestras relacionadas para medir los resultados de CAR en el pre-test vs post-test y seguimiento. También la prueba

de T Student de muestras independientes para medir los resultados de CAR del control vs intervención.

Se realizó un análisis de regresión logística para constatar la relación de las variables al final de la intervención educativa.

5.6 Ética del estudio.

Esta investigación se realizó en apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (LGS, 2014).

Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales para realizar el presente estudio bajo el registro: 86FCN2022. Asimismo, se recibió la autorización por parte del Centro de Estudios sobre Educación Media Superior (CEEMS-EB) bajo el registro: PE-002-2023.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron 831 estudiantes (514 mujeres; 317 hombres), de los cuales se excluyó a 5 por no contar con la autorización del padre o tutor para continuar participando en el estudio; quedando una muestra final de 826. La edad máxima de los participantes fue de 19 años y la mínima de 15 años con una media de 15.97 y desviación estándar de 0.77. En la Tabla 1 se muestra la distribución de los participantes por plantel, turno, semestre y sexo.

Tabla 1 ***Distribución de los participantes por plantel, turno, semestre y sexo.***

Plantel	Turno	2° semestre		4° semestre		Sexo				Total
						Femenino		Masculino		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Bicentenario	Matutino	65	67.71	31	32.29	72	75.00	24	25.00	96
	Total	65	67.71	31	32.29	72	75.00	24	25.00	96
Norte	Matutino	131	34.11	63	16.41	108	28.13	86	22.40	194
	Vespertino	41	10.68	149	38.80	113	29.43	77	20.05	190
	Total	172	44.79	212	55.21	221	57.55	163	42.45	384
Sur	Matutino	102	29.48	120	34.68	139	40.17	83	23.99	222
	Vespertino	57	16.47	67	19.36	80	23.12	44	12.72	124
	Total	159	45.95	187	54.05	219	63.29	127	36.71	346

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje.

Como parte de la primera etapa de este proyecto de investigación se llevó a cabo el diseño de la intervención educativa para la cual, como se ha señalado anteriormente, se tomaron las directrices de la teoría de disonancia cognitiva

(Fernández Sedano et al., 2004), planteando dentro del mismo los siguientes objetivos y competencias esperadas en los estudiantes (Tabla 2):

Tabla 2 ***Objetivos y competencias planteadas en la intervención educativa.***

Objetivo	Competencia
Reconozcan las consecuencias asociadas al perseguir el ideal de apariencia y aprendan a confrontar las presiones generadas por el mismo.	Reconoce y confronta las presiones sociales asociadas a perseguir el ideal de apariencia culturalmente promovido.
Practiquen una alimentación saludable que sea acorde con sus necesidades fisiológicas, gustos personales y culturales.	Elije de manera adecuada los alimentos con base en sus necesidades fisiológicas, gustos personales y cultura.
Diferencien entre hambre físico y hambre emocional.	Logra diferenciar cuando siente hambre física o hambre emocional.
Cuenten con las herramientas de gestión emocional que le permita no solo recurrir a la comida ante una emoción.	Utiliza herramientas de gestión emocional que le permite enfrentar sus emociones.
Practiquen una actividad física que disfruten y que les permitan desarrollarse física, mental y socialmente.	Practica la actividad física como un medio para su desarrollo físico, mental y social.

Una vez formulado lo anterior se procedió a elaborar las cartas descriptivas de cada una de las 10 sesiones, en el Anexo 2 se presenta un ejemplo de carta descriptiva de una de las sesiones que compone la intervención educativa.

Antes de implementar la intervención educativa basada en la teoría de la disonancia cognitiva, se aplicó el pre-test para conocer la frecuencia de CAR en la población de estudio, así como la percepción que tenían sobre su imagen corporal. Los resultados arrojaron que 419 (50.7%) de los participantes presentan riesgo en este tipo de conductas no saludables; 28.2% presentaron conductas alimentarias de riesgo moderado y 22.5% conductas alimentarias de riesgo alto. Estos hallazgos muestran una diferencia de 20.2 puntos porcentuales con respecto a la ENSANUT 2022, en donde se registró CAR altas de 2.3% en adolescentes de 14 a 19 años (Villalobos Hernández et al., 2023). Asimismo, investigaciones anteriores realizadas en la población de Querétaro han

documentado una prevalencia de CAR alto del 8.4% (Ortiz Estrella, 2016) y del 15.1% (Bajeca Serrano et al., 2020), cifras que se sitúan por debajo de la tasa registrada en el presente estudio.

En la Tabla 3 se puede apreciar los porcentajes de CAR identificadas en cada uno de los planteles que se consideró para este estudio. Como se puede observar en el plantel Bicentenario se encontró mayor porcentaje de CAR alto (34.4%). Estos datos son de relevancia dado que en estudios previos realizados específicamente en el plantel Bicentenario el porcentaje de CAR alto fue de 8.6% (Barajas Arteaga et al., 2018), siendo la cifra cuatro veces mayor en el presente estudio. En lo que atañe a las CAR en cada plantel según el sexo se puede apreciar que, en el plantel Bicentenario, las CAR moderado prevalecieron más en hombres (37.5%) y las CAR alto en mujeres (38.9%). En los planteles, Norte y Sur, las CAR moderado y alto prevalecieron más en mujeres. Se analizó la relación de las variables sexo y CAR global (p<0.001) por plantel arrojando resultados significativos en el global y en los planteles Norte y Sur (p<0.05). Es por ello que se puede aseverar que el ser mujer es un factor de riesgo de presentar CAR, tal como se ha reportado en estudios previos (Villalobos Hernández et al., 2020, 2023). Dentro de las razones de este resultado se puede mencionar la presión social elevada que sufren en relación a los estereotipos de belleza, que están más expuestas a críticas por la figura corporal y al ciberacoso. Además se les exige ciertas medidas consideradas como talla ideal y no deben presentar imperfecciones tales como estrías y celulitis (López Juárez, 2021). En adición se ha visto que las mujeres son un grupo vulnerable a la influencia de la imagen ideal de delgadez en comparación con los hombres y puntualmente las mujeres mexicanas presentan mayor influencia de la publicidad en comparación a mujeres españolas (Mancilla Díaz et al., 2010). Por otra parte, se ha reportado que en comparación con los hombres, las mujeres perciben de manera más negativa el cuerpo obeso (Trejo Ortíz et al., 2016) y esto se puede asociar a la presión social antes mencionada en mantener una figura delgada.

De acuerdo con los resultados obtenidos a través del pre-test (Tabla 4), las tres conductas alimentarias de riesgo que se presentaron de manera frecuente y muy frecuentemente fueron: preocupación por engordar (hombres 38.9%; mujeres 63.5%), hacer ejercicio para tratar de bajar de peso (hombres 45.5%; mujeres 51.2%) y comer demasiado o atascarse de comida (hombres 33.4%; mujeres 26.0%). El ser hombre o mujer muestra una relación estadísticamente significativa con la presencia de las CAR en la población estudiada. Estos resultados, muestran coincidencia con lo reportado en la ENSANUT 2018-19 (Shamah Levy et al., 2020) en donde se reportó que las conductas que se presentaron con más frecuencia fueron preocupación por engordar (hombres 3.8% y 7.7% mujeres) y comer demasiado (hombres 5.2% y mujeres 6.0%), así como perder el control sobre lo que se come (hombres 2.2% y mujeres 2.9%). Por otro lado, no se encontró relación significativa entre las variables CAR, semestre y plantel. También se evaluó la consistencia interna del instrumento para detectar conductas alimentarias de riesgo en el presente estudio, de manera global se obtuvo un valor Alfa de Cronbach de 0.77, considerado un nivel de fuerte confiabilidad. Diferenciado por sexo, este instrumento obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0.79 para mujeres y 0.66 para hombres.

Tabla 3 ***Relación de conductas alimentarias de riesgo por sexo en cada plantel.***

Plantel			Sexo				Total		Valor de *p*
			Hombres		Mujeres				
			f	%	f	%	f	%	
Bicentenario	**Conductas alimentarias de riesgo**	**Riesgo bajo**	10	41.7	29	40.3	39	40.6	0.156
		Riesgo moderado	9	37.5	15	20.8	24	25.0	
		Riesgo alto	5	20.8	28	38.9	33	34.4	
	Total		24		72		96		
Norte	**Conductas alimentarias de riesgo**	**Riesgo bajo**	106	65.0	98	44.3	204	53.1	<0.001*
		Riesgo moderado	44	27.0	65	29.4	109	28.4	
		Riesgo alto	13	8.0	58	26.2	71	18.5	
	Total		163		221		384		
Sur	**Conductas alimentarias de riesgo**	**Riesgo bajo**	80	63.0	84	38.4	164	47.4	<0.001*
		Riesgo moderado	33	26.0	67	30.6	100	28.9	
		Riesgo alto	14	11.0	68	31.1	82	23.7	
	Total		127		219		346		

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje. Se utilizó la prueba de chi cuadrado. *Valor de $p<0.05$.

Tabla 4 ***Conductas alimentarias de riesgo por sexo.***

Conductas alimentarias de riesgo	Mujeres f: 512		Hombres f:314		Total f: 826		Valor de *p*
	f	%	f	%	f	%	
Me ha preocupado engordar.	325	63.5	122	38.9	447	54.1	<0.001*
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.	262	51.2	143	45.5	405	49	<0.001*
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.	133	26	105	33.4	238	28.8	0.001*
He hecho dietas para tratar de bajar de peso.	143	27.9	40	12.7	183	22.2	<0.001*
He perdido el control sobre lo que como.	126	24.6	48	15.3	174	21.1	0.008*
He hecho ayuno para tratar de bajar de peso.	138	27	26	8.3	164	19.9	<0.001*
He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.	33	6.4	4	1.3	37	4.5	<0.001*
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso.	23	4.5	1	0.3	24	2.9	<0.001*
He usado pastillas para tratar de bajar de peso.	16	3.1	3	1	19	2.3	0.005*
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso.	5	19.2	2	0.6	7	0.8	0.200

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje. Se contempló las respuestas frecuente y muy frecuentemente. Se realizó una prueba de chi cuadrado. El porcentaje de mujeres y hombres se refiere al total correspondiente a su sexo. El porcentaje total corresponde a la población total sin diferenciar por sexo. *Valor de $p<0.05$.

El aumento de las CAR reportadas en el presente estudio se puede atribuir a las autopercepciones corporales que se han deteriorado durante la pandemia de COVID-19, en donde se pudo observar que el uso excesivo de redes sociales con mensajes relacionados a los peligros de subir de peso y contraer COVID y sobre la importancia de mantenerse en forma durante el confinamiento, además de la recomendación repetitiva de realizar actividad física, fue un detonante en el comportamiento alimentario, sobre todo por el afán de mantener la figura corporal durante el confinamiento (Monthuy Blanc et al., 2023). Otra de las

razones por las que pudieron aumentar las CAR es por el estigma asociado al peso, es decir, la discriminación que sufren las personas con obesidad por parte de la sociedad y la comunidad médica, que con el afán de culpabilizar a las personas por su condición genera consecuencias negativas en su salud y se considera un factor de riesgo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Cardel et al., 2022), además genera estrés fisiológico, depresión, baja autoestima y tendencia a los atracones (Mauldin et al., 2022). Esto último aunado a que, dentro de la región de las Américas, en México es donde se presenta mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (38.3% y 36.9% respectivamente) (Campos Nonato et al., 2023), y por consiguiente más exposición a sufrir estigma de peso. Asimismo, si se toma en cuenta el acceso cada vez más sencillo y fácil a internet de los adolescentes y jóvenes y tomando en consideración que los medios de comunicación, por medio de redes sociales, televisión, anuncios publicitarios, entre otros, promueven el ideal de delgadez y dan consejos de cómo llevar dietas restrictivas o promueven conductas poco saludables en pos de perseguir el ideal de apariencia sin importar el costo (Díaz Plaza et al., 2022), podría explicar porque aumentaron las CAR.

Con respecto a la variable de insatisfacción corporal, en el pre-test 725 (87.7%) participantes presentaron insatisfacción corporal, de los cuales 552 (66.8%) mostraron insatisfacción corporal positiva, es decir, deseo de bajar de peso, mientras que 173 (20.9%) expusieron insatisfacción corporal negativa lo que quiere decir que deseaban subir de peso y 101 (12.2%) no presentaron insatisfacción corporal, lo que se entiende que se encuentran satisfechos con su figura corporal (Figura 1).

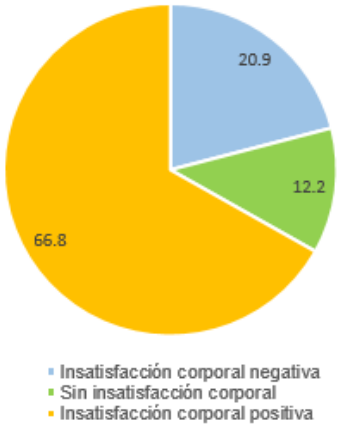


Figura 1 ***Porcentaje de insatisfacción corporal***

Es importante recalcar que cuanto mayor sea el resultado de la resta entre la figura actual vs la figura ideal de los participantes, mayor es la insatisfacción corporal, tal como lo menciona Pineda García y Gómez Peresmitré (2006).En la Tabla 5 se puede apreciar que el mayor porcentaje del resultado, tanto positivo como negativo fue de uno, siguiendo el número dos.

Tabla 5 ***Resultado de resta de figura actual vs figura ideal en relación a insatisfacción positiva y negativa.***

Resultado de resta de figura actual vs figura ideal	Sin IC		IC negativa		IC positiva	
	f	%	f	%	f	%
0	101	100	-	-	-	-
1	-	-	109	63.0	234	42.4
2	-	-	53	30.6	160	29.0
3	-	-	9	5.2	103	18.7
4	-	-	0	0.0	35	6.3
5	-	-	1	0.6	17	3.1
6	-	-	1	0.6	1	0.2
7	-	-	0	0.0	2	0.4

Nota: IC= insatisfacción corporal. f= frecuencia; %= porcentaje.

En cuanto a la insatisfacción corporal según el sexo, tanto hombres (52.9%) como mujeres (75.4%) presentaron insatisfacción positiva en mayor proporción (Tabla 6), siendo significativamente mayor en mujeres (p<0.001). Esto

coincide con lo reportado por Vargas Almendra et al. (2021), quienes encontraron mayor insatisfacción corporal en mujeres (61.82%) en comparación con los hombres (47.25%), aunque utilizaron otro instrumento para evaluar insatisfacción corporal. También se ha reportado que las mujeres suelen percibir su cuerpo más grande de lo que es a diferencia de los hombres que suelen percibirlo más pequeño (Quintero Gutiérrez et al., 2018), siendo quizás este el motivo por el que las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal.

Tabla 6*. Instrumento de insatisfacción corporal en relación al sexo.*

	Hombre		Mujer		Valor de *p*
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**	
IC negativa	103	32.8	70	13.7	<0.001*
Sin IC	45	14.3	56	10.9	
IC positiva	166	52.9	386	75.4	
Total	314	100.0	512	100.0	

Nota: IC= insatisfacción corporal. Se aplicó la prueba de chi cuadrado. *Valor de $p<0.05$.

En la Figura 2 se visualiza la elección de la figura actual e ideal por sexo en relación al estado nutricional en concordancia a la silueta seleccionada, es decir, aquellos que seleccionaron la silueta 1 y 2 se considera bajo peso, 3, 4 y 5 peso normal, 6 y 7 sobrepeso, finalmente 8 y 9 obesidad. Tanto hombres como mujeres seleccionaron en mayor porcentaje un peso normal como figura ideal (52.9% y 88.7% respectivamente), sin embargo, el 46.2% de los hombres consideran como figura ideal el rango sobrepeso. Es posible que este último resultado se deba a que los hombres consideran ideal de apariencia un cuerpo más bien esbelto y musculoso (Calzo et al., 2013), a diferencia de las mujeres que buscan delgadez (Aranda et al., 2024).

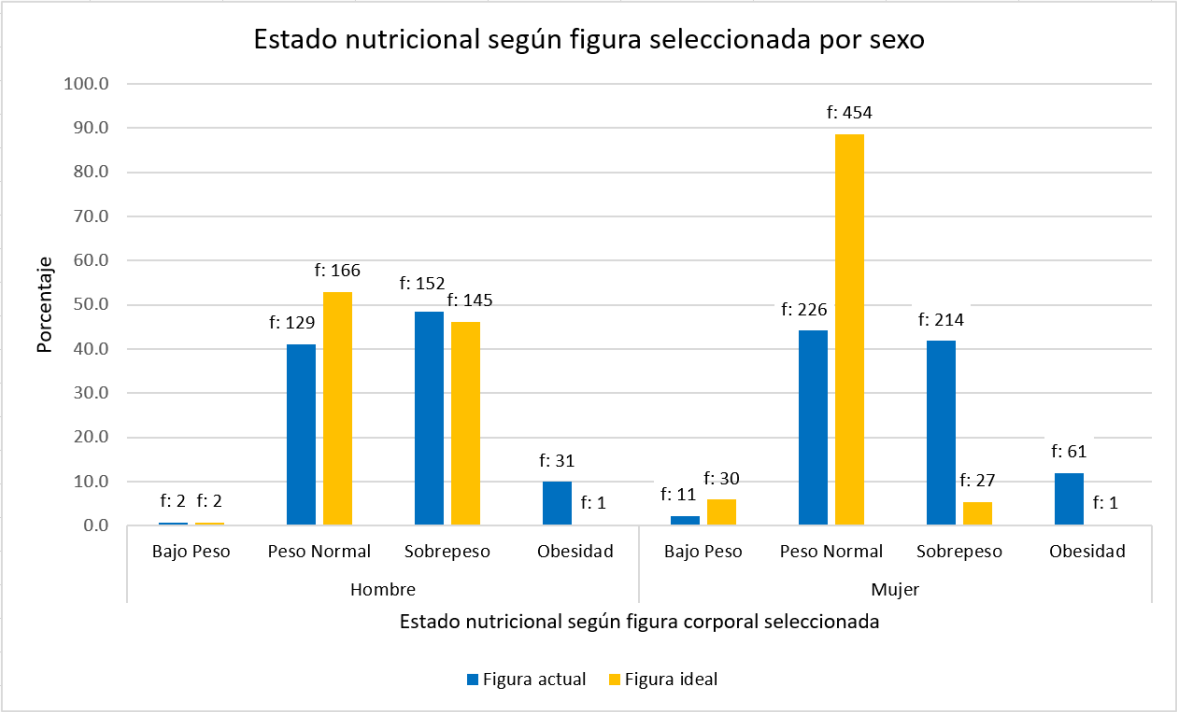


Figura 2 ***Estado nutricional de figura actual e ideal seleccionadas por sexo.***

Nota: f= frecuencia.

Por otra parte, se evaluó la relación de la figura actual e ideal en relación con el estado nutricional correspondiente a la silueta seleccionada (Tabla 7), solo encontrando relación significativa en las variables figura ideal en relación con el sexo (p<0.001), siendo más prevalente en mujeres la insatisfacción corporal.

Tabla 7 ***Relación de figura actual e ideal por sexo.***

		Figura actual									
		Bajo peso		**Peso normal**		**Sobrepeso**		**Obesidad**		**Total**	**Valor de *p***
		f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**		
Sexo	**Hombre**	2	0.6	129	41.1	152	48.4	31	9.9	314	0.117
	Mujer	11	2.1	226	44.1	214	41.8	61	11.9	512	
Total		13	1.6	355	43.0	366	44.3	92	11.1	826	
		Figura ideal									
		Bajo peso		**Peso normal**		**Sobrepeso**		**Obesidad**		**Total**	**Valor de p**
		f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**		
Sexo	**Hombre**	2	0.6	166	52.9	145	46.2	1	0.3	314	<0.001*
	Mujer	30	5.9	454	88.7	27	5.3	1	0.2	512	
Total		32	3.9	620	7.5	172	20.8	2	0.2	826	

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje. Los porcentajes corresponden al propio sexo. Se aplicó la prueba de chi cuadrado. *Valor de $p<0.05$.

En la Tabla 8 se muestra la relación entre las variables conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p<0.001$) entre estas variables estudiadas. Se examinó las relaciones de las variables mencionadas analizando la variable insatisfacción corporal positivo por un lado e insatisfacción corporal negativa por el otro, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001$ y 0.001, respectivamente).

Tabla 8 ***Relación entre conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal***

		Sin IC		Con IC negativa		Con IC positiva		Total	Valor de *p*
		f	%	f	%	f	%		
Conductas alimentarias	**Riesgo bajo**	68	16.7	147	36.1	192	47.2	407	<0.001*
	Riesgo moderado	22	9.4	17	7.3	194	83.3	233	
	Riesgo alto	11	5.9	9	4.8	166	89.2	186	
	Total	101	12.2	173	20.9	552	66.8	826	

Nota: IC: insatisfacción corporal. f= frecuencia; %= porcentaje. Se aplicó la prueba de chi cuadrado. *Valor de $p<0.05$.

Posterior a la recolección y análisis de los datos obtenido a través del pre-test para las variables CAR y percepción que tenían sobre su imagen corporal, se procedió a implementar el programa de intervención educativa bajo la metodología ya descrita en el apartado correspondiente. El efecto de la intervención se evaluó mediante la comparación de los resultados obtenidos en el pre-test con respecto al post-test y seguimiento.

En cuanto al comparativo de los resultados sobre CAR en el pre-test vs post-test se ha comprobado que en el grupo de intervención hubo cambios significativos ($p<0.001$) disminuyendo las CAR (Tabla 9) a diferencia del grupo control. Asimismo, se hizo la comparación de los resultados del pre-test vs el test de seguimiento y se puede aseverar que el cambio en el puntaje no fue significativo (Tabla 9).

Tabla 9 ***Conductas alimentarias de riesgo de pre-test vs post-test por grupo.***

		Control post-test						
		Sin riesgo de CAR		Con riesgo de CAR		Total		Valor de *p*
		f	%	f	%	f	%	
Control pre-test	**Sin riesgo de CAR**	20	37.7	3	5.7	23	43.4	1.00**
	Con riesgo de CAR	2	3.8	28	52.8	30	56.4	
	Total	22	41.5	31	58.5	53	100	
		Intervención post-test						
		Sin riesgo de CAR		Con riesgo de CAR		Total		Valor de *p*
		f	%	f	%	f	%	
Intervención pre-test	**Sin riesgo de CAR**	62	46.6	7	5.3	69	51.9	<0.001*
	Con riesgo de CAR	31	23.3	33	24.8	64	48.1	
	Total	93	69.9	40	30.1	133	100	

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje. CAR= Conductas alimentarias de riesgo, Las conductas alimentarias sin riesgo corresponde a un puntaje <7. Las conductas alimentarias de riesgo corresponde un puntaje >6. Se aplicó la prueba de Mc Nemar. *Valor de p< 0.05. **Se aplicó la prueba pese a reconocer que no se cumplió el número mínimo por celda.

Tabla 10 ***Conductas alimentarias de riesgo de pre-test vs test de seguimiento por grupo.***

		Control seguimiento						
		Sin riesgo de CAR		Con riesgo de CAR		Total		Valor de *p*
		f	%	f	%	f	%	
Control pre-test	Sin riesgo de CAR	88	38.9	21	9.3	109	48.2	0.76
	Con riesgo de CAR	24	10.6	93	41.2	117	51.8	
Total		112	49.6	114	50.4	226	100	
		Intervención seguimiento						
		Sin riesgo de CAR		Con riesgo de CAR		Total		Valor de *p*
		f	%	f	%	f	%	
Intervención pre-test	Sin riesgo de CAR	104	45.2	21	9.1	125	54.3	0.32
	Con riesgo de CAR	29	12.6	76	33.1	105	45.7	
Total		133	57.8	97	42.2	230	100	

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje. CAR= Conductas alimentarias de riesgo, Las conductas alimentarias sin riesgo corresponde a un puntaje <7. Las conductas alimentarias de riesgo corresponde un puntaje >6. Se aplicó la prueba de Mc Nemar.

Por otra parte, se realizó una prueba de T Student para datos relacionados y se encontró que en el grupo intervención los cambios reportados en el puntaje de CAR, tanto en el post-test y en el seguimiento, fue significativo (p<0.001 y 0.027 respectivamente) a diferencia del grupo control (Tabla 11 y 12). Los resultados en el presente estudio en relación a la disminución de las CAR en el grupo de intervención coincidió con lo reportado en intervenciones educativas basadas en la teoría de disonancia cognitiva (Saucedo Molina et al., 2023; Unikel Santoncini et al., 2019). También se comparó los resultados de CAR por grupo hallando una diferencia de medias significativas en los resultados del post-test (p<0.001) no encontrando diferencias significativas en los resultados del seguimiento (p= 0.796). Este resultado coincide con otra investigación basado en

la teoría de la disonancia cognitiva que tenían como objetivo reducir el deseo de someterse a una cirugía estética y mejorar la satisfacción corporal en mujeres chinas. Compararon los resultados del pre-test vs el seguimiento y la diferencia reportada entre el grupo intervención y control en las variables actitudes hacia la cirugía estética ($p= 0.003$) e internalización del ideal de belleza ($p= 0.004$) fueron significativamente diferente. Sin embargo, en el test de seguimiento aplicado al mes post-intervención estas diferencias no permanecieron significativas (Wu et al., 2024).

Es posible que los efectos significativos de la intervención educativa del presente estudio no se hayan mantenido en el test de seguimiento por el contexto social de los estudiantes, sea por parte de los familiares o maestros. Se postula la necesidad de incluir a los familiares del grupo de riesgo de CAR, ya que se ha reportado que los comentarios negativos en relación al peso y figura corporal por parte de los padres es un factor de riesgo de CAR (Díaz de León Vázquez y Unikel Santoncini, 2019) y al hacerlos participes posiblemente no sigan realizando estos comentarios que perpetúan el aumento de CAR. Otro factor importante es el fomentar el aprendizaje significativo, es relevante que haya un interés genuino de parte de los estudiantes en aprender los temas que se le presentan, ya que para que el aprendizaje sea significativo los nuevos conocimientos se deben incorporar a conocimientos previos y de esta manera permanecen en la memoria a largo plazo, sin embargo esto no es posible si no hay interés o motivación en aprender el tema dado (Garza González, 2012), por eso se considera crucial generar esta motivación por parte de los maestros de la institución educativa en donde se imparte la intervención, ya que podrían jugar un papel preponderante en la participación activa en los estudiantes. Además del contexto social, también es posible que se requieran sesiones de reforzamiento para que los cambios de CAR permanezcan disminuidos.

Tabla 11 ***Conductas alimentarias de riesgo en el pre-test vs post-test por grupo***

	Intervención	**Control**	**Valor de *p***
	X (IC 95%)	**X (IC 95%)**	
Pre-test	6.94 (6.23; 7.65)	7.62 (6.43; 8.82)	0.322
Post-test	5.30 (4.58; 6.02)	7.98 (6.69; 9.27)	<0.001*
Cambio	-1.64 (-2.19; -1.09)	0.36 (-0.57; 1.28)	<0.001*
Valor de *p*	<0.001*	0.443	

Nota: X: media; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. La n de la intervención es de 133 y la n del control es 53. El valor de *p* en la fila corresponde a la prueba T Student para muestras relacionadas. El valor de *p* en la columna corresponde a la prueba T Student para muestras independientes. *Valor de *p*<0.05.

Tabla 12 ***Conductas alimentarias de riesgo en el pre-test vs test de seguimiento por grupo.***

	Intervención	**Control**	**Valor de *p***
	X (IC 95%)	**X (IC 95%)**	
Pre-test	6.97 (6.37; 7.57)	7.38 (6.73; 8.03)	0.361
Seguimiento	6.49 (5.91; 7.07)	6.98 (6.38; 7.58)	0.250
Cambio	-0.48 (-0.91; -0.06)	-0.40 (-0.84; 0.032)	0.796
Valor de *p*	0.027*	0.069	

Nota: X: media; IC 95%: intervalo de confianza del 95%. La n de la intervención es de 230 y la n del control es 226. El valor de *p* en la fila corresponde a la prueba T Student para muestras relacionadas. El valor de *p* en la columna corresponde a la prueba T Student para muestras independientes. *Valor de *p*<0.05.

De igual manera, se realizó una prueba de regresión logística en los resultados del pre-test vs post-test hallando una razón de momios de 5.18, que indica que por cada caso que mejora su conducta alimentaria sin intervención hay 5 casos que mejoran con la intervención. Se realizó la misma prueba con las variables pre-test vs seguimiento no encontrando una relación significativa.

El comparativo del porcentaje de insatisfacción corporal del grupo control vs el grupo intervención en cada uno de las pruebas aplicadas se especifica en la Tabla 13. En el grupo intervención se puede visualizar que hubo un aumento en la satisfacción corporal (6.4 puntos porcentuales en el post-test y 8 puntos porcentuales en el seguimiento). En cuanto a la insatisfacción corporal negativa en

el grupo intervención se mantuvo similar, sin embargo, en relación con la insatisfacción corporal positiva disminuyó la insatisfacción (9.3 puntos porcentuales en el post-test y 8.8 puntos porcentuales en el seguimiento) a diferencia del grupo control, que los porcentajes se mantuvieron similares en cada medición. Se encontró una relación significativa entre los resultados del pre-test vs el seguimiento (p= 0.014).

Tabla 13 ***Insatisfacción corporal por grupo en pre-test, post-test y seguimiento.***

Grupo		Pre-test Porcentaje (%)	Post-test Porcentaje (%)	Seguimiento Porcentaje (%)
Control	Sin IC	12.0	7.5	10.6
	IC negativa	22.2	17.0	24.3
	IC positiva	65.8	75.5	65.0
Intervención	Sin IC	12.4	**18.8**	**20.4**
	IC negativa	19.7	22.6	20.4
	IC positiva	67.9	**58.6**	**59.1**
Valor de *p*		0.69	0.07	**0.014***

Nota: IC: insatisfacción corporal. IC positiva: deseo de bajar de peso. IC negativa: deseo de subir de peso. Se aplicó la prueba de chi cuadrado. *Valor de $p<0.05$.

Se realizó una prueba de Mc Nemar en relación con los resultados de insatisfacción del pre-test vs post-test y seguimiento no hallando diferencias significativas en ninguno de los grupos estudiados (Tabla 14 y 15). Estos resultados fueron similares a los reportados por Pineda García et al (2006), donde se experimentó disminución del porcentaje en insatisfacción corporal en el test aplicado luego de la intervención, sin embargo en el test de seguimiento (un mes post intervención) volvió a aumentar la insatisfacción corporal, además los cambios reportados no fueron significativos. En el presente estudio, si bien los cambios no fueron significativos en el post-test, se mantuvieron disminuidos los porcentajes de IC positiva en el seguimiento y aumentó la satisfacción corporal.

La actitud hacia la figura corporal se mantuvo en el tiempo, a diferencia de las conductas alimentarias de riesgo, que no se mantuvieron en el test de seguimiento, esto se puede explicar por la necesidad de generar en los estudiantes un compromiso conductual, definido como la relación entre una persona y sus actos de conducta, es decir, si una persona aceptó llevar a cabo una conducta en un momento dado, en situaciones futuras seguirá llevando a cabo esa conducta (Fernández Sedano et al., 2004). Es por ello que se sugieren para futuras investigaciones la realización de sesiones de reforzamiento luego de la intervención educativa.

VII. CONCLUSIONES

Basado en el comparativo del pre-test vs el post-test la intervención educativa fue eficaz para prevenir las CAR en estudiantes de educación media superior, ya que el grupo intervención experimentó una disminución en las CAR de manera significativa ($p<0.001$) con respecto al grupo control. Sin embargo esta diferencia estadística no permaneció en el test seguimiento ($p= 0.79$), por lo que en futuras investigaciones se sugiere llevar a cabo sesiones de reforzamiento luego de la intervención educativa.

La actitud de los estudiantes frente a su imagen corporal fue modificada de manera favorable, ya que el grupo de intervención aumentó la satisfacción corporal (6.4 puntos porcentuales en el post-test y 8 puntos porcentuales en el seguimiento) y disminuyó la insatisfacción corporal positiva, es decir, el deseo de bajar de peso (9.3 puntos porcentuales en el post-test y 8.8 puntos porcentuales en el seguimiento). En cambio en el grupo control los porcentajes de insatisfacción corporal se mantuvieron similares.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra la necesidad de incluir otras variables características propias del contexto familiar, cultural y socioeconómico de los estudiantes en los que se implemente la intervención educativa. Esto último es para poder tener elementos que permitan explicar las condiciones que están permeando y favoreciendo el aumento en la prevalencia de CAR. Otras de las limitaciones del presente estudio tiene que ver con la aplicación de la intervención únicamente en los estudiantes de educación media superior, siendo relevante el involucrar a los maestros y los padres de los mismos, por lo que para futuras investigaciones se sugiere hacerlos participes en la intervención, para que en conjunto con ellos se prevenga y/o atiendan las conductas no saludables en los estudiantes.

Las fortalezas de este estudio radican en la oportunidad de llevar a cabo una intervención educativa en instituciones de educación formal, quienes brindaron sus instalaciones para ello. Además, es notable la participación multidisciplinaria en el desarrollo del programa, que incluyó profesionales de psicología, pedagogía y nutrición. La colaboración de diversas disciplinas enriqueció la intervención, destacando especialmente la inclusión de información nutricional, a diferencia de otras intervenciones basadas en la teoría de disonancia cognitiva, que se enfocan únicamente en aspectos psicológicos. Los estudiantes lograron reconocer las consecuencias de perseguir ideales de apariencia, aprendieron a planificar menús acordes a sus gustos y costumbres, y pusieron en práctica una alimentación consciente. También fueron capaces de identificar los diferentes tipos de hambre y gestionar sus emociones utilizando herramientas distintas a la comida.

Otra fortaleza importante fue el uso de la teoría de la disonancia cognitiva como base teórica de la intervención. En la actualidad, la sociedad está llena de contradicciones, y al confrontar a los estudiantes a estas últimas se logra propiciar la disonancia cognitiva, impulsándolos a abandonar conductas alimentarias de riesgo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranda, J. H., Martínez, A. I. M., y Bustos, G. K. (2024). Influencia de los Modelos Estéticos en la Insatisfacción Corporal de Mujeres Universitarias. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(1), 9165–9178. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10238

Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., y Rodríguez Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(SPE2), 8–15. https://doi.org/10.20960/nh.04173

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (5a ed.). Asociación Americana de Psiquiatría.

Bajeca Serrano, R. F., Reyes Rocha, B. L., Elton Puente, J. E., y Dávila Esquivel, F. de J. (2020). Risk eating behaviors, lifestyle and level of resilience in high school students of public institutions. *International Journal of Current Advanced Research*, *9*, 22467–22474. http://dx.doi.org/10.24327/ijcar.2020. 22474.4433

Barajas Arteaga, M., Reyes Rocha, B L, Garza González, B, y Regina Ojeda Navarro, L. (2018). Promotion of Healthy Lifestyles in High School Students. *International Journal of Current Advanced Research*, *9*. http://dx.doi.org/10.24327/ijcar.2020.23057.4559

Caldera Zamora, I. A., Martín del Campo Rayas, P., Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., Zamora Betancourt, M. del R., Caldera Zamora, I. A., Martín del Campo Rayas, P., Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., y Zamora Betancourt, M. del R. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en

estudiantes de bachillerato. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *10*(1), 22–31. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519

Calzo, J. P., Corliss, H. L., Blood, E. A., Field, A. E., y Austin, S. B. (2013). Development of muscularity and weight concerns in heterosexual and sexual minority males. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *32*(1), 42–51. https://doi.org/10.1037/a0028964

Campos Nonato, I., Galván Valencia, O., Hernández Barrera, L., Oviedo Solís, C., y Barquera, S. (2023). *Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: Resultados de la Ensanut 2022*. *65*(1), 238–247. https://doi.org/10.21149/14809

Cardel, M. I., Newsome, F. A., Pearl, R. L., Ross, K. M., Dillard, J. R., Miller, D. R., Hayes, J. F., Wilfley, D., Keel, P. K., Dhurandhar, E. J., y Balantekin, K. N. (2022). Patient-Centered Care for Obesity: How Health Care Providers Can Treat Obesity While Actively Addressing Weight Stigma and Eating Disorder Risk. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *122*(6), 1089–1098. https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.01.004

Castro Alija, M. J., Valero Pérez, M., Belmonte Cortés, S., y Díaz Plaza, M. de D. (2022). Educación alimentaria y nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(extra 2), 27–32.

De Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Passian, S. R., y Loureiro, S. R. (2005). *Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório*. *10*(1), 27–35.

Díaz de León Vázquez, C., Lazarevich, I., Unikel Santoncini, C., y Álvarez Díaz, J. A. (2019). Characteristics associated with risky eating behaviors among university students in Mexico City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *10*(2), 196–206. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.2.506

Díaz de León Vázquez, C., y Unikel Santoncini, C. (2019). Parental negative weight/shape comments and their association with disordered eating behaviors: A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *10*(1), 134–147. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.572

Díaz Plaza, M. de D., Belmonte Cortés, S., Novalbos Ruiz, J. P., Santi Cano, M. J., y Rodríguez Martín, A. (2022). Publicidad y medios de comunicación en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(SPE2), 55–61. https://doi.org/10.20960/nh.04179

Fernández Sedano, I., Ubillos Landa, S., Zubieta, E. M., y Páez Rovira, D. (2004). *Psicología social, cultura y educación*. Pearson Educación.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.

Fisch, R., Weakland, J. H., y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio, cómo abreviar la terapia*. Herder.

Galván Bárcenas, D., de la Torre Vidal, P., Godines Magaña, A., y Fulgencio Juárez, M. (2023). Relación entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de riesgo en mujeres. *Simbiosis*, *3*(5), Article 5. https://doi.org/10.59993/simbiosis.v3i5.25

Garza González, B. (2012). *Modelo didáctico para el diseño de Objetos de Aprendizaje. En: Ruíz-Velasco (coordinador), Tecnologías de la Información y la Comunicación para la innovación educativa.* Ediciones Díaz de Santos.

Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., y Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, *9*(12), 1294. https://doi.org/10.3390/nu9121294

López Juárez, A. (2021). *La presión social que reciben las mujeres en diferentes ámbitos y contextos mediante plataformas virtuales*. https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/114083

Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Valero Pérez, M., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Matía Martín, M. P., y Gómez Candela, C. (2021). Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. *Nutrición Hospitalaria*, *38*(4), 857–870. https://doi.org/10.20960/nh.03617

Mancilla Díaz, J. M., Lameiras Fernández, M., Vázquez Arévalo, R., Alvarez Rayón, G., Franco Paredes, K., López Aguilar, X., y Ocampo Téllez Girón, M. (2010). *Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México*. 36–47.

Mauldin, K., May, M., y Clifford, D. (2022). The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *37*(6), 1291–1306. https://doi.org/10.1002/ncp.10885

Monthuy Blanc, J., Corno, G., y Abou Chabake, S. (2023). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviors: A review of the literature. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1139261. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139261

OMS. (2021). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Ortiz Estrella, A. L. (2016). *Factores de Riesgo que favorecen Trastornos Alimentarios en alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro* [Tesis de

maestría, Universidad Autónoma de Querétaro]. https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/670

Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, *29*(3), 280–285. https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002

Pérez, M., Becker, C., y Ramirez, A. (2010). Transportability of an empirically supported dissonance-based prevention program for eating disorders. *Body Image*, *7*(3). https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.006

Pineda García, G., y 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 García, G., Gómez Peresmitré, G., y Méndez Hernández, S. (2010). Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. *Psicología y Salud*, *20*(1), Article 1.

Quintero Gutiérrez, A. G., González Rosendo, G., Gutiérrez Trujillo, J., Puga Díaz, R., y Villanueva Sánchez, J. (2018). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y síndrome metabólico en escolares adolescentes del estado de Morelos. *Nutrición Hospitalaria*, *35*(4), 796–804. https://doi.org/10.20960/nh.1618

Ruiz Lázaro, P. M., Díaz Plaza, M. de D., y Belmonte Cortés, S. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(extra 2), 93–96.

Saucedo Molina, T. de J., Ramírez, F. J. C., y Arellano Pérez, O. G. (2023). Effects of disordered eating behaviors and sedentary lifestyle prevention program in male and female Mexican adolescents. *Salud Mental*, *45*(6), 309–318.

Secretaria de Salud. (2023, enero 7). *004. Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25% de adolescentes*. Gobierno de México. http://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes

Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., Heredia Hernández, O., Romero Martínez, M., Mojica Cuevas, J., Cuevas Nasu, L., Santaella Castell, J. A., y Rivera Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales.* Instituto Nacional de Salud Pública.

Silva, D., Ferriani, L., y Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: A systematic review. *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, *65*(5), 731–738. https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731

Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., y Shaw, H. (2008). Dissonance and Healthy Weight Eating Disorder Prevention Programs: Long-Term Effects from a Randomized Efficacy Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(2), 329–340. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329

Stice, E., Rohde, P., Gau, J., y Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(5), 825–834. https://doi.org/10.1037/a0016132

Thompson, M. A., y Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, *64*(2), 258–269. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_6

Trejo Ortíz, P. M., Mollinedo Montaño, F. E., Araujo Espino, R., Valdez Esparza, G., y Sánchez Bonilla, M. del P. (2016). Hábitos de actividad física y cánones de imagen corporal en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *32*(1), 0–0.

Unikel Santoncini, C., Bojórquez Chapela, I., y Carreño García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, *46*, 509–515. https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000600005

Unikel Santoncini, C., Díaz de León Vázquez, C., y Rivera Márquez, J A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición.* (1°). Universidad Autónoma Metropolitana.

Unikel Santoncini, C., León Vázquez, C. D. de, Rivera Márquez, J. A., Bojorquez Chapela, I., y Méndez-Ríos, E. (2019). Un programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria basado en la técnica de disonancia cognitiva en alumnos universitarios mexicanos. *Psychosocial Intervention*, *28*(1), 29–35. https://doi.org/10.5093/pi2018a17

Vargas Almendra, R., Bautista Díaz, M. L., y Palencia, A. R. (2021). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: El papel del sexo y ubicación de la escuela. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, *9*(18), Article 18. https://doi.org/10.29057/icsa.v9i18.6571

Viciana, J., Mayorga Vega, D., y Martínez Baena, A. (2015). La escala de imagen corporal de Thompson y Gray (1995) es también fiable y válida entre los adolescentes. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*. https://doi.org/10.1016/j.ramd.2014.10.068

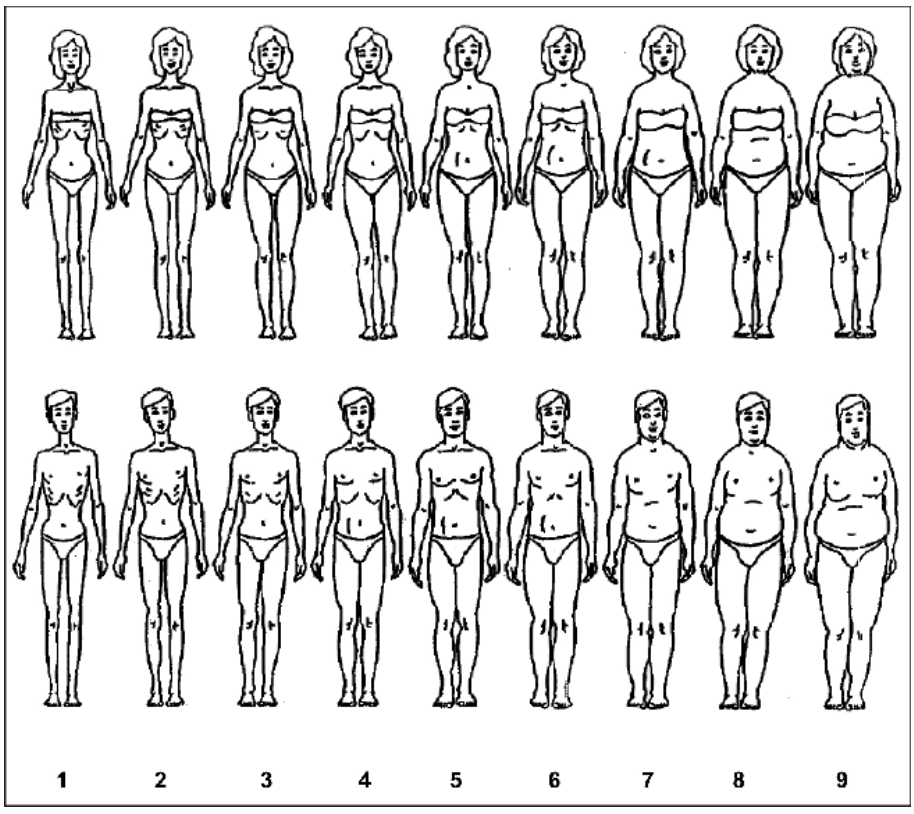
Villalobos Hernández, A., Bojórquez Chapela, I., Hernández Serrato, M. I., y Unikel Santoncini, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, *65*, s96–s101. https://doi.org/10.21149/14800

Villalobos Hernández, A., Unikel Santoncini, C., Hernández Serrato, M. I., y Bojórquez Chapel, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México*, *62*(6), 734–744. https://doi.org/10.21149/11545

Wu, Y., Mulkens, S., Atkinson, M. J., y Alleva, J. M. (2024). A Brief Online Cognitive Dissonance-Based Intervention to Reduce Consideration of Cosmetic Surgery and Improve Body Image Among Chinese Women. *Psychology of Women Quarterly*, *48*(1), 80–92. https://doi.org/10.1177/03616843231183946

ANEXOS

Anexo 1:



Anexo 2:

PLANEACIÓN POR SESIÓN		
Primera sesión. Objetivo: Que los adolescentes identifiquen el origen del ideal de apariencia y la diferencia existente en distintos contextos.		
Primer momento (1er nivel de DC)	***Segundo momento (2do nivel de DC)***	***Tercer momento (3er nivel de DC)***
Inicio: Confrontación de conocimientos previos	Desarrollo: apropiación formal del contenido (ejes de significación de conceptos)	Cierre: Transferencia (Realimentación)
Desglose de actividades del primer nivel/momento (10 minutos) 1. Presentarnos frente a los estudiantes	***Desglose de actividades del segundo nivel/momento (25 minutos)*** 1. Que describan en una pizarra el ideal de apariencia de hombre y mujer.	***Desglose de actividades del tercer nivel/momento (10 minutos)*** 1. Hacer la evaluación en Kahoot a. El ideal de apariencia es igual al de salud. V o F
a. Se presentará el equipo expositor y se les escribirá en una pegatina los nombres de pila de los alumnos para nombrarlos por su nombre y se tomará lista de los participantes. 2. Informar brevemente sobre cómo serán los talleres. a. Nombrar los temas a tratar en las próximas sesiones para crear interés. b. Resaltar la importancia de participar y de realizar las tareas que se indiquen en cada sesión. c. Cada participante debe indicar qué cosas les gustaría que les dejase el taller. 3. Explorar conocimientos de los estudiantes a. Que definan con sus palabras que son las conductas alimentarias de riesgo. b. ¿Creen que es importante prevenirlas? ¿Por qué?	a. Dibuja en la pizarra una silueta de hombre y otra de mujer y escribe hombre perfecto y mujer perfecta. b. Pedirles a los participantes que empiecen a describir como es el hombre y la mujer perfecta. c. Al finalizar enlistar todos los rasgos que se describieron. d. Tachar hombre y mujer perfecta y escribir "ideal de apariencia". e. Explicar las diferencias entre ideal de apariencia y de salud. Definir qué es la salud según la OMS 2. Que reconozcan de donde viene el ideal de apariencia (Espín, J et al 2006; Soley Beltrán, P 2015). a. Preguntarles ¿De dónde viene el ideal de apariencia y cómo lo aprendemos? Sólo el 5% de las mujeres tienen el tipo de cuerpo (alto, genéticamente delgado, con hombros anchos, caderas estrechas, piernas largas y, por lo general, poco pecho) que se ve en casi toda la publicidad. b. ¿El ideal de belleza actual ha sido siempre el ideal de atractivo? ¿Hubo alguna vez en la historia en la que el hombre y la mujer perfecta tuviera un aspecto diferente? Mostrar imágenes sobre el ideal de apariencia de otra época (ver anexos). c. Preguntarles ¿Es este ideal el mismo para todos los grupos étnicos y culturas? ¿Qué diferencia podemos encontrar? Mostrar imágenes del ideal de apariencia de otras culturas (ver anexos). 2. Que describan 3 ideales de apariencia y 3 ideales de salud. a. Separar en dos grupos a los estudiantes. b. Que cada grupo dibuje 3 ideales de apariencia y 3 ideales de salud. c. Luego vamos a revisar entre todos los dibujos y la idea es que sepan diferenciar entre ideal de apariencia y de salud. d. Preguntarles ¿Qué les parece las opciones que mencionaron en cada equipo? ¿Creen que responde a cada ideal o no?	b. La definición completa de salud es igual a: Bienestar físico b: Ausencia de enfermedad c: Bienestar mental d. Estado de bienestar físico, mental y emocional. c. ¿Cuál de las siguientes imágenes representa el ideal de apariencia de mujer del pueblo padaung? a. Mujer delgada b. Mujer tatuada c. Mujer con argollas en el cuello d. Mujer fisicoculturista. d. El ideal de apariencia siempre fue igual a lo largo de la historia V o F e. ¿Por qué en la prehistoria el ideal de apariencia de mujer era una mujer robusta y con mucha cadera? a. Porque pertenecía a la alta sociedad b. Porque se asociaba a la fertilidad c. Ese no era el ideal de apariencia del momento D. Porque representaba la salud de la mujer.
	e. Conclusión por parte del docente: Como verán el ideal de apariencia no siempre guarda relación con la salud y es importante reconocer sus diferencias, ya que hay varios influencers que venden productos con el fin de ofrecer "salud" pero en verdad se relaciona más con alcanzar un ideal de apariencia.	
Materiales y recursos de apoyo: Carteles para los nombres Hojas y marcadores Pizarra y marcador Imágenes en cartón de ideal de belleza Silueta de hombre y mujer		***ACTIVIDADES DE ENLACE*** Los estudiantes deben buscar una imagen que represente el ideal de apariencia de alguna otra cultura que les parezca curioso.
Observaciones:		***Evaluación:*** Conocimiento por preguntas en kahoot: es satisfactorio si tiene un 80% de acierto. Lista de cotejo: que describan a nivel grupal los 3 ideales de apariencia y los 3 ideales de salud. Es satisfactorio si tiene un 80% de acierto.