



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Desarrollo y evaluación de la eficacia de dos programas preventivos en comportamientos no saludables respecto al peso y la alimentación. Estudio piloto

M^a del Rocío Rosés Gómez

TESIS DOCTORAL

Directoras: Dra. Rosa Maria Raich Escursell

Dra. Marisol Mora Giral

Bellaterra 2014

Este trabajo se ha realizado, en parte, gracias a las ayudas:

Grup Consolidat de Recerca: Comportaments, estils de vida i salut en les dones CEVSD. Generalitat de Catalunya.

Prevención de Trastornos Alimentarios y problemas relacionados con el peso: Comparación de eficacia de dos programas. Ministerio de Ciencia e Innovación. Referencia: PSI2010-22068.2010-2013.

“Cuando yo uso una palabra –insistió Humpty Dumpty con un tono de voz más bien desdeñoso– quiero decir lo que quiero decir, ni más, ni menos. La cuestión –insistió Alicia– es si puedes hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes. La cuestión –zanjó Humty Dumpty– es saber *quién es el que manda.*”

Lewis Carrol. *Alicia a través del espejo*

“El duendecillo Puck rompe el hechizo de Titania, reina de las hadas...

Sé como tú debes ser
cobra tu anterior sentido
pues que tiene tal poder,
y de su fuerza se ufana
el capullo de Diana
sobre la flor de Cupido”

Shakespeare. *Sueño de una noche de verano.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer de todo corazón la ayuda recibida por mis directoras la Dra. Rosa María Raich y la Dra. Marisol Mora. Ellas han sido los motores para la realización y finalización de este trabajo, no sólo por su indiscutible profesionalidad sino también por toda la confianza y cariño que siempre me han transmitido a lo largo de toda esta larga trayectoria.

También quiero dedicarle este trabajo a la Dra. Eva Penelo porque su colaboración ha sido fundamental para poder llevar a cabo este trabajo ya que me ha aclarado numerosas dudas que iban surgiendo relacionadas con la metodología y otros aspectos formales. También, quiero hacer especial mención a las Dras. Marcela González y Paola Espinoza por su apoyo en el sentido más amplio de la palabra.

No me puedo olvidar todas las escuelas de Terrassa que han participado en la investigación y de las personas que han contribuido de algún modo u otro a alguna parte del proceso de la realización de esta tesis doctoral como son todas las personas que a lo largo de estos años han pasado por la unidad o las también denominadas “chicas de la UAIC”.

Otras personas imprescindibles en la realización de este trabajo ha sido Isabel T. y a su hija Ximena por su impecable ayuda en las imágenes y en la maquetación. También quiero agradecerle su tiempo invertido con sus correcciones a quien más que una amiga, es parte de mi familia, Rebeca.

De manera muy especial quiero dedicarle la tesis a mi “compañero de viaje”, Guillem J.T., por su amor, paciencia y quien se ha sacrificado conmigo a lo largo de estos más de 4 años, quedándose sin hacer multitud de actividades por estar a mi lado.

Por supuesto quiero mencionar a las otras dos personas más importantes de mi vida mi madre, Cristina, y mi padre Vicente. Mi madre se ha mantenido como siempre a mi lado y ha sido mi “motor de arranque” en tantos momentos en los que el motor se paraba... A mi padre quiero agradecerle todo el tiempo invertido en hacerme las correcciones y por contagiarme siempre la importancia y gratificación del leer y el saber.

Por último, quiero dedicarle mi trabajo a las personas que siempre han confiado en mí como son “mis niños de la universidad” Rubén, David y Anna; mis amigos de Rubí con especial mención a Escudé, Esther G., Salomé y Ester K. Y por último, a mi mejor amiga y una parte fundamental de todas mis vivencias personales, Laia.

Sin vosotros no hubiera podido culminar este largo proceso, GRACIAS A TODOS.

CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	9
2.	MARCO TEÓRICO	11
2.1	FACTORES DE RIESGO.....	11
2.1.1	FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS.....	12
2.1.2	FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS.....	18
2.1.3	FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES	25
2.2	PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	27
2.2.1	TIPOS DE PREVENCIÓN	28
2.2.2	TEORÍAS EN QUE SE BASAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	28
2.2.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	33
2.2.4	CONCLUSIONES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.....	56
2.2.5	PROGRAMAS UTILIZADOS	56
3.	OBJETIVOS.....	69
3.1	OBJETIVO GENERAL	69
3.1.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
4.	MÉTODO.....	71
4.1	PARTICIPANTES	71
4.2	INSTRUMENTOS.....	74
4.2.1	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	74
4.2.2	MATERIALES UTILIZADOS EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN....	75
4.3	DISEÑO	76
4.4	PROCEDIMIENTO	77
4.4.1	PROGRAMA AL+MEF+MEM	77
4.4.2	PROGRAMA TEATRO VIVO.....	81
4.5	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	82
5.	RESULTADOS.....	83
5.1	RELACIÓN ENTRE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS, SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA, INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO Y COGNICIONES DESADAPTATIVAS.....	83
5.1.1	ACTITUDES ALIMENTARIAS ALTERADAS.....	84
5.1.2	SINTOMATOLOGÍA DE ALTERACIONES ALIMENTARIAS	84
5.1.3	INTERIORIZACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL IDEAL ESTÉTICO.....	85
5.1.4	COGNICIONES DESADAPTATIVAS.....	87
6.	DISCUSIÓN	89
6.1	OBJETIVO GENERAL	89
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	89
6.3	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	91
6.3.1	SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN RESPECTO AL GRUPO CONTROL.....	91
6.3.2	INTERIORIZACIÓN DEL IDEAL ESTÉTICO FEMENINO Y MASCULINO.....	97

6.3.3	CREENCIAS DESADAPTATIVAS RESPECTO A LA IMAGEN CORPORAL	101
6.3.4	EFICACIA DE LOS DOS PROGRAMAS PREVENTIVOS	103
7.	LIMITACIONES.....	107
8.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	109
9.	REFERENCIAS.....	111
10.	ANEXOS	151
	Anexo A: Instrumentos de evaluación administrados a la muestra	151
	Anexo B: Fragmentos extraídos de la obra de Teatro <i>Teen Spirit!</i>	156
	Anexo C: Actividad “Crítica de un Anuncio”	162
	Anexo D: Actividad “Carta de denuncia a los Medios de comunicación”	163
	Anexo E: Resultados del tamaño del efecto	172

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad occidental actual, existe una enorme preocupación por el peso y la figura. El incremento de este factor de riesgo aumentará la probabilidad de la aparición de sintomatología de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Según la Fundación Imagen y Autoestima en su informe “Cuando no gustarse hace enfermar”, los TCA son la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados (Fundación Imagen y Autoestima, 2008).

La alta prevalencia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, revisado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (DSM-V, 2013) junto con el enorme sufrimiento que provocan estas enfermedades, tanto a las personas que las padecen como a sus familias, hacen que sea una prioridad de primer orden que surjan nuevos mecanismos de prevención.

La apariencia, el estatus social, la sexualidad y el consumo son, por diferentes razones, incluyendo la influencia de los Medios de Comunicación (en adelante MMCC), aspectos muy relevantes en la vida de los individuos de muchos países. En concreto, aquellos pertenecientes a la Cultura Occidental que a su vez, se vinculan con un modelo económico capitalista. El contenido que los Medios difunden con demasiada frecuencia, mediante mensajes no saludables sobre el sexo, el ser atractivo/a, el ideal corporal, el dominio sobre sí mismo, el deseo, los alimentos y el control de peso ha contribuido a una “Epidemia de trastornos alimentarios” (Bordo, 1993; Currie, 1999).

En la presente investigación, se han analizado dos programas de prevención respecto a la sintomatología alimentaria, la influencia del modelo estético y las cogniciones desadaptativas, implementados en la población de riesgo de estos trastornos: los adolescentes; y en su medio natural, la escuela.

Para poder contextualizar esta tesis doctoral, hay que remontarse unos años atrás. En 1993, se creó la Unitat d’Avaluació i Intervenció de la Imatge Corporal (UAIC) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), donde se han desarrollado diferentes programas de tratamiento y prevención de los TCA. En el 2002, se desarrolló un programa de prevención con el objetivo de disminuir las actitudes alimentarias de riesgo y el efecto de las presiones socioculturales del modelo estético femenino actual. Este programa necesitó de algunas modificaciones y mejoras como ampliar su contenido, el número de sesiones, ser más interactivo e incorporar actividades sobre la alfabetización mediática. El resultado final fue el programa publicado en el libro *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*® (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008). Este programa se basó en el Modelo Cognitivo-Social (Bandura, 1986) y en modelo teórico

de la de *Media Literacy* o Alfabetización en Medios de Comunicación (Levine, Piran, y Stoddard, 1999).

Dicho programa estaba compuesto por tres partes. El primer bloque, fue el de Alimentación (AL) en el que se explicaba al alumnado las diferencias entre conceptos tan importantes como Alimentación, Nutrición y seguir una dieta saludable y equilibrada. El segundo bloque estaba enfocado en el Modelo Estético Femenino (MEF), donde se realizaba la crítica al modelo de belleza femenina actual y a su imparable globalización. El último y tercer bloque trataba sobre la difusión realizada por los MMCC sobre el ideal de belleza femenino.

En la presente investigación, se han analizado los resultados obtenidos del programa comentado anteriormente *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*® (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008) que se llevó a cabo, junto con las siguientes incorporaciones. En primer lugar, la crítica al Modelo Estético Masculino (MEM) (González, Penelo, Romero, Gutiérrez y Raich, 2012; González, Rosés, et al., 2011) y, en el apartado referente a la difusión del ideal en los MMCC, también se trabajó el estereotipo masculino. Se mantuvo respecto al programa original la parte de *Media Literacy* o Alfabetización de los Medios. El objetivo era involucrar a los alumnos de una manera activa en el programa de prevención. Para ello se les pidió que pusieran en práctica todo lo trabajado con anterioridad escribiendo unas cartas de denuncia (o crítica) a diferentes MMCC. La motivación para generar este programa modificado (en adelante AL+MEF+MEM) es la creciente demanda de chicos (varones) preocupados en exceso por la imagen y el peso, así como la importancia de ser críticos con los mensajes que promueven los MMCC.

El segundo programa de prevención que se ha implementado y también analizado sus resultados es el llamado *Teatro Vivo*. Precisamente, esta fue la segunda gran modificación que se produjo respecto el programa original. En este nuevo programa se utiliza la técnica del teatro como vehículo para poder interiorizar todos los aspectos comentados en el programa anterior a través de esta novedosa estrategia.

El principal objetivo de nuestro estudio es analizar la eficacia de los dos programas mencionados, teniendo presente que se han incorporado dos elementos novedosos, de los cuales existe poca literatura científica, como son la incorporación del estereotipo masculino y la técnica del teatro.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son “las causas de los casos” según Rose (1985) o también, aquellos que temporalmente preceden y predicen la aparición de un posterior fenómeno (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, y Agras, 2004). Por tanto, explican la aparición de una enfermedad específica de una persona en un momento determinado (Piran, 2010). Según Agras (2010), los factores de riesgo de un trastorno pueden determinarse después de estudios preliminares donde se encuentran asociaciones entre el trastorno y diferentes elementos. En primer lugar, se puede identificar un factor de riesgo en estudios prospectivos. Y posteriormente, en ensayos controlados el factor de riesgo causal puede ser identificado, modificando la fuerza del factor de riesgo y determinando qué efecto tendrá dicha alteración en la ocurrencia del trastorno o del componente importante del mismo.

Jacobi y Fittig (2010) presentaron un meta-análisis en el que analizaron la mayoría de estudios longitudinales y retrospectivos realizados entre 2003 y 2008. Sus conclusiones más relevantes indican que para los trastornos de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) los factores de riesgo son: el afecto negativo, el neuroticismo, la comorbilidad psiquiátrica, las preocupaciones por el peso y la figura, la dieta, las complicaciones durante el embarazo, factores perinatales y el aumento de Acontecimientos Vitales Estresantes.

Los autores Campbell, Mill, Uher, y Schmidt (2011) destacan que los factores de riesgo para padecer Trastornos Alimentarios son: hacer dieta, la exposición a los Medios de comunicación y las burlas relacionadas con el peso. Otro de los factores de riesgo, éste a largo plazo, es la temprana aparición de problemas alimentarios, ya que está asociada con problemas crónicos de imagen corporal, cambios de peso constante y obesidad (Birch y Fisher, 1998; Shisslak et al., 1999). Concretamente, la AN es la patología alimentaria más difícil de estudiar, ya que su incidencia y prevalencia son relativamente bajas. Hoy en día, disponemos de un mejor conocimiento de los factores de riesgo de la BN, y en menor medida, del Trastorno por Atracón mediante estudios prospectivos, ensayos aleatorios o estudios controlados (Raich, 2011).

Por otro lado, según otros autores, los factores de riesgo de los TCA con mayor apoyo empírico son la presión social por estar delgado/a, la interiorización del modelo estético delgado, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal (Stice, Rohde, Gau, y Shaw, 2009) el sobrepeso, la historia previa de burlas -relacionadas con la apariencia física por parte de los pares y/o de los progenitores-, la baja autoestima, el estado de ánimo negativo y el perfeccionismo (Levine et al., 1999; Levine y Smolak, 2006). Sands (2000) llega a la conclusión de que la combinación de una negativa imagen corporal y el

deseo de adelgazar son conjuntamente mejores predictores del desarrollo de problemas alimentarios que si se analizan por separado. La interacción de estos factores entre sí junto con diferentes predisponentes genéticos (Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth, y Sullivan, 2007) pueden conducir al desarrollo de trastornos alimentarios.

Por tanto, en el caso de estos trastornos, entender su etiología es imprescindible para poder crear programas de prevención específicos. Según Herzog et al. (1999) las causas podrían ser: un fenómeno sociocultural, un trastorno neurobiológico o bien, la combinación de las dos causas anteriores. Según estos mismos autores, poder identificar los factores de riesgo para desarrollar TCA es fundamental ya que cada vez existen más evidencias de la existencia de factores de riesgo biológicos y psicológicos vinculados a sintomatología alimentaria en adolescentes (Ricciardelli y McCabe, 2001a). Asimismo, si se incrementa el conocimiento sobre la etiología de estos trastornos, disminuirá el prejuicio asociado a los mismos (Stice y Shaw, 2002).

Se deberían identificar los grupos de mayor riesgo para administrar los programas preventivos, con el objetivo de realizar una detección precoz. Entendiendo por programa preventivo como un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al cual se dirige dicho programa preventivo (Becoña, 2002). Estos programas deben estar orientados a objetivos concretos y a grupos claramente delimitados, lo que permitirá tomar medidas más directas, realizar diseños más realistas y, lo más importante, evaluar precisamente su impacto (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Nuestro estudio piloto incluye cada uno de los cinco pasos siguientes: identificación de un problema o un trastorno; puntualización de los factores de riesgo y protectores; realización de estudios pilotos para comprobar la eficacia del programa (es el punto que se desarrolla en la presente tesis doctoral); puesta en marcha y evaluación de la eficacia mediante ensayos a mayor escala y por último, difusión del programa en diferentes contextos comunitarios (Ezpeleta, 2005) citado en López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010). A pesar de que aún faltaría por realizar los dos últimos pasos citados, nuestro objetivo es intentar mantener la mayor validez interna del estudio y, paralelamente, que se puedan generalizar en un futuro los resultados que se obtengan del mismo.

2.1.1 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

2.1.1.1 Género

La mayoría de los programas de prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario han sido administrados para chicas. Sólo alguno de ellos ha considerado el *género* como un factor de riesgo y por consiguiente, se ha controlado el género

femenino como predictor del deseo de adelgazar, insatisfacción corporal y comportamientos bulímicos (Austin, 2000; Piran, 1995; Piran, 2001).

En numerosos estudios el hecho de pertenecer al género femenino ha sido el factor de riesgo más importante para desarrollar sintomatología TCA (Allen, Byrne, Forbes, y Oddy, 2009). Ser mujer, el peso y la imagen percibida son los factores que más se han replicado y que más potentes se han considerado a la hora de identificar estudiantes con posible riesgo de padecer TCA (Jacobi et al., 2004; McKnight Investigators, 2003).

En la adolescencia, y especialmente en chicas, es más probable querer perder peso, mientras que en chicos la preferencia es ganarlo (O'Dea y Abraham, 1999). En población universitaria se encontraron datos análogos: los estudiantes (género masculino) subestimaban su peso y querían incrementarlo, mientras que las estudiantes sobreestimaban su peso y querían ser más delgadas (Raudenbush y Zellner, 1997). En el trabajo de Thompson, Corwin, y Sargent (1997) se halló que el ideal de belleza femenina era más delgado que en los chicos. Existen, por tanto, diferencias entre chicas y chicos respecto a la imagen ideal.

Mientras que para los chicos el bajo peso y el sobrepeso están vinculados con la insatisfacción corporal, en las chicas la insatisfacción corporal sólo se experimenta por el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) (Bearman, Presnell, Martinez, y Stice, 2006). La imagen “débil” y “frágil” de la delgadez femenina contrasta con la “fuerte” y “vigorosa” del cuerpo del hombre (Lameiras, Calado, y Rodríguez, 2005). Este contraste es similar al constatado en el estudio de Lloyd, Dittmar, Jacobs, y Cramer (1997) en el que se pone de relieve como los hombres más atractivos son los que se ejercitan en la acción y el riesgo, mientras que las mujeres elegidas responden a un canon relacionado con la pasividad.

Existen diferencias respecto al sobrepeso y la obesidad. En los chicos suelen ser más frecuentes que en las chicas (Babio, Canals, Pietrobelli, Perez, y Arija, 2009; Isomaa, Isomaa, Marttunen, y Kaltiala-Heino, 2010). A pesar que, tal y como se ha comentado anteriormente, la insatisfacción respecto a la imagen corporal (Lawler y Nixon, 2011; Xu et al., 2010) y el comportamiento alimentario no saludable (Haley, Hedberg, y Leman, 2010) son más frecuentes en las chicas.

En el estudio del proyecto *Eating Among Teens* (EAT) de Neumark-Sztainer et al. (2002), aproximadamente el 85% de las chicas y del 70% de los chicos opinaron que les parecía saludable realizar comportamientos de control de peso. Hay que puntualizar que las chicas suelen realizar más comportamientos perjudiciales respecto a la alimentación que los chicos: tienen más atracones, mayor número de prácticas de control de peso extremo (picar, comer rápido, provocarse el vómito, abuso de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar) y en general, mayor insatisfacción corporal (Barry y Grilo, 2002; Cash, Morrow, Hrabosky, y Perry, 2004; Grunbaum et al., 2004).

2.1.1.2 Edad

La adolescencia es la etapa evolutiva de mayor riesgo para el desarrollo de la patología alimentaria, ya que es cuando coinciden una gran diversidad de cambios (Attie y Brooksgunn, 1989; Ben-Tovim et al., 2001; Keel, Mitchell, Miller, Davis, y Crow, 1999; Maddocks, Kaplan, Woodside, y Langdon, 1992; Olmsted, Kaplan, y Rockert, 1994; Sohlberg, Norring, y Rosmark, 1992).

Según Smolak (2011) la imagen corporal, tal y como se entiende en la etapa adulta, se desarrolla por debajo de los 12 años. A los 6 años, los niños con sobrepeso u obesidad están más insatisfechos con su cuerpo que el resto de sus semejantes. Es a partir de entonces cuando se empieza a tener conciencia del peso y de la forma. En la temprana edad de 4 años, los niños no seleccionan las figuras “regordetas” como su figura ideal; hecho que se mantiene a lo largo del transcurso de su desarrollo evolutivo y se da en mayor medida en chicas que en chicos.

La correlación entre insatisfacción e IMC aumenta durante la etapa de Primaria. En el transcurso de esta etapa, prefieren tener amigos con peso normal que con sobrepeso. Esta evaluación es menos negativa en los niños con sobrepeso, los cuales son juzgados con menos dureza, que en las niñas con el mismo problema. La importancia de la apariencia física puede venir tanto en niños como en niñas por la influencia de sus padres, de sus juguetes, o de los personajes de la televisión (en adelante TV). Mientras que para las niñas la *Barbie* sería una referencia, para los niños su ideal está más enfocado a la acción que a la apariencia. En niñas de 5 a 8 años, un mayor consumo de TV, predice insatisfacción corporal. En los chicos (de edad adolescente), una mayor lectura de revistas de juegos, se relaciona con un mayor deseo de musculatura (Smolak, 2011).

El período de mayor incidencia en desarrollar TCA es en la adolescencia (Markey, 2010). Esta etapa de la vida está relacionada con la redefinición del papel social del individuo y con el culto a la belleza (Xu et al., 2010). La adolescencia es también la etapa en que la percepción de la apariencia personal juega el papel más importante en la autoestima (Geller, Srikameswaran, Cockell, y Zaitsoff, 2000; Gila, Castro, Toro, y Salamero, 2004; Tomori y Rus Makovec, 2000). Los sentimientos de desprecio a uno mismo están vinculados con las consideraciones sociales y con el peso corporal: se convierten en un elemento crucial en los TCA en adolescentes (Pesa, Syre, y Jones, 2000). El comienzo de los TCA, según Lameiras et al. (2005), que se situaba en una franja entre los 15-25 años, se desplaza cada vez a edades más tempranas, coincidiendo con un período de un triple cambio: fisiológico, cognitivo-emocional y psicosocial.

2.1.1.3 Pubertad (aparición menarquia/desarrollo precoz en niños)

La aparición temprana de la pubertad es uno de los factores de riesgo mayormente estudiados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario, tanto en chicas como en chicos. En el estudio de Zehr, Culbert, Sisk, y Klump (2007) se obtienen relaciones significativas entre la pubertad precoz, los TCA y los trastornos de ansiedad. Durante la adolescencia, la segregación de las hormonas neuroendocrinas puberales está asociada con un mayor riesgo de psicopatología en chicas y chicos (Ge, Conger, y Elder, 2001; Graber, Seeley, Brooks-Gunn, y Lewinsohn, 2004; Kaltiala-Heino, Kosunen, y Rimpela, 2003; Kaltiala-Heino, Marttunen, Rantanen, y Rimpela, 2003).

Es en la pubertad cuando las chicas incrementan de manera significativa los tejidos adiposos por el cambio producido por la secreción de las hormonas sexuales. Este hecho, en una sociedad donde se valora la delgadez, puede incrementar el riesgo de sufrir TCA. Las partes concretas que se valoran de una manera más negativa en la insatisfacción corporal son aquellas que más cambios sufren en la etapa puberal (Koff y Rierdan, 1993; McCabe y Ricciardelli, 2004; Ohring, Graber, y Brooks-Gunn, 2002; Siegel, Yancey, Aneshensel, y Schuler, 1999). Según Toro (2004), los cambios físicos de la pubertad implican un depósito de grasa corporal en abdomen, nalgas y muslos, precisamente las zonas que más preocupan a la mayoría de las mujeres.

En la misma línea, Raich (2004) afirma que las niñas que se desarrollan antes que el resto de compañeros tienen más problemas con la imagen corporal. Los cambios en el cuerpo les hacen pensar más en que se están engordando que en el tránsito que están viviendo a la edad adulta. Además, esos mismos cambios que afectan especialmente al grosor de sus caderas y sus muslos van en contra del modelo estético ideal. Por su parte, los niños que tardan más en crecer que el resto de sus compañeros acaban preocupados por ser pequeños y frágiles. A pesar que existen estudios como el de Must et al. (2005) donde se observó como la aparición de la pubertad precoz en chicas, se vincula con un mayor peso corporal y en chicos, una madurez más tardía se vincula con un IMC más elevado.

Los cambios relacionados con la pubertad femenina (aparición de la primera menstruación o menarquia), según Wertheim y Paxton (2011), afectan especialmente a aquellas chicas cuya maduración ocurre en un momento diferente al resto de compañeras. Esta diferencia en el desarrollo puede ser especialmente problemática, ya que la adolescencia está relacionada con la necesidad de sentirse integrado y ser similar al resto del grupo de iguales.

Por tanto, la aparición de la menstruación de manera temprana se puede considerar también como un factor de riesgo de una prematura insatisfacción corporal, hábitos poco saludables, sintomatología de TCA y un mayor peso corporal (Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003). La adolescencia temprana también predice la aparición de comportamientos bulímicos y una mayor insatisfacción corporal (Kaltiala-Heino,

Rimpela, Rissanen, y Rantanen, 2001). Asimismo, la pubertad temprana en chicas no sólo incrementa el riesgo de padecer TCA (Zehr et al., 2007) sino también, la preocupación por el control o la pérdida del peso (McKnight Investigators, 2003).

Según Kaltiala-Heino, Marttunen et al. (2003) una menarquia temprana o, en el caso de los chicos, tener la primera eyaculación de manera precoz, correlaciona con problemas ansiosos-depresivos y de conducta. Concretamente, en chicos se vincula con alteraciones conductuales. Según esta investigación, un temprano inicio de la pubertad está asociado con patología mental en la adolescencia, tanto en chicos como en chicas. En la misma línea, se encontró que las niñas que presentan una madurez precoz el entorno les suele exigir una exigencia inasumible que les llevará a un mayor conflicto y a una mayor insatisfacción (Rosenfield, Lipton, y Drum, 2009).

En relación a lo expuesto anteriormente, también existe un punto de vista alternativo: la percepción negativa del peso al inicio de la menarquia podría ser considerado como un factor de riesgo de patología alimentaria y no el hecho objetivo de la menarquia precoz por si misma (Ackard y Peterson, 2001).

A pesar de los estudios que corroboran la relación entre la menarquia precoz y una mayor probabilidad de sintomatología alimentaria, comentados en el presente apartado, también se encuentra evidencia científica de que el sobrepeso supone un mayor riesgo de sufrir un TCA que la pubertad temprana (Raich, Portell, y Peláez-Fernández, 2010). Concretamente, en chicas con un estatus de peso normal, no se encuentran diferencias en la conducta alimentaria en función de si han tenido la menarquia temprana o tardía (Striegel-Moore y Cachelin, 2001). Esto conlleva a que la influencia del IMC en la adolescencia se mantenga hasta la etapa adulta, ya que hay estudios como el de Must et al. (2005) que muestran como el IMC en adultos se explica únicamente por la masa corporal prepuberal y no por la menarquia. En el trabajo de Raich, et al. (2010) también se encontró un mayor riesgo de TCA ante el sobrepeso que en relación a una pubertad temprana.

2.1.1.4 Índice de Masa Corporal

Un IMC elevado se considera cuando supera el estatus nutricional normal (Fahy y Russell, 1993). Numerosas investigaciones demuestran la relación entre un IMC superior a la normalidad estadística e insatisfacción corporal (Algars et al., 2009; Dunkel, Davidson, y Qurashi, 2010; Forbes et al., 2005; Greenleaf, 2005; Hrabosky y Grilo, 2007; Matz, Foster, Faith, y Wadden, 2002; McKinley, 1999; McKinley y Lyon, 2008; McLaren, Kuh, Hardy, y Gauvin, 2004; Owens, Hughes, y Owens Nicholson, 2003; Paxton, Eisenberg, y Neumark-Sztainer, 2006; Presnell, Bearman, y Stice, 2004; Wardle, Waller, y Fox, 2002). Otros estudios también lo consideran como un factor de riesgo específico para la insatisfacción corporal (Paxton et al., 2006; Presnell et al.,

2004; Stice, Hayward, Cameron, Killen, y Taylor, 2000; Stice, 2002). De hecho, un IMC superior al rango de la normalidad resulta ser un factor antecedente para desarrollar actitudes alimentarias de riesgo. Tal y como señalan González, Penelo, Gutiérrez, y Raich (2011), un IMC elevado fue el único predictor de actitudes alimentarias de riesgo al cabo de 30 meses de seguimiento.

Existen estudios que han encontrado una tendencia en adolescentes a presentar un mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo a medida que se incrementa el IMC (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro, y Fleiz, 2002), llegando a convertirse en un factor precipitante, tal como afirman Jáuregui-Lobera y Bolaños-Rios (2012) quienes destacan que el peso corporal está relacionado con el inicio de la sintomatología TCA.

Las presiones socio-culturales por tener un cuerpo "ideal" promueven una mayor valoración de la apariencia, llegando a generar en especial en aquellos adolescentes que tienen obesidad una mayor insatisfacción corporal y, como consecuencia, un mayor riesgo de comportamientos alimentarios negativos (Babio et al., 2009; Xu et al., 2010). La obesidad suele ser más frecuente entre los chicos, en cambio la insatisfacción de la imagen corporal, el comportamiento alimentario no saludable y los TCA son más frecuentes entre las chicas (Babio et al., 2009; Currin, Schmidt, Treasure, y Jick, 2005; Haley et al., 2010; Isomaa et al., 2010; Lawler y Nixon, 2011; Nicholls y Viner, 2009; Peláez-Fernández, Labrador, y Raich, 2004; Xu et al., 2010).

En el estudio de McKnight Investigators (2003), con una muestra femenina, se observó la relación inversa que existe entre la actividad física, el sobrepeso y la obesidad (Galper, Trivedi, Barlow, Dunn, y Kampert, 2006). Otras investigaciones sugieren que las chicas con un elevado IMC no suelen realizar actividades físicas, ni tampoco mantener una nutrición saludable (Boutelle, Neumark-Sztainer, Story, y Resnick, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2002).

Las conclusiones del trabajo de Raich, et al. (2010) son que el incremento de la obesidad y el sobrepeso en adolescentes no sólo afectan a la salud en general, sino que aumentan el riesgo de TCA en particular. Según este mismo estudio, los adolescentes con obesidad y con sobrepeso tienen un mayor número de comportamientos poco saludables, como saltarse comidas, comer menos frutas y verduras, comer solos o hacer dietas muy severas. Otras investigaciones, también con muestra española, muestran que la obesidad es un factor de riesgo consistente para los TCA (Raich, 2004). Los mismos resultados se han obtenido como precursores de Bulimia Nerviosa (Fairburn, Welch, Doll, Davies, y O'Connor, 1997) y de Trastorno por Atracón (Striegel-Moore y Cachelin, 2001).

Resultados similares se encontraron en la investigación portuguesa de Fonseca, Matos, Guerra, y Gomes (2009), donde se puso de manifiesto que las personas con sobrepeso tienen más comportamientos (saludables y no saludables) de control de peso en ambos géneros. Según este mismo trabajo, las diferencias de género pueden

ser entendidas en el sentido de que las mujeres tienen un crecimiento más temprano y, por consiguiente, aumenta el porcentaje de la grasa de su cuerpo de una manera precoz.

Autores como Toro (2004) advierten la importancia de identificar los adolescentes con IMC alto, para poder definir los grupos de riesgo y orientar las estrategias de prevención.

2.1.2 FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS

2.1.2.1 Tipos de pensamientos, creencias y estilos cognitivos vinculados con la patología alimentaria

Los trastornos psicológicos están caracterizados por trastornos específicos de los pensamientos (Rawal, Park, y Williams, 2010). Según estos mismos autores, la teoría cognitiva de Beck fue la primera que sugirió que diferentes trastornos tenían perfiles cognitivos únicos, que reflejaban un contenido específico en cada trastorno.

Precisamente, en la presente tesis, el constructo que hemos tomado de referencia de pensamientos desadaptativos relacionados con los TCA se extrae de la teoría desarrollada por este mismo autor Beck (1979), aunque adaptada a la patología alimentaria por Garner y Bemis (1982). La denominada teoría de Beck, determina que las disfunciones del afecto y el comportamiento provienen de los juicios tendenciosos, producidos de manera recurrente a través de los esquemas que determinan la interpretación del mundo que rodea a una persona. Garner y Bemis (1982) afirmaron que los pacientes con AN sufren algunas de estas disfunciones, junto con otras específicas de su trastorno como, por ejemplo, la inanición. Por tanto, la hipótesis de estos autores es que los pacientes con TCA presentan un estilo cognitivo disfuncional.

La imagen corporal cobra tanta relevancia porque la apariencia física o -el punto de vista que tenemos sobre nuestro exterior- provoca reacciones y comportamientos que afectan a diferentes ámbitos: en las primeras impresiones, en la formación de amistades, en salir o tener relaciones con personas y en las oportunidades de trabajo (Cash, 2004). Los resultados del trabajo de Phillips, Tiggemann, y Wade (1997) mantienen esta idea ya que concluyeron que las mujeres con patología alimetaria tienden a centrar sus cogniciones disfuncionales en relación con su peso, su forma y su dieta, mientras que las mujeres con trastorno depresivo tienden a asociar sus percepciones en relación a ellas mismas, a sus experiencias y al futuro. Estos pensamientos desadaptativos que provocan comportamientos poco saludables pueden llegar a convertirse en un reforzamiento, ya que los pacientes experimentan sentimientos de logro al confirmar que son capaces de rechazar el alimento.

Bruch (1962) fue el primero en reconocer que la imagen corporal disfuncional era común en los TCA, particularmente en la Anorexia Nerviosa. La mayoría de las teorías relativas a los TCA proponen la presencia de estructuras cognitivas disfuncionales (esquemas) que pueden explicar esta fijación cognitiva (Rawal et al., 2010). Tal y como se comprobó en este mismo estudio, existen niveles mayores de rumiación, experiencias evitativas y creencias respecto al supuesto beneficio que conllevan estos pensamientos recurrentes, en los pacientes con AN. Estos resultados vuelven a sugerir que las características de los pensamientos y los sentimientos sobre la persona y el propio cuerpo afectan a la sintomatología alimentaria (Rawal et al., 2010).

La manera como procesamos la información que nos llega es a través de los llamados *esquemas mentales*. Una tendencia a comparar la apariencia de uno mismo con la de los demás está relacionada con una mayor preocupación por la propia apariencia. Se ha estudiado como dicha preocupación modera el efecto de la exposición a mensajes sobre imágenes femeninas idealizadas (Wertheim y Paxton, 2011). Los esquemas mentales, por tanto, se pueden entender como la interpretación del conocimiento mediante la selección y representación de la información para conocerse a uno mismo, al ambiente y al resto de la gente (Dalglish, 2004). Cómo pensamos y cómo nos sentimos depende de cómo se han interpretado los hechos y los acontecimientos. En otras palabras, los sentimientos dependen de las interpretaciones, los juicios y los pensamientos (Ellis, 2005).

A partir de la mediana infancia ya se empiezan a desarrollar los esquemas mentales, los cuales son fundamentales para entender las normas sociales y, especialmente, sus implicaciones en preescolares. La aparición de dichos esquemas respecto a la autoimagen no se da hasta los 6 años o incluso más tarde, aunque el significado de la apariencia cambiará a lo largo de la infancia (Smolak, 2011).

En los criterios clínicos actuales de Trastornos Alimentarios según Cowdrey y Park, (2012) aparece la enorme preocupación acerca el peso y la forma que hace tanto debutar el trastorno, como mantenerlo. Para mantener dichas cogniciones existen actitudes globales disfuncionales guiadas por normas poco estructuradas que influyen en los comportamientos característicos y en las creencias asociadas con los trastornos de la alimentación (Vitousek y Hollon, 1990; Wilson y Lindholm, 1987). En concreto, las preocupaciones que aparecen en la AN, son entendidas como rumiativas y con una temática definida: el control de la alimentación y el peso (Park, Dunn, y Barnard, 2011). Respecto la patología de la Bulimia Nerviosa, los autores Cooper y Fairburn (1986) afirmaron que el factor de mantenimiento principal de la enfermedad es la autoevaluación disfuncional. Por tanto, la forma en que se procesa la información acerca de la propia persona puede influir tanto en el trastorno alimentario como en el comportamiento (Cowdrey y Park, 2012).

En el trabajo de Sternheim et al. (2012) se estudian los pensamientos vinculados con la preocupación (factor que se asocia al mantenimiento de la ansiedad) en

pacientes con TCA. Este constructo de la preocupación se define tomando como referencia a Borkovec, Robinson, Pruzinsky, y DePree (1983, p. 10) como “una cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable”. Asimismo, la preocupación se relaciona con la rumiación y con la intolerancia a la incertidumbre, e incluso, con las metacogniciones de las propias preocupaciones. Siguiendo de nuevo con el trabajo de Sternheim et al. (2012), también se analizaron los pensamientos catastróficos -resultado de una excesiva preocupación-. Los resultados del presente estudio sugieren que la preocupación aparece con alta frecuencia en los pacientes con TCA.

Las afirmaciones expuestas con anterioridad coinciden con el modelo de Taylor, Bagby, y Parker (1999) donde se consideran los Trastornos Alimentarios como trastornos de la regulación del afecto, ya que existe un deterioro en la capacidad para procesar, como consecuencia en la capacidad cognitiva para regular las emociones. Sin embargo, en trabajos como el de Torres et al. (2010), donde se analizan los procesos cognitivos en pacientes con AN, se observa como dichas pacientes no presentan dificultades en procesamientos cognitivos en general, pero sí en el procesamiento y regulación de situaciones que inducen a preocupaciones vinculadas con el cuerpo y la alimentación.

Existen dos categorías tomadas como referencia del trabajo de Davies et al. (2012) del proceso cognitivo y emocional: en primer lugar, el tipo de cognición “fría” basada en la lógica y la razón, y en segundo lugar, el tipo de pensamiento “caliente” basado en los sentimientos, la intuición, la motivación y la respuesta emocional (Chan, Shum, Touloupoulou, y Chen, 2008). El modelo de Schmidt y Treasure (2006) propone que existen dificultades en ambos tipos de pensamientos en los pacientes con AN. En el estudio de Davies et al. (2012) se comprobó que al aplicar un tratamiento cognitivo-conductual mejoraban estos dos tipos de pensamientos. Los resultados mostraron como cambiaba más el tipo de cogniciones “calientes” (vinculadas con las emociones) que en el caso del tipo de pensamientos “fríos”. Siguiendo con esta línea de estudio, el modelo integrador sobre la AN propone como la “emoción” es la clave del aspecto perturbador (Hatch et al., 2010).

En el meta-análisis de Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, y Treasure (2007) se analizan únicamente las cogniciones vinculadas con la lógica y la razón en 15 estudios en los que se realizaron tareas neuropsicológicas en pacientes alimentarios. Los resultados arrojaron que en dichas tareas se observa una rigidez cognitiva tanto en pacientes con AN y con BN. Este hecho vislumbra que en tratamientos de terapia cognitiva se deberían implementar tareas para flexibilizar el estilo cognitivo con ejercicios rutinarios del día a día con el objetivo de conseguir una mayor flexibilidad respecto la patología. También se ha analizado el sesgo atencional que se produce en la AN y la BN, en comparación con una muestra que realiza dietas y restricciones alimentarias. Existe un déficit generalizado en la atención en la BN, mientras que en la

AN esta desatención se centra específicamente en estímulos relativos al cuerpo y al peso (Dobson y Dozois, 2004).

Autores como Phillips et al. (1997) estudiaron el estilo cognitivo asociado a la BN. Los resultados de este trabajo sugirieron como las pacientes controles presentaban un menor nivel de distorsiones cognitivas y creencias irracionales en comparación con el grupo de pacientes con BN y los que pertenecían al de depresión.

Otro tipo de pensamientos poco adaptativos son aquellos vinculados con el perfeccionismo, que se encuentra en muchos de los pacientes con AN y con BN (Yeomans, Boone, Soenens, Vansteenkiste, y Braet, 2012). En el trabajo realizado por Boone, Soenens, Braet, y Goossens (2010) con una muestra de adolescentes de entre 12 y 15 años, los resultados continúan con los postulados de los autores anteriores, respecto a la influencia de las cogniciones disfuncionales en la aparición de sintomatología alimentaria. El tipo de perfeccionismo vinculado con la preocupación correlaciona con TCA. De una manera más específica, los sujetos manifestaban una tendencia a involucrarse en autoevaluaciones negativas (cometer errores y dudas acerca sus propias acciones) e incluso respecto a la evaluación en la propia eficacia según Paterson, Power, Yellowlees, Park, y Taylor (2007) también mostraron un estilo evitativo de resolución de problemas.

Los resultados publicados en Yeomans et al. (2012) muestran que el perfeccionismo implica también una persecución en conseguir unos objetivos ambiciosos que, a su vez, incrementan la tendencia a una autoevaluación negativa y a una mayor autocrítica. Según Fairburn (2008) existe un perfeccionismo clínico que modula los estándares de la terapia cognitivo-conductual para los TCA, especialmente centrado o dirigido a los esquemas disfuncionales. Anderson, Carter, McIntosh, Joyce, y Bulik (2002) indicaron como los pacientes con TCA, que además tenían conductas auto-destructivas, solían tener un estilo cognitivo autodestructivo. Existe por tanto, una correlación entre la autoevaluación negativa, el deseo de ser atractivo y realizar las conductas necesarias para lograrlo, es decir, la motivación de mantener o mejorar la apariencia física (Chang, Jarry, y Kong, 2014).

Finalmente, los esquemas sobre la apariencia se centran en la autoevaluación de la misma. Dicha autoevaluación se extiende hasta tomarse en consideración como una cualidad en la definición del propio individuo. Este constructo incluye un componente motivacional que hace que los comportamientos estén dirigidos a mantener o mejorar dicha imagen física y se asocie con una baja autoestima y una imagen corporal negativa que impacta de una manera importante tanto en la vida personal como en el funcionamiento social (Cash, 2011; Cash, Melnyk, y Hrabosky, 2004).

2.1.2.2 Cogniciones desadaptativas vinculadas con la insatisfacción de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

Schilder (1935) definió la imagen corporal como la imagen de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en que nosotros mismos representamos nuestro cuerpo. Posteriormente, Fisher (1970) dentro de una orientación psicodinámica, publicó varios estudios del constructo al que denominó “frontera del cuerpo” y Shontz (1969), un coetáneo suyo, criticó dicho constructo psicodinámico e integró la teoría de Fisher en diferentes estudios experimentales con el propósito de explicar el concepto multidimensional relacionado con la experiencia corporal (Shontz, 1990).

Existen dos componentes de la imagen corporal: la imagen corporal percibida (estimación del tamaño del propio cuerpo) y las actitudes o sentimientos respecto al cuerpo (cogniciones, afecto y problemas de conducta relacionados) (Rucker y Cash, 1992; Skrzypek, Wehmeier, y Renschmidt, 2001). La imagen corporal son las imágenes de nuestro cuerpo que engloban tanto nuestras autopercepciones y actitudes como pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos en relación a nuestro cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990). Cash, uno de dichos autores, suscribe que la impresión subjetiva de nuestra apariencia es más influyente que la apariencia real y la denomina en su tesis doctoral como *visión interior* (Cash, 1990). La imagen corporal, por tanto, es un constructo multidimensional (Sands, 2000) que engloba elementos cognitivos, comportamentales y emocionales (Cash y Pruzinsky, 2002; Wertheim y Paxton, 2011). De hecho, hay autores que coinciden que tanto la imagen corporal como el deseo de adelgazar está constituido por tres componentes: perceptuales o cognitivos, conductuales y actitudinales (Sands, 2000).

Según Schilder (1935) citado en Raich (2004), desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal es una representación de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal son perturbaciones en el funcionamiento cortical. Siguiendo con esta visión neuropsicológica, en el trabajo de Urgesi et al. (2011) y citando a Schwoebel y Coslett (2005) se destaca como la imagen del propio cuerpo es tan detallada que incluye una representación respecto al conocimiento de los nombres de las partes del cuerpo y sus funciones. Además, las localizaciones del cuerpo vienen marcadas por las imágenes visuales que recibimos, las cuales limitan las partes del cuerpo y muestran sus relaciones de proximidad.

En el trabajo de Sands (2000), citando a Higgins (1987), se propone que los sentimientos de insatisfacción debutan cuando existe discrepancia entre lo que soy (con referencia a la imagen corporal actual), el “ideal” personal y el patrón ideal según las convenciones sociales. Todo ello, no sólo produce insatisfacción sino también frustración, ansiedad y descontento respecto al físico. El constructo de la ansiedad física -derivada de la aprobación social- se considera como una evaluación interna, personal, cognitiva y afectiva marcada por la conciencia de la reciprocidad y las

expectativas sociales (Sands, 2000). Existen evidencias encontradas en diferentes estudios longitudinales que sostienen que determinadas características psicológicas están fuertemente relacionadas con la insatisfacción corporal. Dichas características engloban la tendencia a interiorizar los ideales dominantes de la sociedad: equiparar delgadez con belleza y darles un gran valor a la apariencia y al cuerpo (Wertheim y Paxton, 2011).

En concreto, existen dos tipos de imagen corporal de tipo disfuncional: la distorsión perceptual que ocurre cuando una persona tiene dificultad en calibrar adecuadamente su tamaño corporal, y en segundo lugar, la insatisfacción cognitiva y evaluativa relacionada con el propio cuerpo (Cash y Deagle, 1997; Rucker y Cash, 1992; Skrzypek et al., 2001). La insatisfacción corporal incluye tener preferencias por las características de un cuerpo diferente, respecto del que se percibe como propio y también está vinculado al afecto negativo. Existen evidencias que reflejan que cuanto mayor es la alteración perceptual de la representación corporal mayor es también la alteración a nivel emocional y actitudinal (Fernández-Aranda, Dahme, y Meermann, 1999).

Varios estudios han demostrado que los pacientes con TCA hacen una sobreestimación de las partes del propio cuerpo y también, tienen mayores niveles de insatisfacción corporal y una mayor implicación emocional y actitudinal (Cash y Deagle, 1997; Fernández-Aranda, Dahme, y Meermann, 1999; Stice y Shaw, 2002). Por consiguiente, la significativa alteración a nivel emocional y actitudinal interfiere en la representación de la imagen corporal (Fernández-Aranda et al., 1999). En la revisión de Cash y Deagle (1997) se observó que el 73% de las pacientes con TCA sobrestimaban el propio cuerpo y como el 87% tenían mayor insatisfacción que los controles. También Gila, Castro, Toro, y Salamero (2004) concluyeron que una muestra de chicas adolescentes y adultas jóvenes sobreestimaban ciertas partes de su cuerpo como el tórax, la cintura y las caderas. Además, siguiendo en este mismo estudio, se destaca como el hecho de que exista una distorsión en la imagen es un criterio diagnóstico de AN. Por tanto, las alteraciones en la imagen corporal podrían ser un factor de riesgo para desarrollar TCA y también, una vez diagnosticada la enfermedad, puede llegar a ser un elemento clave para la recuperación. Bruch (1962) afirmaba que una mejora en el tratamiento de los TCA estaba condicionada a la imagen corporal anterior al inicio de la enfermedad (la cual ya presentaba ciertas deficiencias).

Los investigadores Feingold y Mazzella (1998) estudiaron el incremento de la preocupación sobre la imagen corporal en nuestra cultura, en una revisión de 222 trabajos sobre diferencias de género en la imagen corporal a lo largo de 50 años. Obtuvieron que la insatisfacción (tanto en hombres como en mujeres) se ha incrementado considerablemente y además, este tipo de pensamiento negativo se da en más frecuencia y en mayor intensidad en las mujeres. De hecho, la relación que existe entre la autoevaluación personal negativa con la percepción negativa del propio cuerpo no es exclusiva de los pacientes con TCA (Toro, 2004).

El origen de la insatisfacción corporal proviene de la percepción y de la evaluación de la forma y del cuerpo en la niñez y en la adolescencia (Ricciardelli y McCabe, 2001a; Ricciardelli y McCabe, 2001c; Ricciardelli y McCabe, 2003). Los niños o los adolescentes evalúan su propia forma corporal y tienen tendencia a comparar su cuerpo con otros. Es entonces cuando existe una mayor probabilidad de hacer comportamientos o de realizar estrategias para cambiar el propio cuerpo (Holt y Ricciardelli, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2003; Ricciardelli y McCabe, 2001b). La investigación apunta a que la insatisfacción corporal viene mediada por la relación entre la autoestima, el afecto negativo y las estrategias para cambiar el cuerpo con el objetivo de asemejarse a otro (Ricciardelli y McCabe, 2003).

Siguiendo con población adolescente, hace ya más de dos décadas, se obtienen cada vez más indicios de cómo la insatisfacción corporal, el miedo a ganar peso, la preocupación por la apariencia y un alto IMC están asociados con un incremento de padecer TCA (Killen, Taylor, Hammer, y Litt, 1993; Shisslak et al., 1998; Stice, Killen, Hayward, y Taylor, 1998; Story et al., 1991; Striegel-Moore, Silberstein, y Rodin, 1986). Existe una proporción considerable de jóvenes que refieren tener sentimientos de insatisfacción respecto su propia apariencia. Las chicas de manera significativa se describen a sí mismas como personas con sobrepeso, por lo que de manera recurrente tienen pensamientos que reflejan el deseo de ser más delgadas (Thompson y Smolak, 2001).

En la misma línea, según las autoras Wertheim y Paxton (2011), las chicas adolescentes piensan que ser más delgadas les hará ser más felices, sanas y con mejor aspecto físico. Vinculado con este hecho, diferentes estudios sugieren que muchas chicas tienen una gran insatisfacción con su cuerpo y, por tanto, les hace sentir peor con ellas mismas en general. La insatisfacción corporal, tal y como se ha comentado anteriormente, empieza cuando las adolescentes perciben que existe diferencia entre el ideal corporal promovido por los Medios y su propio cuerpo. Se ha de tener en cuenta que dichos ideales promovidos por la cultura occidental de belleza, incluyen niveles de delgadez que para la mayoría de mujeres resultan inalcanzables. En chicas adolescentes, la insatisfacción de la imagen corporal va más allá, ya que engloba también las características faciales, la apariencia de la piel y el tono muscular (Wertheim y Paxton, 2011).

En la teoría de Festinger (1957) se afirma que la mayoría de personas se comparan con otras personas con características similares. Sin embargo, las mujeres en concreto, suelen realizar dicha comparación con las imágenes delgadas e irreales que se muestran en los Medios (Engeln-Maddox, 2005; Strahan, Wilson, Cressman, y Buote, 2006). Respecto a los varones, según Ricciardelli, McCabe, y Banfield (2000) a la mitad de ellos les gustaría ser más delgados, mientras que a la otra mitad les gustaría ser más musculosos. En la revisión de Wertheim, Paxton y Blaney (2009) se observa que el 40-50% de las chicas preadolescentes prefieren ser más delgadas. Este porcentaje aumenta hasta un 70% en adolescentes y tan sólo un 10% prefieren tener más peso.

Según Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos (2012) las personas con trastornos de la imagen corporal, desarrollan creencias acerca de su apariencia física con consecuencias que se reflejan en sus pensamientos, emociones y comportamientos respecto la imagen corporal ideal que les gustaría tener. Este estereotipo consiste en tener la apariencia de un cuerpo *fitness* y delgado (Wertheim y Paxton, 2011). Estas creencias se formaron durante la adolescencia temprana, donde hubo un rápido cambio de la auto-identidad y del desarrollo físico.

Es tan significativo el sufrimiento de los pacientes con TCA respecto su imagen corporal que incluso el malestar se equipara a los niveles de pacientes diagnosticados con Trastorno Dismórfico Corporal (Kollei, Brunhoeber, Rauh, de Zwaan, y Martin, 2012; Rosen y Ramírez, 1998). Existe cierta similitud entre la evaluación negativa corporal y la insatisfacción corporal, a pesar del hecho de una mayor sobrevaloración de la apariencia en las personas afectadas de TCA que en las diagnosticadas con Trastorno Dismórfico Corporal (Rosen y Ramírez, 1998). Sin embargo, en la investigación de Hrabosky et al. (2009) se observaron mayores estrategias de camuflaje y corrección de la apariencia en la muestra de participantes con Trastorno Dismórfico Corporal que en los sujetos con Anorexia Nerviosa. En pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa no se observaron dichas conductas. Estos resultados manifiestan como la puesta en marcha de los problemas vinculados con la imagen corporal y la experiencia son similares, aunque existan distinciones, en su comportamiento y en sus emociones (Hrabosky et al., 2009).

En definitiva, los esquemas mentales de la imagen corporal sirven como moderadores cognitivos para la evaluación de uno mismo sobre la apariencia y las emociones respecto su imagen corporal (Hrabosky et al., 2009). Entender los niveles alterados específicos de la representación corporal es crucial no sólo para el diagnóstico, sino también para la detección precoz, la prevención y el tratamiento (Urgesi et al., 2011).

2.1.3 FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES

2.1.3.1 Comportamientos de riesgo respecto la alimentación

En el trabajo de Stice y Shaw (2002) se constata como la insatisfacción corporal pone en marcha dos tipos de mecanismos. Por un lado, la realización de dietas severas que puede aumentar el riesgo de iniciar y mantener atracones, y por otro, la aparición de sintomatología negativa (esta última vinculada con la apatía, la anhedonia...). La imagen corporal negativa está relacionada de manera significativa con comportamientos dirigidos a un cambio del peso corporal. Por tanto, a más estrategias para conseguir un cambio del propio cuerpo, menores niveles de satisfacción con el cuerpo (en niñas) y mayor nivel de importancia al cuerpo (tanto en niñas como en

niños). El tipo de conducta realizada por los niños está claramente conectada a las estrategias para desarrollar músculo, mientras que la de las niñas van destinada a disminuir el peso (Ricciardelli y McCabe, 2001a; Ricciardelli y McCabe, 2003).

En el proyecto EAT de Neumark-Sztainer et al. (2002) se encontró que la prevalencia de comportamientos poco saludables, en relación con el control de peso, era del 57% de chicas adolescentes y el 33% de chicos adolescentes. En la revisión Wertheim y Paxton (2011) realizada con 21 estudios longitudinales en educación secundaria *middle-school* y en Bachillerato *high-school* (de los cuales 16 de ellos se centraban en la preocupación corporal), los resultados muestran que entre un tercio y la mitad de las adolescentes les atraía perder peso con métodos poco saludables. Estos mecanismos de perder peso eran el uso de dietas muy estrictas, el vómito o el uso de laxantes. De hecho, los consejos sobre cómo perder peso o tener en cuenta las calorías que se consumen pueden llegar a ser un factor de riesgo para adelgazar y de esta forma, aproximarse al ideal de la delgadez (Stice, et al., 2000). Siguiendo con el estudio longitudinal a cuatro años de Wertheim y Paxton (2011) se constató que la preocupación de las chicas por el peso y la forma corporal en secundaria predecía la aparición de problemas con la comida relacionados con la realización de dieta, el deseo de ser delgadas, la sintomatología bulímica, la realización de atracones y otras conductas compensatorias.

En el estudio de Cserjesi et al. (2010) se pone de relieve como el deseo de adelgazar y la insatisfacción corporal, se dan tanto en pacientes anoréxicas como en controles. En ambos grupos, existe el deseo de adelgazar aunque varía la silueta que toman como referencia. Las personas con Anorexia Nerviosa, quieren perder peso sin tener un cuerpo como referencia -simplemente por el hecho de perder peso-. En cambio, en la muestra del grupo control sólo quieren perder peso si su cuerpo se asemeja al de un cuerpo con sobrepeso. Relacionado con ello, las cuestiones que se plantean en este mismo estudio tienen relación sobre el porqué las pacientes con menos peso tienen significativamente mayor deseo de perder peso que el grupo Control, a pesar de no tener cogniciones positivas asociadas a una delgadez extrema.

2.1.3.2 Modelo de los precursores de la insatisfacción corporal y sus consecuencias (Stice y Shaw, 2002).

A continuación, en la Figura 1 se muestra a modo de resumen algunos de los factores de riesgo que pueden estar implicados en la aparición de los TCA, comentados hasta el momento en la presente tesis doctoral. El diagrama de flujo se extrae del modelo conceptual de Stice y Shaw (2002). En esta figura se toma como referencia la insatisfacción corporal y se presentan sus precursores y sus consecuencias. En primer lugar, la relación existente entre una menarquía precoz y el IMC y como éste a su vez, puede influir, tanto en la insatisfacción corporal como en la

percepción de la presión por la delgadez. Asimismo, la presión por la delgadez es un elemento que antecede a la interiorización del ideal delgado, la insatisfacción corporal y la realización de dietas. Dicha interiorización del modelo delgado también está vinculado por un lado, con la insatisfacción corporal y por otro, con conductas restrictivas. Una imagen corporal negativa, a su vez, precede a la realización de dietas y a la aparición de sintomatología negativa. Del mismo modo, las restricciones alimentarias pueden influir en el afecto negativo y ambos elementos (llevar a cabo dietas junto con tener un bajo estado de ánimo) pueden ser desencadenantes de TCA.

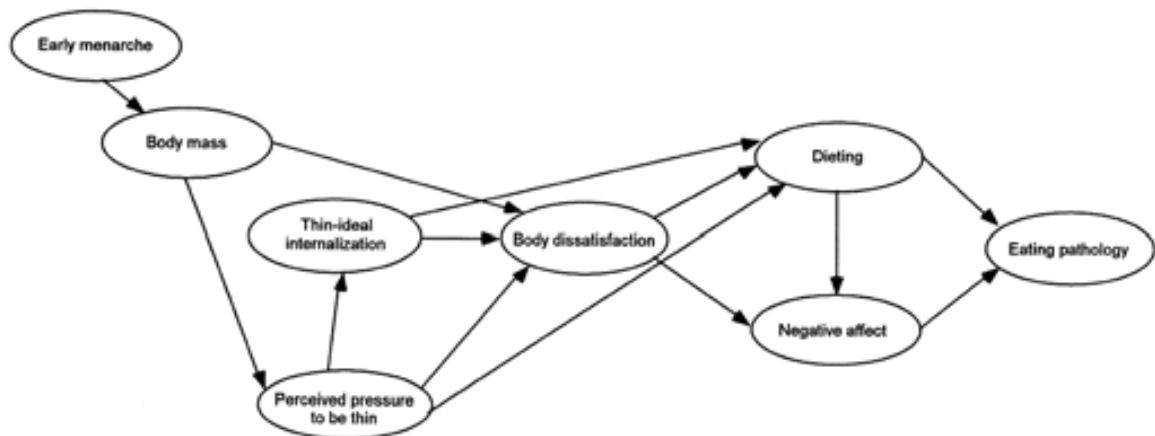


Figura 1. Diagrama de flujo extraído de Stice y Shaw (2002).

2.2 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En este apartado se exponen algunos de los conceptos, teorías y modelos científicos en los que se sustenta buena parte de este trabajo y que además, nos sirven para contextualizar dicha tesis doctoral empezando por el concepto de “prevenir”. Prevenir significa literalmente “intervenir y actuar con anticipación para impedir que algo ocurra” (World Health Organization, 2004). Según esta misma institución, la prevención de los trastornos mentales está centrada en: reducir los factores de riesgo, la incidencia, la prevalencia y la recurrencia. De esta manera, disminuirá el tiempo en que las personas tienen los síntomas y el riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Asimismo, se retrasará tanto las recurrencias como el impacto de la enfermedad en todos los niveles. El objetivo de los programas de prevención es la reducción de la causa, así como la modificación de los factores de riesgo a fin de disminuir la incidencia del trastorno. En definitiva, la base de la prevención es la identificación de “las causas de los factores de riesgo”.

En la prevención de los Trastornos Alimentarios y de la obesidad se incluye la instrucción en hábitos alimentarios saludables de control de peso, la realización de actividad física, la *Media Literacy* (o Alfabetización en Medios de Comunicación), trabajar la imagen corporal positiva y las habilidades para hacer frente al afecto

negativo y al estrés. Por ello, se deben desarrollar programas que aborden la amplia gama de problemas relacionados con el peso (Austin, Field, Wiecha, Peterson, y Gortmaker, 2005; Neumark-Sztainer, Palti, y Butler, 1995; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, y Rex, 2003). La aplicación de programas de prevención en escuelas parece un punto de partida lógico para la prevención universal, ya que se dirige a la población joven general (Tobler y Stratton, 1997).

El objetivo es disminuir tanto el nivel de insatisfacción corporal como la influencia del estereotipo vigente (que marca cómo debe de ser la imagen corporal en adolescentes) ya que están vinculados con una menor autovaloración y con una mayor insatisfacción en otros aspectos de la vida (Strauss y Pollack, 2003).

2.2.1 TIPOS DE PREVENCIÓN

Existen tres categorías básicas de programas de prevención: *universal*, *selectiva* e *indicada* (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). La *Prevención universal* está enfocada en los factores de riesgo de la población general; por tanto, la mayoría de la población que recibe dicha prevención tendrá un bajo o nulo riesgo. La *Prevención selectiva* está focalizada en el segmento de la población que tiene un riesgo significativamente superior de padecer TCA: son los llamados *grupos de riesgo*. Estos programas han sido considerados más eficaces que los destinados a la prevención universal (Stice, Presnell, Gau, y Shaw, 2007). En último lugar, existen los programas dirigidos a realizar una *Prevención indicada*. Estos últimos programas están focalizados en la población de alto riesgo o que ya presenta sintomatología asociada.

2.2.2 TEORÍAS EN QUE SE BASAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

2.2.2.1 Teoría Cognitiva Social

La teoría del aprendizaje social es conocida como la *Teoría Cognitiva Social de Bandura* (Bandura, 1986). Según Levine y Smolak (2006) “Esta teoría entiende el comportamiento normal (adaptativo, saludable) y el comportamiento patológico (desadaptativo, insano) según la relación entre tres factores: procesos cognitivos y emocionales que ocurren dentro de la persona; patrones de comportamiento y competencias potenciales; y por último, el ambiente o el contexto” (Bandura, 1986; Bandura, 1997).

La interacción continua entre las características personales, el comportamiento de la persona y el ambiente en el que se ha realizado la conducta se denomina *determinismo*

recíproco o *reciprocidad trídica* (Bandura, 1986). Por tanto, el funcionamiento psicológico es una interacción recíproca y continua entre factores personales, conductuales y ambientales que están constantemente influenciándose uno al otro; lo cual explica porqué un cambio en un factor implica un cambio en el otro (Bandura, 1982). Así pues, esta teoría se centra en cómo la persona construye su conocimiento, expectativas, emociones y comportamientos y cómo se modulan mediante el ambiente físico, social y cultural.

En relación a los trastornos alimentarios, el esquema según la Teoría Social Cognitiva sería el siguiente: el Estímulo Neutro *gordura* debido a las presiones socioculturales se convierte en Estímulo Condicionado (*gordura* = no ser atractivo/a, inferioridad, rechazo social...). El paso siguiente consistiría en que el comportamiento *dieta* provocase una Respuesta Condicionada (RC = aprobación social y autocontrol). Todo ello va en la dirección de que las expectativas de la persona mantengan la conducta: la dieta (Bandura, 1986). En este proceso hay tres tipos de aprendizajes implicados:

- *La experiencia directa*: los reforzamientos y castigos procedentes del ambiente.
- *El aprendizaje observacional (o vicario)*: la persona mediante los mecanismos perceptuales y cognitivos que posee aprende mediante la observación.
- *Comunicación simbólica*: cualquier aprendizaje incluye no sólo cambios en el comportamiento, sino en habilidades, expectativas, valores, decisiones...Teniendo presente que la habilidad de construir símbolos y usarlos es uno de los aspectos más importantes en las capacidades cognitivas.

Otro concepto que puso de relieve Bandura fue la *autoeficacia percibida*. Este concepto se refiere a las creencias de las personas respecto su capacidad para organizarse y ejecutar los pasos necesarios para llegar al resultado deseado. Dichas creencias influyen en la manera de pensar, sentir, motivarse y actuar. Especialmente, influyen en la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar la meta y en la persistencia por continuar luchando a pesar de los obstáculos que vayan apareciendo. Esta capacidad se desarrolla a partir de cuatro componentes: experiencia directa, experiencias vicarias, persuasión verbal y estados psicológicos y emocionales (Bandura, 1999). La autoeficacia percibida, por tanto, está considerada como el elemento más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y el cambio de conducta (Bandura, 1999).

Del mismo modo que en estudios predecesores realizados con el primer programa original (González, Penelo, et al., 2011; Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008; Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerà, et al., 2008; Raich, et al., 2010) la intervención actual se engloba en el marco del modelo Cognitivo Social, teniendo en cuenta la interacción recíproca entre las relaciones del ambiente y los individuos. Los factores socioculturales crean, dan forma y mantienen las creencias, emociones, motivos y comportamientos que constituyen los TCA. Por ello, se enseña a los

estudiantes a analizar y a deconstruir la imagen ideal promovida por los mensajes de los MMCC (González, Penelo, et al., 2011).

Otro de los programas basados en este modelo fue *The Weight to Eat!*, desarrollado por Neumark-Sztainer et al. (1995) y con resultados poco destacables. Posteriormente, surgió un nuevo programa diseñado por Stewart (1998), en el que se encontraron cambios significativos después de la intervención en la reducción de la sintomatología TCA -medida con el instrumento *Eating Attitudes Test* (EAT)- a los seis meses de seguimiento (Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth, y Fairburn 2001).

2.2.2.2 Teoría de la Disonancia Cognitiva

La *Teoría de la Disonancia Cognitiva* de Festinger (1957) plantea cómo las cogniciones contradictorias provocan malestar psicológico y la necesidad de mantener la coherencia entre creencias, actitudes y conductas. Según explica el mismo Festinger en su libro *A theory of Cognitive Dissonance*, cuando tenemos dos ideas incongruentes en nuestra mente -por ejemplo, respecto el hecho de fumar: una misma persona piensa que es malo para su salud, pero a la vez recibe una enorme gratificación inmediata, ya que si lo deja, ganará peso- provocan malestar psicológico y motivan a conseguir la consonancia entre las dos ideas. Además, cuando existe dicha disonancia cognitiva, se evitan situaciones e informaciones que aumenten la disonancia.

Uno de los ejemplos de programas que siguieron dicha teoría fue el llevado por Stice, Mazotti, Weibel, y Agras (2000). Se encontraron efectos significativos en la reducción de sintomatología bulímica después de realizar un programa de prevención basado en la teoría de disonancia cognitiva en chicas de educación secundaria. Otro ejemplo es el llevado a cabo por el mismo autor, pero con otros colaboradores (Stice, Hayward, et al., 2000). En este programa, también basado en la teoría de Festinger, los participantes mostraron una disminución en la interiorización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, el afecto negativo, los síntomas alimentarios y una reducción del sufrimiento psicosocial, menor incremento en el peso y menor riesgo de sufrir TCA y obesidad durante los tres años después de la intervención en comparación con el grupo Control. Después de varios trabajos de Stice y sus colaboradores se llegó a editar la guía de este programa de intervención en población con riesgo de sufrir patología (Stice y Presnell, 2007)

Stice obtuvo resultados similares en su revisión del 2007 (Stice, Shaw, y Marti, 2007) donde concluyó que los programas basados en la disonancia cognitiva reducen la interiorización del ideal de belleza y este hecho, a su vez, disminuye a largo plazo los efectos derivados de la insatisfacción corporal, como son: la realización de dietas, el afecto negativo y la patología alimentaria.

2.2.2.3 Modelo de Vulnerabilidad no Específica

Según Levine y Smolak (2006), hay numerosos indicios que demuestran que existen variables de estrés y vulnerabilidad implicados en el desarrollo de diversas patologías, entre las que se encuentran los trastornos alimentarios. En esta misma línea, los trastornos mentales y los problemas de comportamiento aparecen cuando las personas tienen mucho estrés, poco respeto hacia ellas o hacia al resto de personas, gozan de pocas relaciones significativas, poseen una percepción de poco apoyo social y además, cuentan con recursos limitados de tipo personal, social y físico para conseguir sus objetivos. Por tanto, el *Modelo de Vulnerabilidad no Específica* defiende que la prevención podría reducir el estrés, la discriminación, la explotación social, el aislamiento y la impotencia, en general, mediante la mejora de las propias habilidades de la persona, la autoestima, las interacciones significativas y las oportunidades para la competencia y el trabajo (Albee y Gullotta, 1997; Bloom, 1996).

Se consideran habilidades positivas aquellas que son necesarias en las relaciones sociales, los aprendizajes, el trabajo, una identidad consolidada, una buena salud y responsabilidad para uno mismo y para el resto de personas. Lerner, Almerigi, Theokas, y Lerner (2005) nombran estas características como las “Cinco Cs”: *Competence, Connection, Character, Confidence and Caring* (en Castellano Competencia, Relaciones, Carácter, Confianza y Cuidado)

Uno de los programas de prevención en problemas relacionados con la comida y los Trastornos Alimentarios que han incorporado este modelo es *Everybody's Different* (O'Dea y Abraham, 2002). Los resultados, que se obtuvieron 12 meses después, confirman que se produjo un aumento de la satisfacción corporal medida con el *Eating Disorder Inventory* (EDI) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). Un año más tarde, en la muestra considerada de alto riesgo (baja autoestima y niveles altos de ansiedad) se mantuvo una disminución significativa en el deseo de conseguir la delgadez, la importancia dada al aspecto físico y una mayor satisfacción corporal como parte de la autoestima. Además, en la muestra femenina disminuyó también el número de dietas que realizaban.

2.2.2.4 Modelo Feminista

En los programas de prevención, se debe reconocer el género como un factor de alto riesgo, ya que el género femenino tiene un gran impacto tanto en la experiencia personal como con el propio cuerpo (Piran, 2010).

La relación en la prevalencia de los TCA 9/1 (mujeres/hombres) es mucho mayor que en otras patologías relacionadas con el género: depresión, trastorno por pánico con agorafobia, autismo, abuso de sustancias o trastorno antisocial (Levine y Smolak,

2006). Los comportamientos que son concomitantes, síntomas per se o factores de riesgo, como por ejemplo, una intensa preocupación por el peso, hacer dieta y utilización de purga; son más frecuentes en chicas y mujeres que en chicos y hombres (Smolak y Levine, 2001a). Existen diferentes posibles explicaciones para este hecho: mayor vulnerabilidad en el cerebro femenino o diferencias respecto a la satisfacción corporal, entre otras. Las mujeres a lo largo de su vida se exponen con mayor frecuencia e intensidad a experiencias respecto su cuerpo: sufren la presión de la “mujer ideal” que muestran los Medios de Comunicación, las conversaciones entre iguales giran frecuentemente en torno al tema de la forma y el peso y además, en algunas ocasiones, son objeto de abuso y acoso sexual (Levine y Smolak, 2006a).

Debido a estas presiones, las operaciones estéticas son para muchas mujeres la única vía para conseguir la imagen culturalmente aceptada: ser delgada y tener un busto grande. Esta imagen irreal es la que habitualmente se muestra en los Medios de Comunicación escritos, la televisión, las películas y la que se expone a modo de objeto. El estereotipo de la mujer no está asociado con promover buena salud, participar en deportes, tener inteligencia, conseguir logros académicos o con la maternidad (Levine y Smolak, 2006b). La mujer que se muestra en los MMCC, tal y como corroboran Bordo y Heywood (2003) y Kilbourne (1994), normalmente se presenta como una persona pasiva, vulnerable y disponible en contraposición con presentarse como una persona activa, ocupada y con un alto estatus social.

El modelo feminista critica el hecho que se considere la mujer exclusivamente como un objeto de deseo (Fredrickson y Roberts, 1997; McKinley y Lyon, 2008) y que se conciba el cuerpo de la mujer como un objeto pasivo para provocar placer a la vista de los otros, particularmente a los hombres. Sin embargo, el cuerpo de los hombres es entendido como un instrumento activo para lograr objetivos en diferentes ámbitos como el deporte, en aventuras de riesgo o en tareas donde se ejerciten los músculos. Las mujeres pueden llegar a asumir estas conceptualizaciones sobre su imagen de una manera precoz y, a lo largo de su vida, llegar a actuar en muchos momentos tal y como se espera que lo hagan.

Uno de los puntos básicos que denuncian los modelos feministas, es equiparar la mujer como un objeto sexual, considerando su cuerpo como un entretenimiento para el hombre. Como además, tal y como se ha comentado anteriormente, la mujer ha interiorizado este mismo papel puede llegar a pagar un alto precio para ser bella, recurriendo frecuentemente a operaciones de estética (Levine y Smolak, 2006). Según los autores Fredrickson y Roberts (1997), cuando las mujeres se consideran a sí mismas como objetos es cuando se juzgan según su atractivo o como objetos sexuales.

Existen diferentes programas que se han basado en estos supuestos de las teorías feministas como por ejemplo *Full of Orselves* (Steiner-Adair et al., 2002), *Free to Me* (Neumark-Sztainer, Sherwood, Collier, y Hannan, 2000) y *GO GIRLS!* (Levine et al., 1999). Los programas de prevención están implementados en chicas y basados en sus

experiencias particulares, tanto en la escuela como en el contexto que se llegue a trabajar (Levine y Smolak, 2006). Después de aplicar estas intervenciones basadas en las teorías feministas, los resultados obtenidos han sido muy prometedores (Neumark-Sztainer et al., 2000; Piran, Levine y Steiner-Adair, 1999; Steiner-Adair et al., 2002). Este hecho pone de manifiesto la influencia del rol del género femenino en la cultura, en el desarrollo del tratamiento y en la prevención de los TCA.

2.2.2.5 Alfabetización Mediática o *Media Literacy*

El último marco teórico del programa de prevención es el modelo de *Media Literacy*. Esta teoría considera que los MMCC juegan un papel fundamental en perpetuar el riesgo de padecer TCA. El objetivo es fomentar estrategias para ser crítico ante los mensajes difundidos por los MMCC. El aspecto principal en que se centra el modelo de *Media Literacy* es el desarrollo de habilidades de resistencia ante la persuasión social, con el objetivo de reducir los niveles de realización de dieta, los atracones, los comportamientos vinculados a la presión de la delgadez y su interiorización (Sinton, Taylor, 2010). Este último modelo merece una mayor profundidad, tal y como se muestra en el apartado 2.2.5.

2.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En la revisión bibliográfica de los programas existentes en la literatura científica, respecto los programas de prevención en TCA, se ha tomado como referencia la revisión de Stice, et al. (2007). Sus resultados respecto a la eficacia de los programas fueron que el 51% de los programas de prevención reducían los factores de riesgo vinculados con sufrir un TCA y un 29% disminuía futuras patologías alimentarias.

Siguiendo con la revisión de Stice et al. (2007), en la presente tesis doctoral se seleccionaron los programas tomando como referencia algunas de las propuestas de los autores. En primer lugar, referente a la cantidad de sesiones, en el meta-análisis del 2007 se constató como la existencia de múltiples sesiones en comparación con una única sesión, era más eficaz. Además, en el tiempo transcurrido entre las sesiones, los participantes podían tener ocasión de poner en práctica nuevas habilidades según las situaciones y/o problemas relacionados con los aspectos trabajados en el programa.

Por otro lado, trabajar la aceptación corporal como contenido principal del programa incrementaba la eficacia del mismo (Stice et al., 2007). Estos autores describen que una mayor insatisfacción corporal incrementa el riesgo de realizar dietas insanas, así como tener un estado de ánimo negativo y llevar a cabo comportamientos purgativos

con el objetivo de controlar el peso. Por ello, a mayor satisfacción corporal disminuirá el riesgo de dichas conductas perjudiciales.

Otro criterio tomado como referencia fue que los instrumentos que se utilizaron estuvieran en su gran mayoría estandarizados. En nuestra muestra, dichos instrumentos mostraron una alta fiabilidad y validez.

Finalmente, en relación con el número de medidas realizadas a lo largo del tiempo se han considerado como mínimo un seguimiento igual o superior a 6 meses, a pesar que en el meta-análisis de Stice y colaboradores se ha encontrado que los estudios longitudinales producen efectos más débiles. Este hecho es debido a que el paso del tiempo disipa el efecto del programa, además de la inevitable presión sociocultural sobre la delgadez.

Como resultado de lo expuesto con anterioridad, se seleccionaron sólo aquellos programas que cumplían las siguientes características: múltiples sesiones, que el tema principal trabajado fuera la aceptación corporal (según diferentes modelos teóricos), con instrumentos de medida (en su mayoría) estandarizados y con un seguimiento igual o superior a seis meses. Además de estos criterios, también se tuvo en cuenta que fueran llevados a cabo in situ en los colegios a los que pertenecían los sujetos participantes y en población adolescente escolarizada (el nombre del curso concreto cambia según cada país).

La tabla 1 se ha realizado siguiendo las revisiones anteriores de López-Guimerà (2007) y González (2012) a las que se han añadido las últimas actualizaciones y se han modificado la elección de los estudios según los criterios comentados anteriormente. Es preciso destacar que en nuestra revisión, y como elemento diferenciador de las anteriores, se incluye la incorporación de estudios que utilizan el teatro como técnica de prevención (estudios 19, 20, 21). Debido a la escasa producción científica en este ámbito se han elegido todos los programas de prevención en problemas relacionados con el peso que incluyen la técnica del teatro sin tener en cuenta los criterios escogidos para el resto de programas (comentados en el presente apartado).

Tabla 1. Cuadro de la revisión bibliográfica realizada sobre los programas de prevención universal.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
1. Neumark-Sztainer, et al. (1995) Israel	Análisis de cohortes Asignación aleatoria Seguimiento a seis y a 24 meses	n = 341 chicas Media edad: 15,3	-Escala de insatisfacción con el cuerpo y la imagen corporal del <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) (Garner, et al., 1983) -Escala Storz y Greene sobre métodos de pérdida de peso (Storz y Greene, 1983) -Registro variables demográficas (ad hoc) -IMC	<u>PROGRAMA:</u> <i>The weight to Eat</i> El objetivo de las sesiones fue incrementar la habilidad para enseñar de manera formal e informal discusiones con los adolescentes acerca las dietas y la imagen corporal. Administrado por un nutricionista/educador de la salud.	10 sesiones (60') semanales	Teoría Cognitiva Social (TCS)	Los estudiantes preferían métodos de enseñanza en los que estuvieran implicados activamente (ver y discutir una película, preparar un póster, un pequeño grupo de trabajo o discusiones de clase). En comparación con el grupo Control, después de seis meses, el grupo de intervención mostró mayor conocimiento en nutrición, hacían ejercicio de manera más frecuente. No se encontraron mejoras en este seguimiento respecto la imagen corporal. Después de dos años, el programa no tuvo incidencia en los intentos recientes de pérdida de peso. En cambio, sí que mejoró en prevenir el hecho de hacer dietas no saludables y atracones, en chicas que antes del programa no realizaban estas conductas. El grupo de las chicas con sobrepeso y que habían recibido el programa, a los seis meses disminuyeron significativamente tanto en realizar

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
							atracones como en utilizar métodos no saludables de control de peso. Estos resultados se mantuvieron durante dos años.
2. Santonastaso et al. (1999) Italia	Grupo Experimental VS Grupo Control Aleatorización por grupos <u>Seguimiento 12 meses</u>	n = 308 chicas Media edad: 16,1	Anamnesis: nombre, edad, peso, altura, nivel socioeconómico, edad y menarquia - <i>The Eating Attitudes Test</i> (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979) - <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) (Garner, et al. ,1983)	<u>PROGRAMA:</u> -Explicación sobre los cambios en la pubertad (especialmente en las chicas). -Relación en los cambios físicos/insatisfacción corporal: deseo de ser delgada para tener una buena autoestima y una positiva valoración del entorno. -Relaciones interpersonales con la familia, iguales y los conflictos sobre la autonomía. -Información sobre la etiología de los TCA, el porcentaje de personas que hacen dieta dentro de los trastornos y la importancia de la detección precoz de los factores de riesgo. -Aspectos socioculturales: actitudes respecto la comida, presión por estar delgado (estos últimos temas se	Cuatro sesiones (120') 1ª hora: presentación de material didáctico 2ª hora: discusión en grupo Un día semana durante un mes.	TCS	Se formaron dos grupos según la puntuación del EAT: de alto riesgo ≥ 30 y de bajo riesgo < 30 . No existen diferencias significativas entre el grupo de intervención y el Control. El grupo de bajo riesgo que formó parte del programa obtuvo una reducción significativa de las puntuaciones del EDI (subescala de insatisfacción y de comportamientos bulímicos). En cambio, en las puntuaciones del grupo de alto riesgo no se encontraron diferencias respecto al grupo Control.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				<p>debatieron en grupos).</p> <p>Administrado por un psicólogo y un psiquiatra expertos en TCA. Los administradores no sabían qué grupo era el de alto riesgo.</p>			
<p>3. O'Dea y Abraham (2000)</p> <p>Australia</p>	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control.</p> <p>Aleatorización por grupos.</p> <p>Seguimiento a los tres meses y a los 12 meses</p>	<p>n = 470 chicos y chicas</p> <p>Media edad: 11,1-14,5.</p>	<p>-<i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) (Garner, et al. ,1983)</p> <p>-<i>The Self-Perception Profile for Adolescents</i> (Harter, 1982)</p> <p>-<i>Depression Inventory</i> (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961)</p> <p>-<i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI Junior) (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970)</p> <p>-Cuestionario demográfico, de hábitos alimentarios e imagen corporal (O'Dea, Abraham, y Heard, 1996)</p>	<p>PROGRAMA: <i>Everybody's Different</i></p> <p>Programa interactivo aplicado en la escuela basado en la autoestima, la imagen corporal, las actitudes y los comportamientos vinculados con la alimentación</p> <p>Temas tratados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Afrontamiento del estrés -Construcción de la propia autoestima -Identificar estereotipos actuales -Autoevaluación positiva -La relación y comunicación con los otros y cómo afecta a nuestra autoestima -Habilidades sociales y de 	<p>Nueve sesiones semanales (50-80')</p> <p>También con tareas que se mandaban para realizar en casa.</p>	<p>TCS</p> <p><i>Media Literacy</i> (ML)</p> <p>Modelo de Vulnerabilidad no Específica (MVNE)</p>	<p>El grupo que realizó el programa mejoró significativamente la satisfacción corporal (autoestima, aceptación social, apariencia física y la capacidad atlética).</p> <p>A los 12 meses, en la muestra considerada de alto riesgo (baja autoestima y niveles altos de ansiedad), se mantuvo una disminución significativa en el deseo de conseguir la delgadez, una mayor satisfacción corporal y disminuyó la importancia sobre el aspecto físico, como parte de su autoestima.</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				<p>comunicación.</p> <p>Se implicó a profesores, tutores, trabajadores de la escuela, padres y médicos.</p> <p>Fue administrado por profesores y creado por profesores, ayudantes de la escuela, trabajadores jóvenes de la escuela, grupos de padres y pediatras.</p>			
<p>4. Dalle Grave, De Luca, y Campello (2001)</p> <p>Italia</p>	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control</p> <p>Aleatorización por grupos</p> <p>Seguimiento a los seis meses y a los 12 meses (Se realizaron dos <i>booster session</i>)</p>	<p>n = 106 chicos y chicas</p> <p>Media edad: 11,6</p>	<p>-<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) (Fairburn y Beglin, 1994)</p> <p>-<i>The Eating Attitudes Test</i> (EAT-26) (Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982)</p> <p>-<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSE) (Rosenberg, 1965)</p> <p>-<i>Knowledge Questionnaire</i> (KQ) (ad hoc)</p> <p>-Cuestionario sociodemográfico</p>	<p><u>PROGRAMA:</u></p> <p>Se basa en factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de los TCA.</p> <p>Se dio información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Características sobrevaloradas sobre el peso y la forma corporal (presiones socioculturales) -Características cognitivas que aumentan la probabilidad de TCA (perfeccionismo, conciencia sobre el propio cuerpo, autoestima y pensamientos dicotómicos). -Efectos físicos y psicológicos de 	<p>Seis sesiones (120' cada sesión)</p> <p>Después de seis meses el grupo experimental recibió dos <i>booster session</i> de 120' durante dos semanas consecutivas</p>	<p>TCS</p> <p>ML</p> <p>MVNE</p>	<p>En el grupo experimental aumentó el conocimiento sobre los TCA y disminuyeron algunas actitudes perjudiciales respecto la comida y el peso (medidas con el EDE-Q). Estos resultados se mantuvieron durante 12 meses.</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				<p>hacer dieta</p> <p>-Conocimiento sobre TCA</p> <p>Se potenció que los estudiantes evitaran desarrollar TCA mediante:</p> <p>-Reducir la importancia que se le atribuye a la forma y al peso corporal en la autoevaluación y la aceptación de los cambios biológicos de la pubertad.</p> <p>-Desarrollar una filosofía de vida basada en la autoaceptación.</p> <p>-Potenciar un nivel de vida saludable.</p> <p>Orientados por profesores y miembros del personal de la escuela. Administrado por dos psicólogos expertos.</p>			
5. Smolak y Levine (2001a) EEUU	<p>Grupo Experimental 1: programa de prevención</p> <p>Grupo Control 1: antiguo grupo Control</p> <p>Grupo Control 2:</p>	<p>n = 509 chicos y chicas</p> <p>Media edad: 9-11 años.</p> <p>Evaluación a</p>	<p>-<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire</i> (SATAQ) (Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995)</p> <p>-<i>Body-Esteem Scale Children</i> (BES)(Mendelson y White, 1993)</p>	<p>PROGRAMA: <i>Eating Smart, Eating for Me</i> (ESEM) (Levine, Smolak, y Etling, 1995)</p> <p>Programa diseñado para su aplicación en <i>elementary school</i> en población general y no en población</p>	10 sesiones de 60' y 40' de evaluación.	TCS ML	En la evaluación <i>Post</i> se obtuvieron los siguientes resultados: en primer lugar, el antiguo grupo Control (que coincidió en el mismo instituto con el actual grupo experimental) mejoraba el conocimiento en nutrición, e igualmente disminuía la realización de control de peso de manera poco saludable y

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
	nuevo grupo Control (que no formo parte 2 años atrás) Asignación no aleatoria <u>Seguimiento 24 meses</u>	24 meses (Media edad:11-13)	- <i>McKnight Risk Factor Study Survey</i> (MRFS) (Shisslak et al., 1999) -Cuestionario de nutrición <i>Eating Smart, Eating for Me</i> (ESEM) (Levine Schermer, Smolak, y Etling, 1995) -IMC	con alto riesgo o con sintomatología. Diseñado para mejorar la alimentación/práctica de ejercicio físico/aumentar la autoestima corporal/fomentar la conciencia de la diversidad natural de los diferentes tipos de cuerpo. Influir en que no se realicen controles de peso poco saludables como la realización de dietas y otras estrategias; trabajar la crítica de la influencia sociocultural (especialmente de los MMCC respecto la nutrición y la delgadez). Administrado por los investigadores.			mejoraba en autoestima (especialmente en chicas). Se pudo haber dado un posible efecto <i>spillover</i> (de contaminación) porque el antiguo grupo Control estuvo en contacto con los alumnos que habían recibido el programa. El grupo experimental mostró mejores puntuaciones en autoestima y menos comportamientos de control de peso y puntuaciones inferiores en el instrumento SATAQ. Especialmente en chicas, dos años después.
6. Baranowski y Hetherington (2001) Escocia	Grupo Experimental Vs Grupo Control Asignación no aleatoria <u>Seguimiento a los seis meses</u>	n = 29 chicas Media edad:11-12	- <i>Index of Self-Esteem</i> (ISE) (Hudson,1982) - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSE) (Rosenberg,1979) - <i>Body Esteem Questionnaire</i> (Mendelson y White, 1982) - <i>Silhouettes</i> (Stunkard, Sorenson, y Schulsinger, 1983)	PROGRAMA: se trabajan los siguientes aspectos: -Las causas y consecuencias de hacer dieta -La evaluación del peso y la forma -Los estereotipos asociados con la delgadez y la obesidad.	Cinco sesiones semanales (90')	TCS	En los dos programas (intervención y control) hubo un descenso de conductas de restricción alimentaria. En el grupo experimental hubo una mejora de la autoestima (aunque el resultado no es estadísticamente significativo). Según este estudio los programas de prevención son más efectivos cuando se dirigen a una población adolescente

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			<p>-<i>Children's Eating Attitude Test</i> (ChEAT) (Maloney, McGuire, y Daniels, 1988)</p> <p>-<i>Dutch Eating Behavior Questionnaire</i> (DEBQ) (van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986)</p>	<p>- Autoestima</p> <p>-Autoestima corporal</p> <p>-Información sobre los TCA</p> <p><u>GRUPO CONTROL:</u></p> <p>-Toma de conciencia de tomar fruta y verdura.</p>			<p>mayor (también tienen mayor riesgo de TCA).</p> <p>Cuando se promueve la alimentación saludable (control y experimental) se consigue reducir la realización de dietas.</p>
7. Stewart, et al. (2001) Inglaterra	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control</p> <p>Asignación no aleatoria</p> <p><u>Seguimiento a los seis meses</u></p>	<p>n = 474 chicas</p> <p>Media edad:13,4</p>	<p>-<i>Eating Disorder Examination</i> (EDE-Q4) (Fairburn y Wilson, 1993; Fairburn y Beglin, 1994).</p> <p>-<i>Children's version of the Eating Attitudes Test</i> (ChEAT) (Garner et al., 1982; Maloney et al., 1988)</p> <p>-<i>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale</i> (Piers,1965)</p>	<p>PROGRAMA: diseñado en promover cambios en chicas adolescentes respecto:</p> <p>-Entender la etapa de la pubertad</p> <p>-Conseguir objetivos realistas</p> <p>-Las relaciones entre iguales.</p> <p>También incluye factores asociados con el desarrollo de los TCA como:</p> <p>-La presión sociocultural para ser delgado</p> <p>-Reacciones del estrés</p> <p>-Comentarios negativos respecto el</p>	<p>Seis sesiones semanales (45')</p>	<p>TCS</p> <p>MVNE</p>	<p>El objetivo del estudio consistió en evaluar la efectividad de un programa de prevención de TCA diseñado en reducir la dieta restrictiva y la preocupación sobre la forma y el peso corporal en chicas.</p> <p>Después de la intervención, hubo una reducción en la dieta restrictiva y en las actitudes respecto la forma y el peso (estos cambios no se dieron en el grupo control). Este cambio no se mantuvo a los seis meses.</p> <p>Se debería potenciar la prevención en personas de riesgo que realizan dietas.</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				<p>peso y la forma</p> <p>-Insatisfacción corporal</p> <p>-Baja autoestima</p> <p>-Realización de dietas</p> <p>Impartido por un psicólogo con experiencia con adolescentes, un psicólogo investigador, un psicólogo clínico y un psiquiatra infanto-juvenil. También estuvo en las sesiones el profesor habitual.</p>			
8. McVey y Davis (2002) Canadá	<p>Dos grupos: Experimental Vs Control</p> <p>Aleatorización</p> <p>Seguimiento a seis y a 12 meses</p>	<p>n = 282 chicas</p> <p>Media edad: 10,88</p> <p>Seguimiento a los 12 meses</p> <p>n = 263</p>	<p>-<i>Body Image</i> subescala del <i>Self Image questionnaire for young adolescents</i> (SIQYA) (Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer, y Jarcho, 1984)</p> <p>- <i>Children's version of the Eating Attitudes Test</i> (ChEAT) (Garner et al., 1982)</p>	<p>PROGRAMA: <i>Every BODY Is a Somebody</i> (Seaver, McVey, Fullerton, y Stratton, 1997)</p> <p>-<i>Media Literacy</i> respecto los peligros asociados con la idealización de la delgadez.</p> <p>-La promoción de las competencias para la vida, incluyendo estrategias para la mejora de la autoestima, técnicas para el manejo del estrés y de las relaciones sociales.</p> <p>-La influencia genética en la forma corporal y el efecto negativo del</p>	Seis sesiones (90')	TCS ML MVNE	<p>No hubieron resultados relevantes. Se obtuvieron resultados de una mayor satisfacción corporal y un descenso de los problemas alimentarios para los participantes tanto del grupo control como experimental.</p> <p>Posible efecto spillover porque han estado en contacto con los alumnos que han recibido el programa y los que no lo han recibido (mismo colegio).</p> <p>El investigador que realizó el programa también es quien administró los cuestionarios de evaluación.</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				<p>cambio de peso en contra de lo considerado como los márgenes naturales individuales.</p> <p>-La no realización de dietas y mantener un estilo saludable de alimentación y de nivel de vida.</p> <p>Se administró por el primer investigador que creó el programa. A los padres se les invitó el último día del programa para darles información sobre los signos de alerta sobre TCA. También, se les ofreció la oportunidad de hablar con los investigadores por teléfono sobre el programa (al inicio, cuando firmaron el consentimiento y en la última sesión).</p>			
9. Steiner Adair et al., (2002) EEUU	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control</p> <p>Aleatorización</p> <p><u>Seguimiento a los seis meses</u></p>	<p>n = 499 chicas</p> <p>Media edad: 12,43</p>	<p>-13 preguntas sobre salud/nutrición, cuerpo/apariencia, doctrina del cuerpo/presiones socioculturales y <i>Media Literacy</i>. Algunas de estas preguntas están dirigidas a comportamientos específicos en diferentes áreas de alimentación, dietas, esfuerzos por perder peso y las bromas sobre el peso (ad hoc)</p> <p>-<i>Body Esteem Scale for Adolescents</i></p>	<p>PROGRAMA: <i>Full of Ourseleves: Advancing Girl Power, Health and Leadership</i></p> <p>Los temas que se incluyen son:</p> <p>-La manera de identificar y resistir los mensajes de los MMCC poco saludables</p> <p>-El poder de pensar en positivo y</p>	<p>Ocho sesiones (45-90') semanales 11-15 semanas (según duración de la sesión)</p>	<p>Modelo Feminista (FEM)</p> <p>TCS</p> <p>ML</p> <p>MVNE</p>	<p>Los resultados mostraron que en el grupo de intervención se produjeron cambios en el conocimiento y en cuestiones relativas a la autoestima corporal (se mantuvieron durante seis meses).</p> <p>No hubo cambios respecto los comportamientos (como saltarse comidas y hacer dieta).</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			<p><i>and Young Adult</i> (BES) (Mendelson y White, 1993; Mendelson, Mendelson, y White, 2001)</p> <p>-La Escala de Satisfacción Corporal (BASS) del <i>Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i> (MBSRQ) (Brown, Cash, y Mikulka, 1990)</p> <p>-<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire</i> (SATAQ) (Heinberg et al., 1995)</p> <p>-<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSE) (Rosenberg, 1965)</p>	<p>actuar.</p> <p>-Cómo tener una participación activa en la escuela y en el mundo.</p> <p>Administrado por profesores, enfermeras y consejeros de la escuela.</p>			La autoestima corporal disminuyó a lo largo del tiempo en el grupo Control.
10. Escoto, Mancilla-Díaz, y Camacho (2008) Méjico	<p>Programa didáctico Vs Programa interactivo</p> <p>Aleatorización</p> <p><u>Seguimiento a los seis meses</u></p>	<p>n = 120. Edad: 9-11 chicos y chicas</p> <p>Media edad: 9,93</p>	<p>-<i>Children's version of the Eating Attitudes Test</i> (ChEAT) (Maloney et al., 1988)</p> <p>-<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper, y Fairbum, 1987)</p> <p>-<i>Bulima Test's</i> (BULIT) (Smith y Thelen, 1984). Concretamente la Escala de Sobrepeso propuesta por (Álvarez, Mancilla-Díaz, y Vázquez, 2000)</p>	<p>Se utilizó el programa <i>Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes</i> en dos formatos:</p> <p><u>INTERACTIVO:</u></p> <p>Se realizó mediante una guía con diferentes técnicas: modelado, <i>role-playing</i> (con autoinstrucciones verbales), reestructuración cognitiva. También se trabajó sobre información nutricional y resistencia a los mensajes de los MMCC. Se</p>	Ocho sesiones de 90' cada programa	TCS	Los resultados mostraron más cambios en chicos y chicas que habían realizado el programa interactivo respecto el didáctico y que el grupo Control. Los resultados avalan el uso de programas que identifiquen los factores de riesgo y la construcción de la identidad basada en rasgos personales positivos diferentes a la apariencia física. Dichos rasgos potencian la autoestima y confronta la idea de que hay que ser delgado para conseguir salud, éxito y buenas relaciones interpersonales (actitudes irreales y poco saludables)

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			<p>-<i>Body Aesthetic Models Questionnaire</i> (CIMEC) (Toro, Salamero, y Martínez, 1994)</p> <p>-<i>The Children's Self-Esteem Inventory</i> (PAI) (Pope, McHale y Craighead, 1988)</p>	<p>realizaron ejercicios de práctica sobre los temas trabajados.</p> <p><u>DIDÁCTICO:</u></p> <p>Con los mismos temas y contenidos pero utilizando un enfoque expositivo e incluyendo cuestionarios, análisis, discusión y los mismos deberes que en el programa interactivo</p>			que promueven nuestra cultura).
11. Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, et al. (2008) España	Es un modelo cuasi-experimental con medidas Pre y Post, longitudinal con seguimiento a 6 meses. La variable independiente incluye 3 niveles: -Grupo experimental 1: recibe tratamiento (NUT+ ML + AMC). -Grupo experimental 2: recibe parte del tratamiento (AMC + ML) -Grupo Control	n= 323 chicas adolescentes Media Edad: 13.11 Al cabo de los 6 meses de seguimiento n=256	-IMC - <i>The Eating Attitudes Test</i> (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979) - <i>Body Aesthetic Models Questionnaire</i> (CIMEC) (Toro et al., 1994) -Nutrition Questionnaire (NUT-Q) (ad hoc)	PROGRAMA: se realiza un programa multimedia de prevención con los siguientes bloques: - Nutrición (NUT): intenta corregir creencias irracionales sobre la alimentación e incrementar el conocimiento sobre aspectos nutricionales - <i>Media Literacy</i> (ML) y Crítica al Modelo Estético Femenino o <i>Criticism of the Feminine Aesthetic-Beauty Model</i> (AMC): el objetivo de estos dos bloques es desarrollar un punto de vista crítico sobre el Modelo Estético Femenino "MEF" y mostrar criterios sobre la belleza relativa. También, analizar de manera crítica los mensajes de los Medios de	Dos sesiones de 90' de duración. Cuando se presentaban los 3 bloques (NUT+ ML + AMC). Una sesión de 90' cuando sólo se administró (ML + AMC).	MCS <i>Media Literacy</i>	En sintomatología alimentaria (instrumento EAT) no se obtuvieron diferencias significativas entre el Pre y el Post (probablemente porque se encuentran más diferencias a partir de los 15 años). Diferencias significativas en la influencia de los MMCC (CIMEC), especialmente, en la escala de Ansiedad y de Imagen Corporal. También, y de manera significativa se obtuvo un mayor conocimiento en Nutrición en el grupo que desarrolló el bloque NUT. Los resultados disminuyeron al cabo de 6 meses. Por tanto, pone de relieve la importancia de hacer <i>booster sessions</i> para disminuir el efecto constante de la presión de los Medios, así como la

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
	La asignación es cuasi-aleatoria. Se cogieron 2 clases en cada escuela, la clase "B" y se consideró Control y de la primera mitad de la clase "A", según el orden alfabético de los nombres, se le asignó la condición experimental "2" (AMC + ML), y a la otra mitad, la condición experimental "3" (NUT+ ML + AMC).			Comunicación (MMCC) sobre el MEF.			<p>importancia de realizar actividades que fomenten la discusión, el role-playing y el uso de registros personales sobre reestructuración cognitiva que beneficien estos resultados.</p> <p>Posible efecto de contaminación spillover.</p>
<p>12. McVey, Davis, Tweed, y Shaw (2004)</p> <p>Canadá</p> <p>Se replicó el estudio de Mc Vey y David (2002)</p>	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control</p> <p>Aleatorización</p> <p>Seguimiento a seis y a 12 meses</p>	<p>n = 258 chicas</p> <p>Media edad: 11,8</p>	<p>-IMC</p> <p>-<i>Body Image</i> subescala del <i>Self Image questionnaire for young adolescents</i> (SIQYA) (Petersen et al., 1984)</p> <p>-<i>Rosenberg Self-Esteem</i> (RSE) (Rosenberg, 1965)</p> <p>-<i>Children's Eating Attitudes Test</i> (ChEAT) (Maloney et al., 1988; Maloney, McGuire, Daniels, y</p>	<p>PROGRAMA: se trabajan los siguientes conceptos:</p> <p>-Influencia de los MMCC</p> <p>-Mejora de la autoestima y de la imagen corporal</p> <p>-Aceptación de la forma corporal</p> <p>-Estilo de vida saludable</p>	Seis sesiones (50')	TCS ML	<p>La intervención provocó una mejora en la satisfacción de la imagen corporal y en la autoestima global y redujo las actitudes respecto hacer dieta. Estos resultados sólo se mantuvieron a corto plazo (seis meses) y no se mantuvieron después de 12 meses.</p> <p>Después de la intervención, la insatisfacción corporal disminuyó pero no de manera significativa. La mejora de la autoestima global sí que se</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			Specker, 1989) -Child and Adolescent Perfectionism scale (CAPS) (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson y Munro ,1992)	-Manejo del estrés -Relaciones personales positivas. A los padres, se les ofreció la oportunidad de hablar personalmente con los investigadores por teléfono sobre el programa (al inicio de la intervención y en la última sesión)			mantuvo. Las puntuaciones de dieta del grupo de intervención disminuyeron significativamente desde el inicio hasta los seis y 12 meses. Estos resultados aumentan gradualmente a los 12 meses, aunque son más bajos que en el grupo Control.
13. Canetti, Bachar, Gur, y Stein (2009) Israel	Grupo Experimental Vs Grupo Control Aleatorización <u>Seguimiento a 12 meses</u> (Se realizó booster session)	n = 290 chicas de 7° grado	- <i>Treatment Efficacy Scale</i> (TES) (Phelps, Dempsey, Sapia, y Nelson, 1999)	PROGRAMA: se incorporaron los siguientes elementos: -Influencia de los Medios -Influencia de la familia, los amigos, los iguales, y la sociedad -Promoción de la autoestima y la percepción corporal -Promoción de la alimentación y conductas saludables -Práctica de ejercicio saludable -Desarrollo de habilidades ante situaciones estresantes Implementado por el equipo de investigación: dos psicólogos clínicos	Seis sesiones semanales (50')	TCS ML MVNE	En el seguimiento después de un año, los cambios actitudinales son significativamente más favorables en los participantes del programa de prevención que en los controles. Estos resultados sugieren que las actitudes relacionadas con la comida en estudiantes de <i>middle-school</i> (en una edad de adolescencia temprana, 12 años) mejoran después de la aplicación de un programa de prevención al cabo de 12 meses.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
				(en todas las sesiones), un dietista (una sesión) y un profesor de gimnasia (una sesión)			
14. Wilksch y Wade (2009) Nueva Zelanda	Grupo Experimental Vs Grupo Control Aleatorización <u>Seguimiento a seis, 12 y a 30 meses</u>	n = 540 chicos y chicas Media edad: 13,62	- <i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i> (EDE-Q) (Fairburn y Beglin, 1994) - <i>Duth Eating Behaviour Questionnaire-Restraint</i> (van Strien et al., 1986) - <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) (subescala satisfacción corporal) (Garner, 1991) -SATAQ (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999) - <i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI) (subescala sentimientos de incompetencia) (Garner, 1991) - <i>Children Depression Inventory</i> (CDI) (Kovacs, 1992) - <i>Rosenberg Scale</i> (RSE) (Rosenberg, 1965)	<u>PROGRAMA: Media Smart.</u> Programa interactivo, construido en torno a los conceptos de la <i>Media Literacy</i> , activismo y promoción. Todos los estudiantes del programa recibieron un libro con todas las sesiones y actividades. Programa impartido por el autor.	Ocho sesiones (dos por semana) de 50' cada una.	ML	La intervención con <i>Media Literacy</i> es efectiva para reducir a largo plazo la preocupación sobre el peso, la forma y otros factores de riesgo de TCA (realización de dietas, sentimientos de incompetencia). Después de 30 meses se obtuvieron puntuaciones inferiores en las chicas que habían recibido ML que en el grupo Control. En los chicos, se encontraron estas mismas diferencias pero sólo a los seis meses. Fue efectiva en un tipo de prevención universal y aplicada tanto a chicos como a chicas, en población de 13 años y no en adolescentes de mayor edad.
15. Wilksch (2010)	Grupo Experimental (recibe programa de	n = 540 chicos	- <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) (Fairburn y	<u>PROGRAMA: Media Smart</u> (mismo contenido que en Wilksch y Wade,	Ocho sesiones (dos por	ML	En ambos grupos, el considerado de <i>alto riesgo</i> y el considerado de <i>bajo</i>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
Australia	<p><i>Media Literacy</i>) Vs Grupo Control que no recibe ninguna intervención</p> <p>Aleatorización</p> <p><u>Seguimiento a seis meses y a 30 meses</u></p>	<p>y chicas</p> <p>Media edad: 13,62</p>	<p>Beglin, 1994). (Se consideró el punto de corte = 4 para establecer los grupos de riesgo).</p> <p>Preguntas sobre la forma y el peso: ¿Tu peso ha influido en cómo piensas y te juzgas a ti mismo como persona? ; y ¿Tu forma corporal ha influido en como piensas o juzgas sobre otra persona? (ad hoc)</p>	2009)	semana) de 50' cada una.		<p><i>riesgo</i>, en chicos y chicas puntúan significativamente menos después de 30 meses que el grupo Control en sobrevalorar la imagen corporal (que es un factor de riesgo y de mantenimiento de los TCA).</p> <p>En el grupo de las chicas, considerado de alto riesgo, la puntuación en sintomatología TCA disminuyó significativamente respecto al grupo Control, hasta llegar a considerarse como de bajo riesgo.</p> <p>La ML reduce componentes cognitivos de los TCA en adolescentes de bajo riesgo y de alto riesgo 30 meses después tanto en chicos como en chicas.</p>
16. Stice, Rohde, Shaw, y Gau (2011) EEUU	<p>Grupo Experimental Vs Grupo Control</p> <p>Aleatorización</p> <p><u>Seguimiento a 24 y 36 meses</u></p>	<p>n = 306 chicas</p> <p>Media edad: 15,7</p>	<p>- <i>Ideal-Body Stereotype Scale-Revised</i> (Stice, Shaw, Burton, y Wade, 2006)</p> <p>- <i>Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale</i> (Berscheid, Walster, y Bohmstedt, 1973)</p> <p>- <i>The Dutch Restrained Eating Scale</i> (DRES) (van Strien et al., 1986)</p> <p>- <i>The Center for Epidemiologic</i></p>	<p><u>PROGRAMA DISONANCIA COGNITIVA:</u></p> <p>Los participantes voluntariamente establecían una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales donde criticaban el ideal delgado de belleza tanto en las sesiones como en los ejercicios de casa.</p>	Cuatro sesiones semanales de 60' cada una	<p>Modelo de Disonancia Cognitiva (MDC)</p> <p>TCS</p> <p>ML</p>	<p>El estudio tiene el objetivo de buscar si un programa de prevención basado en disonancia cognitiva, en estudiantes de educación secundaria, reduce tanto la preocupación vinculada con conseguir el ideal de belleza como la aparición de sintomatología TCA.</p> <p>Se obtuvo que los participantes que realizaron el programa de disonancia cognitiva respecto al programa</p>

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			<p><i>Studies-Depression Scale</i> (CES-D) (Radloff, 1977)</p> <p>- <i>Eating Disorder Diagnostic Interview</i> (Fairburn et al., 1995)</p> <p>- <i>The Social Adjustment Scale</i> (Weissman y Bothwell, 1976)</p> <p>- Preguntas sobre su salud (ad hoc)</p> <p>- IMC</p>	<p><u>GRUPO CONTROL PARTE EDUCACIONAL:</u></p> <p>Los participantes describían partes positivas y negativas de la imagen corporal. También vivenciaban como una percepción negativa está asociada con un incremento del riesgo para empezar con TCA. Por último, daban estrategias para tener una imagen positiva.</p> <p>Administrado por profesionales de la salud del colegio y alumnos de Bachillerato</p>			educacional disminuían significativamente en insatisfacción corporal durante los dos años siguientes y la sintomatología alimentaria durante tres años, respecto los controles. Esto ocurría cuando el personal de la escuela era el responsable de la contratación y administración de la intervención.
17. González, Penelo, et al. (2011) España	Grupo Experimental Vs Grupo Control <u>Seguimiento a 30 meses</u>	n = 254 chicos y chicas. Media edad: 13,5	<p>- <i>Cuestionario de Actitudes Alimentarias</i> (EAT-40) (Castro, Toro, Salamero, y Guimerá, 1991)</p> <p>- <i>Questionnaire influences of aesthetic body ideal</i> (CIMEC-26) (Toro et al., 1994)</p> <p>- IMC</p>	<p>(mismo programa que Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008)</p> <p>Un grupo recibió NUT+ML y el otro grupo recibió ML.</p>	Una vez semanalmente, cinco semanas (NUT+ML)/ cuatro semanas (ML).	TCS ML	El objetivo era evaluar la eficacia a largo plazo de dos versiones de programas preventivos administrados a una muestra mixta y universal de adolescentes escolarizados. Treinta meses después, se observó una disminución significativa de las puntuaciones de actitudes alimentarias e influencias del modelo estético en los dos programas preventivos. No hubieron diferencias significativas entre los dos grupos.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
18. Stice, Rohde, Durant, y Shaw (2012) EEUU	Grupo Experimental Vs Grupo Control Aleatorización Seguimiento a seis, 12, 24 y 36 meses	n = 481 chicos y chicas Media edad: 17,1	- <i>Perceived Sociocultural Pressure Scale</i> (Stice y Whitenton, 2002) - <i>Ideal-Body Stereotype Scale-Revised</i> (Stice et al., 2006) - <i>Beliefs About Appearance Scale</i> (Spangler y Stice, 2001) -Escala de valoración, en el supuesto que haya negación del coste asociado a perseguir el ideal estético (ad hoc) - <i>Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale</i> (Berscheid et al., 1973) - <i>Body Esteem Scale for Adolescents and Adults</i> (BES) (Mendelson et al., 2001) -Escala de disposición para mejorar la satisfacción del cuerpo (ad hoc) -IMC - <i>Perceived Weight Norms</i> (ad hoc) - <i>The Dutch Restrained Eating Scale</i>	<u>PROGRAMAS DE PREVENCIÓN:</u> <u>PROGRAMA DE DISONANCIA COGNITIVA:</u> basado en la crítica del ideal de delgadez. Se realiza de manera verbal, por carta, role-playing y ejercicios para casa. <u>PROGRAMA DE PESO SALUDABLE:</u> Se trabaja el hecho de lograr pequeños pero duraderos cambios en la dieta y en la actividad física, con el objetivo de conseguir un peso saludable y una mejora en la satisfacción corporal. <u>GRUPO CONTROL: PROGRAMA DE EXPRESIÓN ESCRITA:</u> Los participantes escriben acerca de los temas que son emocionalmente significativos para ellos. Los investigadores les indican que la insatisfacción corporal está vinculada a factores emocionales.	<u>INTERVENCIÓN</u> Tres sesiones semanales de 60' (Programa Disonancia Cognitiva y Programa de Peso Saludable) <u>CONTROL</u> Tres sesiones semanales de 45' (Programa de peso saludable)	MDC	Los resultados demuestran que el hecho de negar los sacrificios que conlleva alcanzar el ideal de belleza, a pesar de dedicarle mucho tiempo y energía, es el factor de riesgo más potente para iniciar un TCA, incluso tres años después. Se analizan tres factores de riesgo para sufrir TCA: involucrarse en conseguir un ideal de belleza delgado, estado emocional vinculado a la comida y síntomas conductuales. También sugiere que el afecto negativo es un factor moderador ya que disminuye el efecto de los programas de prevención de los TCA (debido a la reducción de la motivación).

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			(DRES) (van Strien et al., 1986) - <i>Positive Affect and Negative Affect Scale-Revised</i> (PANAS-X) (Watson y Clark, 1992) - <i>Eating Helps Mangle Negative Affect Scale</i> (Hohlstein, Smith, y Atlas, 1998) -Preguntas sobre el hecho de disfrutar con la comida (ad hoc) - <i>Network of Relationships Inventory</i> (Furman, 1996) - <i>The Child Behaviour Checklist</i> (CBC) (Achenbach y Edelbrock, 1983) -Escala de abuso de sustancias (Chassin, Rogosch, y Barrera, 1991) - <i>The Eating Disorder Diagnostic Interview</i> (Fairburn et al., 1995)	GRUPO CONTROL EN EL QUE SÓLO SE REALIZABA UNA EVALUACIÓN. Administrado por los investigadores.			
19. Haines, Neumark-Sztainer, Perry, Hannan, y Levine (2006)	Grupo Experimental Vs Grupo Control <u>Medidas Pre y Post</u>	n = 120 pre adolescentes (niños y niñas)	-Instrumento sobre burlas (ad hoc) -Nueve ítems del instrumento <i>Gender differences in body image satisfaction</i> (Pingitore, Spring, y	<u>PROGRAMA: Very Important Kids</u> (VIK) Se trabajó sobre las diferencias y como disminuir las críticas al	10 sesiones: realizando las actividades anteriormente comentadas,	MCS Teatro (T)	Después de la intervención se observó como el porcentaje de de alumnos que recibían burlas disminuía en un 10%. Otro de los hallazgos importantes fue la

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
EEUU		Media edad: 10,3 (grupo experimental)/ 10 (grupo Control)	<p>Garfieldt, 1997)</p> <p>-Tres ítems del SATAQ (Heinberg et al., 1995)</p> <p>-Dos ítems del programa <i>Free to be Me</i> (Neumark-Sztainer y Harris, 1998)</p> <p>-Seis ítems sobre conductas insanas sobre control de peso también del programa <i>Free to be Me</i> (Neumark-Sztainer y Harris, 1998)</p> <p>-Una pregunta sobre realización de dietas el año anterior</p> <p>-Dos preguntas sobre la presión de los padres en perder peso (ad hoc)</p> <p>-Una pregunta sobre dietas de los padres (ad hoc)</p> <p>-Cinco preguntas sobre normas relacionadas con el peso y el comportamiento de los amigos(ad hoc)</p> <p>-Datos Sociodemográficos (ad hoc)</p>	<p>respecto.</p> <p>El impacto de la imagen corporal que hacen los MMCC respecto al ideal de belleza.</p> <p>La intervención incluía las siguientes actividades para trabajar: la imagen corporal, las habilidades para resistir las burlas vinculadas al peso, la <i>Media Literacy</i>, una alimentación saludable y la realización de ejercicio físico.</p> <p>Con las familias y el personal de la escuela se trabajaron aspectos similares.</p> <p>Se implementó en los estudiantes, en los padres y en el personal de la escuela.</p>	<p>precedidas de 60' de ejercicio físico.</p> <p>10 sesiones (60') para ensayar una obra de teatro según sus propias experiencias con las burlas.</p>		participación de los padres en el programa.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			-IMC				
20. McVey, Tweed, y Blackmore (2007)	Grupo Experimental Vs Grupo Control <u>Seguimiento a los seis meses</u>	n = 982 chicos y chicas de 6º y 7º grado Media=11,27	<u>ESTUDIANTES</u> - <i>Body Satisfaction Scale (BSS)</i> (Slade, Dewey, Newton, Brodie, y Kiemle, 1990) -Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire(SATAQ) (Heinberg et al., 1995) - <i>The Perception of Teasing Scale</i> (Williams, 2000) - <i>Children's Eating Attitudes Test</i> (versión para niños) (ChEAT) (sólo a las chicas) (Maloney et al., 1988; Maloney et al., 1989) -Preguntas sobre perder peso y ganar músculo (ad hoc) - <i>The Silencing The Self Scale</i> (STSS) (Jack y Dill, 1992) -Preguntas sobre la satisfacción del programa (ad hoc)	<u>PROGRAMA:</u> <i>Healthy Schools Healthy Kids HS-HK</i> Formado por diferentes componentes y diferentes niveles socioambientales. Participó todo el personal de la escuela (profesores de todas las disciplinas, el personal directivo y administrativo, conserjería y los bibliotecarios) y los padres de los alumnos. Estaba formado por <i>Workshops</i> , que eran diferentes tipos de intervenciones dentro del mismo currículum educativo, con grupos de padres, <i>focus group</i> , posters, vídeos y presentaciones.	12 sesiones (semanales)	MCS T	El objetivo del estudio es sensibilizar a los profesores respecto reconocer y prevenir posibles discriminaciones del cuerpo; también enseñar a los niños estrategias para resistir las presiones de los MMCC mediante habilidades de comunicación y toma de decisiones. Los resultados mostraron que había influido de manera significativa el programa en la imagen corporal y había disminuido la interiorización del ideal promovido por los MMCC (en las chicas y chicos de alto riesgo, que incluían realizar conductas para perder peso). No se observaron diferencias entre ambos géneros.

Estudio	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Sesiones	Modelo Teórico	Resultados destacados
			<p><u>PROFESORES</u></p> <p>-The Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner et al., 1982)</p> <p>-Sociocultural Attitudes towards appearance questionnaire (SATAQ) (Heinberg et al., 1995)</p> <p>-24 ítems de <i>Environmental Scan</i> (van Roosmalen, Gusella, Beattie, y McVey, 2006)</p>				
<p>21. Haines, Neumark-Sztainer, y Morris (2008)</p> <p>Estudio cualitativo del programa <i>Very Important Kids</i></p> <p>EEUU</p>	<p>Estudio cualitativo: <i>focus group</i></p>	<p>n = 18</p> <p>Estudiantes de 4º y 6º grado.</p>	<p>Se realizaron los <i>focus group</i> al final de la sesión de teatro.</p>	<p><u>PROGRAMA: <i>Very Important Kids</i></u></p> <p>El objetivo era medir la satisfacción de los participantes del VIK. También investigar en cómo su participación en la obra puede influenciar en sus actitudes y en su comportamiento respecto su imagen corporal, en relación a los mensajes de los MMCC respecto el ideal corporal.</p>	<p>Tres focus group con cinco niños/as cada grupo</p>	<p>MCS</p> <p>T</p>	<p>Los resultados de este estudio concluyen que después de utilizar el programa VIK, los estudiantes disminuían la interiorización y la importancia dada a los mensajes recibidos. Esto se trasladaba tanto al plano personal como al cultural.</p> <p>El programa cambia la satisfacción respecto al propio cuerpo y aumenta la resistencia a las burlas del grupo de iguales</p>

Nota. TCS = Teoría Cognitiva Social; ML = *Media Literacy*; MVNE = Modelo de Vulnerabilidad no específica; FEM = Modelo Feminista; MDC = Modelo Disonancia Cognitiva; T= Teatro.

2.2.4 CONCLUSIONES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En la revisión bibliográfica realizada en la Tabla 1, hay que poner de relieve como en el campo específico de la prevención de los Trastornos Alimentarios existe poca literatura al respecto. Tal y como se comentó anteriormente, se han seleccionado los programas que tuvieran múltiples sesiones y no una sola. En dichas sesiones se trabajó principalmente la aceptación corporal y en algunos casos, también la crítica al modelo estético imperante. Respecto a los instrumentos utilizados, en su mayoría estaban estandarizados y han mostrado fiabilidad (a pesar que también habían instrumentos realizados ad hoc en varias investigaciones). Asimismo, se han seleccionado aquellas intervenciones con seguimientos iguales o superiores a seis meses para ver si los efectos persistían a lo largo del tiempo y así, poderse asemejar a la presente tesis doctoral con dos seguimientos (a seis y a 12 meses). Finalmente, destacar que a pesar que en el meta-análisis de Stice se concluye que la edad más efectiva para hacer prevención es a los 15 años, en nuestra selección de los programas de prevención, la edad de los participantes que realizaban los programas oscilaba entre los 10-17 años.

A continuación, se explicará de una manera detallada los aspectos más relevantes de los dos programas de prevención analizados en la presente tesis doctoral. En primer lugar, se realizará una explicación sobre en qué consiste la *Media Literacy* ya que es uno de los elementos nucleares del programa AL+MEF+MEM y Teatro Vivo. Seguidamente, se expondrá la información existente respecto a una técnica novedosa: la utilización del teatro como mecanismo de prevención.

2.2.5 PROGRAMAS UTILIZADOS

2.2.5.1 Alfabetización mediática o *Media Literacy*

La Educación en Media Literacy se define como la habilidad para acceder, analizar, evaluar y comunicar mensajes de diferentes formas (Aufderheide y Firestone, 1993; Hobbs, 2004). La *Media Literacy*, por tanto, es un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades con el objetivo de entender, apreciar y analizar (de una manera crítica) la naturaleza de los Medios de comunicación y las relaciones con ellos (Levine y Harrison, 2004; Levine y Smolak, 2006; Levine y Piran, 2004).

La mayoría de niñas y mujeres están insatisfechas con su cuerpo, especialmente con su tamaño, su peso y su forma, y desearían ser más delgadas. Del mismo modo, en los chicos, la insatisfacción se debe al deseo de ser más musculosos (Tiggemann, Cash, y Smolak, 2011). En la reciente revisión de Stice, South, y Shaw (2012) se pone de manifiesto como la exposición a los Medios está relacionada con una mayor interiorización del ideal de belleza, insatisfacción corporal y síntomas alimentarios en mujeres, especialmente en aquellas chicas en las que ya existía una preocupación

previa. Se ha constatado que esas chicas, después de ver imágenes del ideal estético femenino, incrementan emociones como la depresión, la ira y por otro lado, disminuyen su autoestima.

Numerosas investigaciones en edades tempranas muestran como los jóvenes necesitan probar su *percepción sobre las normas sociales* vinculada a la creencia de que el ideal delgado es omnipresente y normativo para los iguales. Este pensamiento se convertirá en fuente de presión e inspiración para el deseo de la persona que quiera convertirse en ser más delgada o musculosa (Levine y Murnen, 2009).

Diferentes estudios sugieren que la insatisfacción de la imagen corporal ha aumentado también en chicos, especialmente respecto a la musculatura más que en referencia al peso (Kraye, Ingledew, y Iphofen, 2008). Una de las explicaciones es el incremento de la presencia de cuerpos masculinos en revistas también leídas por varones, así como el aumento del tamaño del músculo de los protagonistas masculinos en películas actuales. De hecho, una de las variables que mejor explican el aumento de la musculatura ha sido la influencia de los MMCC (Ricciardelli y McCabe, 2003).

En los MMCC la mayoría de las imágenes que se exponen representan los ideales socioculturales de belleza que se deben seguir. Esto conlleva a la insatisfacción con el propio cuerpo y este efecto es más potente entre las chicas (Hargreaves y Tiggemann, 2004; Ogden y Munday, 1996). Sin embargo, la influencia de los MMCC también llega al género masculino. En estudios de niños y niñas se obtuvieron puntuaciones similares sobre la influencia que tienen los Medios en la insatisfacción con su cuerpo. En McCabe y Ricciardelli (2005) se llegó a la conclusión que las chicas realizaban más estrategias para perder peso y, por el contrario, los chicos lo hacían para incrementar la musculatura.

Hay que destacar que dentro de los MMCC se encuentra también como instrumento vehicular Internet. No sólo difunde imágenes ideales sino que existen webs que hacen apología de los trastornos alimentarios. En dos estudios de Bardone-Cone y Cass (2006) y Bardone-Cone y Cass (2007) se examinaron los efectos que producía un sitio web donde se presentaba contenido *Pro-Ana* o exaltación de la delgadez también llamado *thinispiration*. La exposición a dichas webs tenía la influencia de aumentar el afecto y las cogniciones negativas de las adolescentes, independientemente de la interiorización del ideal estético femenino y de la sintomatología alimentaria previas.

Otro de los elementos de difusión del ideal delgado han sido los vídeos musicales. En el estudio de Tiggemann y Slater (2004) se examinaron los efectos que conllevan la exposición del cuerpo ideal de la mujer en vídeos musicales. Los resultados concluyen que la aparición de imágenes delgadas y supuestamente atractivas afecta a la satisfacción corporal.

Siguiendo con el género femenino, se ha corroborado que disminuye la satisfacción de las mujeres no sólo debido a la interiorización de dicho ideal, sino también por la comparación con los modelos expuestos en los MMCC (Dittmar y Howard, 2004; Lin y Kulik, 2002; Polivy y Herman, 2004; Sands y Wardle, 2003; Schooler, Ward, Merriwether, y Caruthers, 2004). El modelo corporal de la mujer en los MMCC está distorsionado: las mujeres con bajo peso están sobrerrepresentadas, mientras que las gruesas están infrarrepresentadas. De este modo, sólo un pequeño porcentaje de las mujeres occidentales se encuentran dentro de estos criterios. Existen evidencias de que una fuerte interiorización y comparación del modelo ideal, tiene un efecto particularmente poco saludable (Dittmar y Howard, 2004; Thompson y Stice, 2001).

En la misma línea, Levine et al. (1999) y Levine y Smolak (2006) defienden que los MMCC promueven el esquema de delgadez con las siguientes creencias: la belleza constituye el principal proyecto en la vida de una mujer. Un cuerpo delgado es fundamental para alcanzar la belleza, el éxito, la salud y la felicidad; la imagen es la esencia de la persona, y por tanto es natural y aceptable que una mujer tenga ansiedad y se sienta avergonzada de su cuerpo. La mujer puede transformar y renovarse a sí misma gracias a la moda, la dieta y el ejercicio, mientras que la gordura se considera como una pérdida de control personal y como un signo de fracaso.

Siguiendo con Levine y Murnen (2009), sugieren que la exposición temprana a la TV y, por consiguiente al ideal de delgadez, predice el aumento de los problemas de la imagen corporal. En Dohnt y Tiggemann (2006) se estudió una muestra de niñas de edades comprendidas entre los cinco y los ocho años. Después de un año de ver programas de TV, en donde se resaltaba la apariencia física, la consecuencia fue una disminución de la satisfacción corporal. En otro estudio, en este caso con una muestra de niñas estadounidenses de siete a 12 años, se obtuvo también que en estas edades una mayor exposición a la TV aumenta el deseo por llegar al ideal corporal delgado y, por tanto, el riesgo de sufrir TCA cuando llegan a edad adulta (Harrison y Hefner, 2006).

La influencia de los Medios, el refuerzo que se produce tanto en los padres como en los iguales, la insatisfacción corporal y el afecto negativo son elementos que influyen en las estrategias para disminuir peso, tanto en chicas como en chicos. Pero de todas las causas, o elementos anteriormente citados, el vehículo más potente y persuasivo de transmitir los ideales de belleza son los Medios de Comunicación. Esta influencia se da también de una manera temprana en una muestra de preadolescentes de 8 a 11 años (Ricciardelli, McCabe, Holt, y Finemore, 2003).

En el artículo de revisión de Harrison y Bond (2007), respecto al género masculino, se ha corroborado que la relación entre la exposición del ideal estético masculino expuesto en los MMCC y la insatisfacción corporal también se da de manera directa en los chicos. Este efecto existe en niños preadolescentes de 8-9 años, y de una manera más significativa, en caucásicos que en los de raza negra.

El primer estudio sobre la influencia de la exposición a los MMCC, respecto a la sintomatología alimentaria, realizado por Field et al. (1999), quien ya establecía una alta relación entre la frecuencia de lectura de revistas de moda femenina (y por tanto, la exposición a las fotos de las revistas) y la intensidad en la preocupación sobre el peso y la forma del cuerpo. En este mismo estudio, con una muestra de 548 niñas preadolescentes y adolescentes, se encontró que el 69% reconocían que las imágenes de las revistas habían influido en su concepción del cuerpo ideal, mientras que el 47% informaron que querían perder peso después de ver este tipo de imágenes (Field et al., 1999).

Tal y como señalan Levine y Murnen (2009); López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo, y Fauquet i Ars (2010) para las lectoras habituales de revistas de moda, la probabilidad de hacer dieta o ejercicio físico para perder peso (de acuerdo con las recomendaciones de un artículo de la revista) se incrementó de dos a tres veces la probabilidad de comportamientos similares de control de peso, respecto a las lectoras no habituales.

En una franja de edad de 9-14 años, la misma autora del primer estudio mencionado anteriormente (Field et al., 2001), observó que los sujetos que intentaban imitar la apariencia de las personas que aparecían en los Medios del mismo sexo, eran más propensos a desarrollar problemas relacionados con el peso y a realizar dietas de manera constante. Existe una amplia evidencia científica respecto a la relación entre la exposición a la moda, a las revistas y a determinados programas de TV (novelas y vídeos musicales) con la imagen corporal. Siguiendo con el mismo estudio, uno de los factores más destacados en el desarrollo de problemas de peso y en la realización de dietas es “el esfuerzo en parecerse a las figuras que aparecen en los MMCC” (Field et al., 2001). Después de siete años de seguimiento, en este estudio se observó la aparición de atracones (aunque no existían conductas de purga en el momento de la evaluación) en adolescentes y mujeres adultas jóvenes que en el 1997 habían manifestado querer parecerse a los modelos de los Medios (Field et al., 2008). Los elementos en común en los siguientes estudios Field et al. (1999); Field et al. (2001) y Field et al. (2008) son que los factores de riesgo vinculados a una imagen corporal negativa están relacionados con la convicción sobre los mensajes que promueven los MMCC.

En una muestra de 925 preadolescentes y adolescentes de 9-14 años, se comprobó como el querer parecerse a la figura ideal que aparece en la TV, las películas y las revistas incrementa el deseo de querer ser más delgada o de tener más musculatura. Estas creencias perpetúan el ideal de delgadez y potencian el estigma negativo asociado con el sobrepeso (Lawrie, Sullivan, Davies, y Hill, 2006). Otros autores como Sands y Wardle (2003) informaron que en una muestra femenina de nueve a 12 años, el tiempo dedicado a la lectura de revistas se relacionaba con el aumento progresivo de la interiorización del ideal estético. Durante la adolescencia, los jóvenes son especialmente vulnerables a los mensajes de los Medios, respecto al tamaño y a la

forma del cuerpo. De hecho, en este estudio la edad explica un 14,5% de la varianza respecto a la influencia de los Medios para desear ser delgadas.

En consonancia con lo comentado anteriormente, en el trabajo de Thomsen, Weber, y Brown (2002) en edades posteriores, se observó que la restricción de calorías y tomar pastillas para adelgazar se asoció con la lectura de revistas de moda en estudiantes de 15-18 años. De manera similar Utter, Neumark-Sztainer, Wall, y Story (2003), encontraron que las conductas de control de peso y de purga aumentan en estudiantes de secundaria en relación al tiempo de lectura de revistas con información sobre la realización de dietas. Este trabajo compara adolescentes que no suelen leer revistas de moda y *glamour*, con las que sí que lo hacen. Las personas que realizaban este tipo de lecturas sobre dietas y temas relacionados con la pérdida de peso tenían siete veces más probabilidades de realizar comportamientos extremos de control de peso como tomar pastillas para adelgazar, vomitar, usar laxantes y diuréticos (López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, Fauquet i Ars, Portell, y Raich, 2011).

Por tanto, la exposición a los MMCC afecta de una manera específica a individuos con mayor riesgo de desarrollar sintomatología de TCA. Se consideran personas con un alto riesgo aquellas con sobrepeso u obesidad, con creencias interiorizadas sobre el ideal de belleza, materialistas, con baja autoestima y que han presentado con anterioridad sintomatología alimentaria (Stice et al., 2012). Estos resultados son consistentes con el modelo etiológico de los TCA, donde el mensaje difundido por los MMCC respecto a la delgadez es uno de los factores desencadenantes del inicio de la enfermedad. Según se cita en este trabajo, es el trastorno psicológico que mejor se entiende en relación al presente contexto social y cultural.

Siguiendo con la influencia de los MMCC en los TCA, en diferentes estudios prospectivos experimentales y correlacionales, se han encontrado evidencias que las imágenes de los Medios son uno de los factores más potentes que determinan la etiología de los TCA. En la televisión americana y en otros MMCC aparece de manera insistente el mensaje de que la mujer atrae al hombre únicamente por su apariencia. La mujer se ha convertido en un objeto y, de una manera mucho más frecuente que en los hombres, se presenta a las mujeres según un ideal de delgadez totalmente irreal. En los MMCC occidentales de una manera sistemática sexualizan los cuerpos de niñas y mujeres con un alto coste para su salud emocional y física (Maine, 2009).

En un estudio realizado con muestra de Educación Primaria y Secundaria Harrison (2000), se obtuvo como el grado de exposición a la TV se correlaciona positivamente en ambos sexos con sintomatología de TCA. A pesar de ello, mayoritariamente aparecen las chicas consideradas “gordas” vinculadas a un estereotipo negativo, en cambio esto no ocurre con los chicos “gordos”. Esto conlleva a que, tanto chicos como chicas, aprendan a denigrar la gordura antes de aprender a idealizar la delgadez.

En un estudio representativo realizado en España por Lameiras, Carrera, Calado, y Rodríguez (2011) se observó que donde aparece el ideal corporal de mujer actual es en las revistas como prensa rosa y aquellas con contenidos musicales. En la TV también se exhibe este tipo de contenido, por un lado vinculado con la imagen física (dieta, ejercicio físico y salud) y también, con la imagen social (belleza, moda y música). La conclusión que se obtuvo fue que existe una relación significativa entre la insatisfacción corporal y la sintomatología alimentaria vinculadas con la exposición a determinados programas de televisión y ciertas revistas. Precisamente, los programas musicales de televisión eran aquellos que generaban un mayor número de actitudes patológicas hacia la comida y una mayor insatisfacción corporal.

Otros estudios corroboran que en la insatisfacción corporal y en las actitudes patológicas hacia la comida influyen más el tipo de exposición es decir, que sean vídeos musicales, programas televisivos juveniles o revistas dirigidas a adolescentes que el número de horas que se consume este tipo de productos (Borzekowski, Robinson, y Killen, 2000; Harrison y Cantor, 1997; Harrison, 2000; Tiggemann y Pickering, 1996). Por otro lado, encontramos estudios transversales que muestran que el tiempo que las adolescentes pasan viendo contenidos vinculados con la apariencia física en los Medios (contenidos sobre moda, las revistas de *glamour*, las novelas y los vídeos musicales) se correlacionan con insatisfacción corporal, un mayor deseo de adelgazar y querer lograr un busto “perfecto” (ni muy grande ni pequeño) y sintomatología bulímica (Borzekowski et al., 2000; Botta, 2000; Harrison, 2003; Tiggemann y Pickering, 1996; Tiggemann, 2005).

En el trabajo de McKnight Investigators (2003) se evaluó la influencia de los MMCC mediante el constructo llamado *preocupación por el cuerpo delgado y la presión social*, conceptos relacionados con el riesgo de desarrollar TCA. Este trabajo se llevó a cabo en una muestra de 1103 jóvenes de edades comprendidas entre los 10-15 años. Cuando los participantes referían en los cuestionarios que *a veces o a menudo* leían artículos de revistas en las que se explicaban dietas, presentaban el doble de probabilidades de estar involucrados en actitudes poco saludables para controlar el peso; y tres veces más comportamientos extremos de control de peso durante los cinco años posteriores. En población femenina, este incremento de conductas poco saludables ocurría incluso cuando el IMC se encontraban dentro de la normalidad (van den Berg, Neumark-Sztainer, Hannan, y Haines, 2007).

El ejemplo más evidente de la influencia de los MMCC fue la incorporación de la televisión en la isla Fiji en 1995. Hasta entonces, prácticamente no existían personas afectadas por TCA en la isla. Después de tres años de la aparición de la TV (período en el que la población había estado expuesta constantemente a los ideales de la belleza occidental), se detectó que el 11% de las chicas de Fiji realizaba conductas de vómito autoinducido, el 29% presentaba síntomas de TCA, el 69% habían realizado dietas para perder peso y el 74% se sentían demasiado “gordas” (Neumark-Sztainer et al., 2006).

Situación muy similar ocurrió en Ucrania después de la desaparición de la antigua URSS (Bilukha y Utermohlen, 2002) y en Toga (McCabe et al., 2011).

Los MMCC tienen la finalidad de transmitir ideas, valores, normas, actitudes y comportamientos que sociabilizan y construyen la realidad de las personas, quienes a su vez los utilizan para una variedad de razones (Bryant y Oliver, 2009). En los países desarrollados, la TV se ha convertido (después de dormir) en la actividad primaria de los niños, según el Committee on Public Education (2001).

En el estudio de Hobbs, Broder, Pope, y Rowe (2006) pocas chicas reconocían las técnicas publicitarias utilizadas en los anuncios de perder peso y este hecho incrementaba la credibilidad de los anuncios. Resultados tan sorprendentes corroboran que, especialmente en las chicas, el hecho de recibir anuncios de control de peso puede potenciar la realización de dietas y pueden provocar efectos en su salud y en su estilo de vida.

Numerosas investigaciones muestran el impacto de los Medios en la imagen corporal. Factores como la preocupación por la imagen y la interiorización del ideal estético pueden influir en las adolescentes desarrollando insatisfacción respecto a su propio cuerpo. Este mensaje de los Medios adoctrina a los adolescentes que están desarrollándose físicamente en un doble sentido: por una parte, el hecho de ser sexualmente atractivo/a es de suma importancia y que para lograrlo hay que asemejarse al ideal de belleza; y por otra parte, que hay que utilizar las mejores y más competitivas prácticas para convertirse y mantenerse guapo/a (debido a las falsas creencias de que el cuerpo es infinitamente maleable y de que en todo momento se posee autocontrol en relación a dicho cuerpo, el cual, debe ser “perfecto”) (Ballentine y Ogle, 2005; Labre y Walsh-Childers, 2003).

La autora Niva Piran destaca en diversos estudios la importancia de la *Alfabetización Cultural*. Los autores Levine y Maine (2010) citaron a Piran en señalar y analizar las diversas influencias culturales relacionadas con el peso, las burlas o las bromas en relación al género. En este capítulo Levine y Maine (2010) examinan qué contenido está presente, o cual ausente, qué comentarios pueden ocasionar efectos negativos y quiénes se benefician del sufrimiento de otras personas. Otro de sus objetivos es crear habilidades necesarias para discutir y evaluar, de una manera crítica, las imágenes de aquello que la sociedad considera hermoso o bello, y cómo la difusión de las mismas provoca presiones culturales en las niñas y en las mujeres para llegar a ser delgadas, bellas y *sexys*.

En 1995, un grupo de educadores, investigadores, artistas y activistas crearon la *Coalición de Massachusetts de la Media Literacy*. Según Hobbs (1998), en dicha coalición surgió una diversidad de enfoques, filosofías y objetivos que derivaron en que la *Media Literacy* resultara un inevitable campo emergente de la unión de los Medios y de la Educación.

La *Media Literacy* pretende combatir la influencia negativa de los Medios. El objetivo es promover comportamientos adaptativos mediante programas educativos donde se enseñe a evaluar los Medios de una manera crítica. En el trabajo de Irving y Berel (2001), después de una intervención basada en la *Media Literacy*, se consiguió reducir la credibilidad y la persuasión de los mensajes publicitarios ya que disminuyó el deseo de parecerse a las modelos que aparecían en los Medios.

Como muestra del interés creciente en este campo, en una revisión actual de Repiso-Caballero y Fonseca-Mora (2012) se constata el incremento de la producción emergente sobre la *Media Literacy*, debido a su notable influencia en los hábitos alimentarios de niños y adolescentes. Veamos un ejemplo: en el trabajo de Hobbs et al. (2006), en una muestra de 9-17 años se analizaron diferentes anuncios de revistas, televisión, radio, periódicos y correo comercial y se identificaron afirmaciones engañosas de persuasión, utilizadas en publicidad, con el objetivo de perder peso. Estas afirmaciones se referían a perder peso “permanente” de manera rápida y sin la necesidad de ningún tipo de dieta o ejercicio (a pesar de los numerosos fracasos anteriores). En dicho trabajo se comprobó como desarrollaron habilidades para responder de una manera crítica a la publicidad para perder peso. Este hecho activaba el proceso emocional, ya que existía una identificación con los personajes, las situaciones representadas y, al mismo tiempo, se basaba en la experiencia previa respecto algún miembro de la familia.

En el estudio de Wilksch, Durbridge, y Wade (2008) se desarrolló un programa para trabajar tanto el perfeccionismo como la *Media Literacy* con el objetivo de fomentar habilidades para resistir la persuasión social y, a su vez, prevenir el desarrollo de comportamientos de riesgo vinculados con el peso y la alimentación. Según Share, Jolls, y Thoman (2005) hay cinco preguntas que permiten un acercamiento práctico al Alfabetismo en Medios. Son las llamadas “Cinco preguntas que pueden cambiar el mundo”:

1. ¿Quién creó este mensaje?
2. ¿Qué técnicas creativas se utilizan para llamar mi atención?
3. ¿Cómo pueden diferentes personas entender este mensaje de forma distinta de cómo lo hago yo?
4. ¿Qué estilos de vida, valores y puntos de vista están representados u omitidos en este mensaje?
5. ¿Por qué se envió este mensaje?

Según López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010) la forma de organizar el aprendizaje de alfabetización de los Medios es:

- Toma de conciencia
- Análisis de un mensaje mediático
- Reflexión

- Acción

Los valores actuales han contribuido de una manera indiscutible en la conciencia corporal de los niños y adolescentes. Los MMCC son un factor significativo para este fenómeno tanto de una manera directa como indirecta. La manera indirecta hace referencia a la percepción del ideal delgado, visible en los Medios y la influencia que ejerce en los otros, y la directa a la percepción de dicho ideal en uno mismo (Park, 2005).

Los primeros países donde surgió la corriente de la *Media Literacy* fueron los de habla inglesa. La *Media Literacy* se consideró en dichos países, una disciplina entre la tecnología, la literatura y la educación e incluía habilidades de aprendizaje de procesos cognitivos, la habilidad de solucionar problemas de comunicación, así como, el uso de diferentes soportes didácticos. Todos estos elementos convergían para poder desarrollar en los estudiantes pensamiento crítico, comunicarlo adecuadamente en dinámicas que requieran colaboración y despertar de este modo, su creatividad (Hobbs, 2004). En la revisión realizada por Bergsma y Carney (2008) se extraen conclusiones relevantes relacionadas con los estudios en que se utilizan intervenciones basadas en *Media Literacy*. En ellas se deben definir explícitamente qué conceptos o habilidades se incluyen en la intervención, a quién va dirigido y durante cuánto tiempo se llevará a cabo.

Tal y como explican Levine y Maine (2010) citando a Anderson-Fye y Becker (2004) “El reto y la dificultad reside en definir el *contenido* y el *mensaje crítico* que determinará el grado de exposición individual, la asimilación de dichos mensajes y el posterior riesgo de sufrir TCA” (pág. 54). Siguiendo con el mismo capítulo, existen cuatro componentes normativos establecidos culturalmente: la convicción de que el peso y la forma son fundamentales en la propia identidad, la idealización de la esbeltez y la delgadez, un irracional miedo a la grasa y la idea tiránica de “debo demostrar mi control sobre mi cuerpo y mi apetito” (Gordon, 2000; Levine y Smolak, 2006).

Los mensajes difundidos por los MMCC se basan en adoctrinar a las niñas y a los niños en relación a diferentes temas: invertir "de una manera natural" en su belleza y tener una imagen esbelta, joven y atractiva. Estas cualidades son “realmente necesarias” ya que garantizan agrandar (a los hombres) y tener el control (a las mujeres) (Bryant y Oliver, 2009; Furnham y Swami, 2007; Smolak y Levine, 1994; Smolak y Murnen, 2004).

En resumen, el enfoque de la *Media Literacy* es parte de un modelo de prevención desarrollado por Piran (2001). Se vincula la Alfabetización Mediática a las conocidas como las “Seis Cs” (proviene del inglés): *Connection, Consciousness-raising, Competence-building, the experience of Choice, participation in Change, Courage to be committed*. En castellano significaría: Conexión, Sensibilización, Fomento de la

competencia, Experiencia de la elección, Participación en el cambio y Valor de llevarlo a cabo.

2.2.5.2 Teatro

El teatro se ha utilizado en la prevención en diferentes ámbitos: violencia juvenil (Zucker et al., 2010); abuso de alcohol, drogas y tabaco (Gleason, 1994; Lisnov, Harding, Safer, y Kavanagh, 1998; Safer y Harding, 1993; Starkey y Orme, 2001 Williams, Perry, Farbaksh, y Veblen-Mortenson, 1999); prevenir relaciones insanas entre iguales (*bullying* y acoso sexual) (Fredland, 2010); disminuir el estigma respecto a la terapia con antirretrovirales y aumentar el conocimiento sobre los factores de riesgo del SIDA (Aramburú et al., 2012; Harvey, Stuart, y Swan, 2000; Hovey, Booker, y Seligman, 2007; Kashima et al., 2008; Nambiar et al., 2011); prevenir comportamientos sexuales tempranos en adolescentes (Haye, Heer, Wilkinson, y Koehly, 2012; Lieberman, Berlin, Palen, y Silber, 2012); prevenir agresiones sexuales (Black, Weisz, Coats, y Patterson, 2000; Hayward y Pehrsson, 2000) y educar sobre la violencia de género (Hammock, 2011). Con el teatro también se ha promocionado el uso del cinturón de seguridad (Geller y Lehman, 1991) y la disminución del prejuicio racial (Gimmestad y de Chiara, 1982).

Otro de los objetivos del teatro ha sido el hecho de promover comportamientos positivos de salud (Naimoli et al., 1993) y de una manera más específica, el teatro ha sido un instrumento para potenciar la realización del ejercicio físico (Barr-Anderson, Robinson-OBrien, Haines, Hannan, y Neumark-Sztainer, 2010); la ingesta de frutas y verduras (Perry, Zauner, Oakes, Taylor, y Bishop, 2002); reducir la obesidad (Neumark-Sztainer et al., 2009; Robinson-OBrien, Neumark-Sztainer, Hannan, Burgess-Champoux, y Haines, 2009) y las burlas entre compañeros del colegio, así como realizar cambios positivos en la comunicación con los iguales. Relacionado con trastornos del comportamiento alimentario, se ha utilizado para disminuir comportamientos vinculados con la sintomatología alimentaria (Haines et al., 2006; Haines et al., 2008).

Dentro de este marco, aparece una estrategia prometedora y creativa para trabajar los mensajes relacionados con la salud: el teatro (Geller y Lehman, 1991; Starkey y Orme, 2001). Por un lado, ofrece a los niños una oportunidad de enseñar a sus compañeros sus habilidades en liderazgo y esto, puede aumentar sus sentimientos de *autoeficacia* y la veracidad de sus propios mensajes. Por otro, una de las herramientas más potentes del teatro es que los mensajes sobre los comportamientos saludables que los niños exponen son recibidos con gran atención por sus padres (Neumark-Sztainer et al., 2009). Otro aspecto positivo es que los padres de clase socioeconómica inferior pueden ser más propensos a asistir a un evento, en el que sus hijos sean participantes,

que a otro tipo de acto educativo (Haines, Neumark-Sztainer, y Thiel, 2007; Neumark-Sztainer et al., 2009).

La utilización del teatro en programas preventivos fue analizado en el estudio cualitativo de Haines et al. (2008). Este estudio se centró en aspectos personales como la autoeficacia y las habilidades frente a las burlas en la escuela. También se analizó la capacidad de poder resistir la presión a hacer dieta, ser capaz de seleccionar comida saludable y realizar actividad física regularmente. Respecto los factores socioambientales se trabajó también el rol tan importante que jugaban modelos como la familia y el grupo de iguales. Además, la actuación teatral se realizó tanto para los estudiantes, como para el personal de la escuela, así como para los padres. Tal y como se ha comentado, el objetivo del estudio es influir sobre los familiares respecto a las burlas y los comportamientos vinculados con el peso y al mismo tiempo, hacer de modelos para otros niños de la escuela.

La percepción de participar en este programa por parte de los niños produce cambios en su propia satisfacción, en su nivel de resistencia ante sus compañeros y en la respuesta a situaciones en las que un compañero o compañera les hace burlas. El teatro puede ser una estrategia efectiva para modificar actitudes y comportamientos relacionados con el peso en niños, ya que facilita un entorno para hablar con sus compañeros acerca de sus propias experiencias sobre dicha temática (Haines et al., 2008). Diferentes estudios han encontrado que ser objeto de burla sobre el peso se asocia con insatisfacción corporal, que a su vez se considera como un factor de riesgo para los Trastornos Alimentarios (Killen et al., 1996).

La primera vez que se utilizó un programa de prevención teatral, *Very important Kids* (VIK), basado en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (Bandura, 1977; Bandura, 1982) fue en el trabajo de Haines et al. (2006). El uso del teatro en este programa intentó abordar factores personales y socioambientales y se constató como la frecuencia de burlas disminuyó un 10% después del estudio, mientras que en el grupo Control incrementó.

También se ha diseñado otro programa multimodal *Healthy Schools Healthy Kids* (HSHK) (McVey et al., 2007) con el objetivo de prevenir enfermedades relacionadas con el peso en estudiantes de secundaria. El teatro, en este caso, también fue usado como instrumento para promover mensajes sobre el uso inadecuado de las dietas comerciales y sobre la aceptación del propio cuerpo. Este programa fue efectivo en la reducción de la interiorización del ideal de delgadez y en el uso de conductas alimentarias insanas de las niñas. En cambio, en los niños, no se encontraron efectos significativos

La utilización del teatro ayuda a mejorar la interiorización de los mensajes del contenido del programa (Haines et al., 2008). Según estos mismos autores, el uso del teatro es una manera amena de producir cambios, que se traducen en un aumento de

las habilidades personales dirigidas a resistir las burlas, la presión por hacer dietas, saber cómo alimentarse de manera saludable y en último término, practicar regularmente actividad física.

En otra investigación, cuyo objetivo había sido disminuir las burlas hacia los compañeros con sobrepeso, se observó que la utilización del teatro provocaba efectos positivos en los niños y en los padres a largo plazo (Neumark-Sztainer et al., 2007). En el estudio de Kruczek y Zagelbaum (2004) no se han encontrado diferencias entre el psicodrama y el teatro ya que la representación está controlada, el tiempo es limitado y se centra en el objetivo de tener un efecto determinado. También, en que el objetivo general era presentar una situación creíble y familiar para el público con un significado especial psicológico o social (Urtz y Kahn, 1982).

Finalmente, cabe destacar que en la investigación de Kruczek y Zagelbaum (2004) el teatro provocó efectos positivos a corto plazo consistentes en cambios en los comportamientos de riesgo. El programa preventivo incluyó una oportunidad para la discusión y los debates, por lo que era más probable que se generara disonancias cognitivas que conllevaban a un cambio de conducta.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la presente tesis es llevar a cabo dos programas preventivos de sintomatología alimentaria, influencia del modelo estético y cogniciones desadaptativas; y valorar la efectividad de ambos. Uno de ellos se presenta en formato multimedia e interactivo y el otro, a través de una técnica basada en el drama. Ambos están fundamentados en la Alfabetización de Medios.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A continuación, se concretan los puntos para dar respuesta a la consecución de los objetivos generales de la tesis.

a. Elaborar el apartado del Modelo Estético Masculino y el apartado de la comparación con el Modelo Estético Femenino, ambos integrados en el programa AL+MEF+MEM.

b. Elaborar el programa Teatro Vivo como nueva técnica preventiva

c. Aplicar el programa AL+MEF+MEM y el programa Teatro Vivo dentro de una muestra de chicos y chicas escolarizados.

d. Evaluar el efecto a los seis y 12 meses de los programas AL+MEF+MEM y Teatro Vivo respecto el grupo que no recibe ningún tratamiento (grupo Control), así como entre ambos programas entre sí.

En relación con el marco teórico revisado, las HIPÓTESIS de trabajo que se desprenden son las siguientes:

1. Los participantes que reciban el programa AL+MEF+MEM obtendrán un cambio favorable en las actitudes alimentarias alteradas (evaluadas mediante los instrumentos EAT-26 y SCOFF) y este cambio se mantendrá a los seis y 12 meses respecto el grupo sin intervención.

2. Los participantes que reciban el programa Teatro Vivo mejorarán las actitudes alimentarias alteradas medidas con los instrumentos EAT-26 y SCOFF; la mejora continuará a los seis y 12 meses en comparación con el grupo Control.

3. Los participantes que reciban el programa AL+MEF+MEM disminuirán la influencia del ideal de belleza vigente (evaluado mediante el instrumento SATAQ-R). Este cambio se mantendrá a los seis y 12 meses respecto al grupo Control.

4. Los participantes que reciban el programa Teatro Vivo disminuirán la influencia del ideal estético actual medido por el SATAQ-R, el cual se mantendrá a los seis y 12 meses en comparación al grupo sin tratamiento.

5. Los participantes que reciban el programa AL+MEF+MEM disminuirán las creencias desadaptativas (evaluadas mediante el instrumento CE-TCA). Este cambio se mantendrá a los seis y 12 meses respecto al grupo que no recibe intervención.

6. Los participantes que reciban el programa Teatro Vivo disminuirán las creencias desadaptativas (evaluadas mediante el instrumento CE-TCA) y este cambio se mantendrá a los seis y 12 meses respecto al grupo Control.

4. MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

La muestra inicial estuvo integrada por 103 chicas y 75 chicos, alumnos de 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de cuatro centros escolares escogidos de manera intencionada (según la disposición de los centros a participar en la investigación y a uno u otro grupo experimental). Tres de los cuales eran concertados y uno público; pertenecían a la localidad de Terrassa en el Vallés Occidental, provincia de Barcelona, España.

Todos los alumnos de una determinada escuela estuvieron asignados a la misma condición experimental. El grupo que recibió el programa AL+MEF+MEM estaba formado por una clase de un centro concertado (Colegio Cultura Práctica); el grupo que recibió el programa Teatro Vivo estaba compuesto por otra clase de otro centro concertado (Colegio Andersen). Finalmente, el grupo Control estaba formado por cuatro clases: tres clases de un centro concertado, (el Colegio Vedruna) y otra clase de un centro público, (el Instituto de Educación Secundaria Montserrat Roig). En la Figura 2 se muestran el número de participantes de cada grupo experimental a lo largo de los cuatro momentos de la evaluación.

Como se puede apreciar en la Figura 2, la muestra total inicialmente seleccionada estaba constituida por 178 participantes. En comparación con la fase Pre-test, en el Post-test los participantes de la muestra que se mantuvieron fueron los siguientes: en el grupo AL+MEM+MEF un 92,86%; en el Teatro un 83,33% y el grupo Control estuvo formado por el 85,83% del total que empezaron el estudio. En el Seguimiento 1 (en relación también con el Pre), el 89,29% de los participantes del programa AL+MEM+MEF se mantuvieron; en el grupo del Teatro fue un 76,66% y en el grupo Control un 84,16%. En el Seguimiento 2, en comparación de nuevo con el momento Pre, el grupo AL+MEM+MEF se mantuvo en un 85,71%; el grupo de Teatro un 90% y el grupo Control en un 91,66%.

Las causas que produjeron la pérdida de participantes -por orden de mayor a menor- fueron: un 50% del total de la pérdida global no acudir al centro escolar el día de la evaluación (sin determinar exactamente la causa o el motivo por parte del profesor), estar enfermos/as el mismo día de la evaluación un 35,71% y por último, el 14,28% que no se mantuvo en el mismo centro escolar (debido a un cambio de centro o a una repetición).

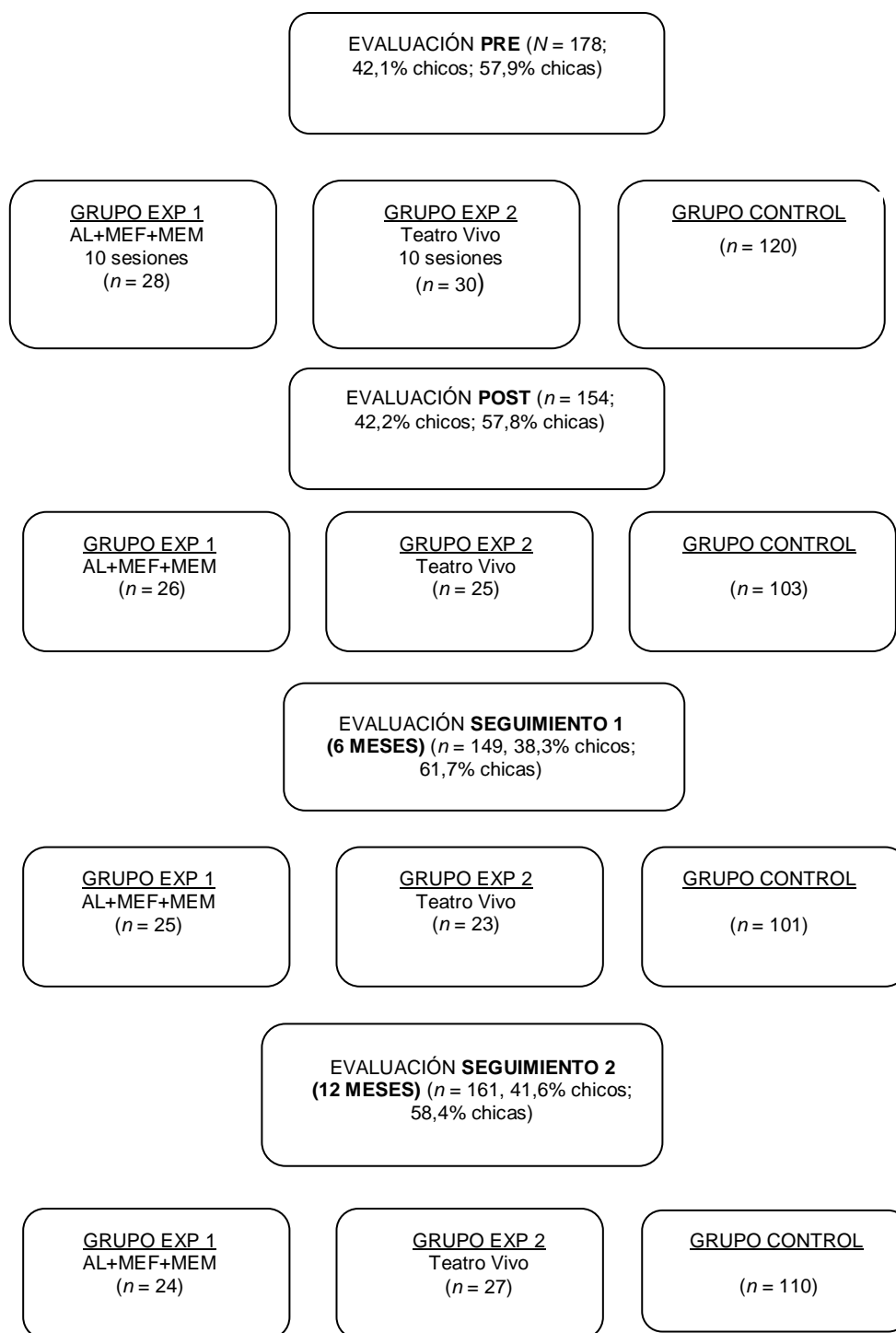


Figura 2. Diagrama de flujo de la muestra del estudio.

En la tabla 2 aparece la distribución por género de la muestra. Un 57,9% del total eran chicas y no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo ($\chi^2 = 0,313$; $p < ,855$), por lo que se puede asumir que los grupos estaban equilibrados. También, se puede

observar que la media de edad del total de la muestra era de 13,33 años ($DE = 0,47$). La mayor parte de los participantes era de procedencia española (un 83,5%). Respecto al nivel socioeconómico, el mayor número de participantes el 67,2% de la muestra se sitúa en un nivel alto o medio-alto. No se obtuvieron diferencias significativas entre los diferentes grupos socio-económicos ($\chi^2 = 2,058$; $p < ,725$).

Respecto a las diferencias entre el IMC de los tres grupos, los resultados obtenidos son ($F = 7,421$; $p = ,001$). Por tanto, sí que existen diferencias significativas en los tres grupos en el IMC. Por esta razón, se utilizó como variable de ajuste en los análisis del GLM y, por idéntico motivo, se ajustó en el momento Pre, con el fin de asegurar que los cambios producidos por el programa en el momento Post y en los sucesivos seguimientos, son provocados por los programas, y en ningún caso, debidos a las diferencias iniciales de la muestra.

Tabla 2

Datos sociodemográficos de la muestra

	Teatro Vivo	AL+MEF+ MEM	Grupo Control	Total
Sexo N (%)				
Masculino	13 (43,3)	13 (46,4)	49 (40,8)	75 (42,1)
Femenino	17 (56,7)	15 (53,6)	71 (59,2)	103 (57,9)
Edad (años); media (DE)				
	13,51 (0,7)	13,42 (0,5)	13,27 (0,4)	13,33 (0,0)
IMC (kg/m²); media (DE)				
	22,27 (3,5)	19,68 (3,4)	19,66 (3,0)	20,08 (3,2)
Nacionalidad; n (%)				
Española	25 (78,1)	20 (69,0)	107 (88,4)	152 (83,5)
Latinoamericana	1 (3,1)	5 (17,2)	10 (8,3)	16 (8,8)
Asiática	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)
Africana	3 (9,4)	4 (13,8)	4 (3,3)	11 (6,0)
Resto Europa	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,1)
Nivel socioeconómico; n (%)				
Alto o Medio-Alto	13 (59,91)	11 (57,9)	66 (71,0)	90 (67,2)
Medio o Medio-Bajo	7 (31,8)	6 (31,6)	20 (21,5)	33 (24,6)
Bajo	2 (9,1)	2 (10,5)	7 (7,5)	11 (8,2)

4.2 INSTRUMENTOS

4.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para obtener el nivel socioeconómico de los participantes, se utilizó la medida *Four-factor Index of Social Status* (Hollingshead, 1975). A continuación, se muestran los restantes instrumentos:

- *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (Garner, et al., 1982). Se utilizó la versión española de 26 ítems validada y adaptada en población femenina e indicada para población adolescente (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003). Este instrumento permite detectar la presencia de actitudes alimentarias de riesgo autoinformadas en población no clínica. El punto de corte considerado en la adaptación española del instrumento fue 20, aunque algunos estudios demuestran una mayor sensibilidad y especificidad con un punto de corte 10 (Calado, 2008).

Cada ítem tiene seis opciones de respuesta en una escala tipo Lickert que va desde (*nunca*) a (*siempre*). Todos los ítems están redactados de forma directa, excepto el ítem 25. El rango de la puntuación total puede oscilar entre 0-78. Puntuaciones más altas son indicadoras de posible sintomatología alimentaria. El instrumento presentó unas adecuadas propiedades psicométricas, tanto en la adaptación española ($\alpha = ,86$) como en nuestro estudio, donde también obtuvo una elevada consistencia interna ($\alpha = ,88$) en la puntuación total.

- *Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF) (Morgan, Reid, y Lacey, 1999). Se utilizó la versión española adaptada y validada por García-Campayo et al., (2005). Los ítems evalúan si existe control de la ingesta, comportamientos purgativos e insatisfacción corporal, de manera que es un instrumento útil para la detección precoz de posibles casos con TCA.

Este instrumento está compuesto por cinco preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) y la puntuación total se obtiene de la suma de las respuestas afirmativas. El rango de puntuación es de cero a cinco. Los ítems están redactados de forma directa, de manera que a más puntuación mayor riesgo de tener sintomatología alimentaria. Se considera que existe posible riesgo de patología a partir de dos respuestas afirmativas (García-Campayo et al., 2005 y Rueda-Jaimes et al., 2005).

En la adaptación al castellano de García-Campayo et al. (2005), con el punto de corte de dos, se obtuvo una sensibilidad del 98% y una especificidad del 94% (respecto a las patologías alimentarias, el porcentaje de detección se sitúa de la siguiente manera: BN, 98%; AN, 93% y Trastorno del Comportamiento Alimentario no Especificado, 100%). En nuestro estudio, la consistencia interna obtenida fue de $\alpha = ,63$.

- *The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire Review (SATAQ-R)* (Cusumano y Thompson, 1997). En este estudio se utilizó la versión de Lameiras et al. (2005). Este instrumento evalúa el conocimiento y la aceptación de los estándares socioculturales de la delgadez y del atractivo. Consta de dos subescalas: conocimiento e interiorización. El instrumento tiene 21 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones de las escalas se calculan mediante el promedio de los ítems correspondientes (previa recodificación de los ítems inversos). Puntuaciones más elevadas indican mayor conocimiento y aceptación del estereotipo cultural actual promovido por los MMCC y se consideran un factor de riesgo para desarrollar problemas vinculados con el peso y la imagen.

La consistencia interna que se obtuvo en el instrumento original fue de $\alpha = ,71$ para la subescala de conocimiento y $\alpha = ,88$ para la de interiorización. El *alfa de Cronbach* de la presente investigación fue muy similar: $\alpha = ,82$ en la escala de conocimiento y $\alpha = ,75$ en la escala de interiorización.

- *Cuestionario de Cogniciones específicas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (CE-TCA)* (Abellán, Penelo, y Raich, 2012). Este instrumento mide las creencias desadaptativas vinculada a patología alimentaria. Este cuestionario tiene 26 ítems que se contestan en una escala de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Existen dos ítems redactados en sentido inverso que son el 11 y el 21. La Puntuación Total se calcula mediante la suma de todos los ítems, previa recodificación de los ítems inversos. A más puntuación, mayor convicción de dichas cogniciones erróneas.

Se obtuvo una consistencia interna del instrumento de $\alpha = ,91$ y una fiabilidad test-retest a los seis meses de $r = ,80$. En el presente estudio, el *alfa de Cronbach* fue superior al trabajo original $\alpha = ,94$. Para ver todos los instrumentos con detalle ver Anexo A.

Finalmente, los instrumentos utilizados para obtener el peso y la altura fueron la báscula *Tefal Sensitive Computer* de 100 gr. y un tallímetro de 2 m. *Kawe. Kw 444.440*. Posteriormente, se calculó el IMC.

4.2.2 MATERIALES UTILIZADOS EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

El programa AL+MEF+MEM consistió en primer lugar, en una presentación interactiva con soporte *Power Point*, siguiendo las directrices que marca el guión del programa *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación: Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria*® (Raich, Sánchez-Carracedo, y

López-Guimerà, 2008). Este programa original, tal y como se ha comentado, ya está publicado. Se añadió la parte del Modelo Estético Masculino (González, et al., 2012; González, Rosés, et al., 2011) (Ver apartado 2.4.1. Programa AL+MEF+MEM).

El material utilizado fue el siguiente: en el primer bloque de Alimentación un registro de las ingestas que los alumnos realizaban semanalmente y al final del programa -en el apartado del Activismo respecto los MMCC-, se utilizaron las revistas *Men's Health* (nº 110 del mes de Diciembre del 2010) y la *Súper Pop* (nº 854 del mismo mes y año).

En el segundo programa, el Teatro Vivo, el material utilizado consistió en un guión teatral de una obra llamada *Teen Spirit!* Esta obra fue realizada por un dramaturgo profesional (Jordi Faura) en lengua catalana (Ver Anexo B). En ella se desarrollaban los mismos temas que en el programa AL+MEF+MEM (Ver de una manera más detallada en el apartado posterior 2.4.2. Programa Teatro Vivo). Durante la elaboración del guión, se contó con la supervisión constante del equipo de investigación y de unas actrices profesionales, que más adelante llevarían a cabo las sesiones de este programa.

4.3 DISEÑO

Se empleó un diseño cuasi-experimental con mediciones longitudinales prospectivas, basadas en la información recogida a través de cuestionarios autoinformados. La unidad de muestreo fue la escuela (y no los estudiantes), mediante un muestreo no probabilístico en la ciudad de Terrassa. La asignación de las escuelas a una de las tres posibles condiciones experimentales (AL+MEF+MEM, Teatro Vivo y la no intervención) se realizó atendiendo a la factibilidad de cada una de ellas para poder implementar uno u otro programa.

El diseño empleado fue un diseño factorial mixto 3 × 3 (programa × fase). Este diseño está compuesto por dos variables independientes (VI). La primera de tipo inter-corresponde al tipo de programa-, y sus niveles consisten en: recibir el programa AL+MEF+MEM, recibir el Teatro Vivo y no recibir ningún programa. La segunda VI de tipo intra -corresponde a los momentos de medición-, que son los siguientes: medición en el momento Post (después de recibir la intervención), en el Seguimiento 1 (seis meses después) y en el Seguimiento 2 (12 meses después).

Las variables dependientes (VD) consideradas fueron la sintomatología alimentaria (medidas por el instrumento EAT y por el instrumento SCOFF), la interiorización del modelo estético corporal transmitido en los MMCC (mediante el instrumento SATAQ) y las cogniciones distorsionadas sobre la imagen corporal (evaluadas mediante el instrumento CE-TCA). Los resultados del análisis de la variancia fueron ajustados por Pre e IMC por los motivos explicados anteriormente en el método.

4.4 PROCEDIMIENTO

El presente estudio ha sido aprobado por el Ayuntamiento de Terrassa y el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se han seguido los criterios de confidencialidad (mediante la codificación numérica de los cuestionarios) y de consentimiento informado necesarios (la autorización escrita de los padres y el asentimiento verbal de los participantes) para llevar a cabo la investigación.

En el transcurso de los meses de Septiembre y Octubre del año 2010, se contactó con las escuelas para concretar las fechas de la evaluación Pre-test (previa a la intervención). Dicha fase de evaluación Pre-test se realizó a lo largo del mes de octubre de 2010. La implementación de los programas AL+MEF+MEM y Teatro Vivo tuvo lugar desde Octubre hasta finales de Diciembre del 2010. La fase del Post-test se realizó en Enero de 2011, la evaluación a los seis meses (Seguimiento 1) en Junio del 2011 y el Seguimiento 2 entre Diciembre de 2011 y Enero de 2012. Se realizaron, por tanto, evaluaciones en cuatro momentos: Pre-test, Post-test, Seguimiento 1 (a los seis meses) y Seguimiento 2 (a los 12 meses).

Dos psicólogas que formaban parte de la UAIC y del equipo investigador (entre ellas la autora de este trabajo) realizaron la implementación del programa preventivo AL+MEF+MEM. Paralelamente, también se implementó el otro programa Teatro Vivo por parte de dos actrices profesionales, asesoradas por miembros de la UAIC.

4.4.1 PROGRAMA AL+MEF+MEM

Esta intervención, como se ha mencionado anteriormente, se llevó a cabo en una escuela concertada. La clase estaba formada por 28 alumnos y se contó con la presencia del tutor durante toda la intervención. Se hicieron 10 sesiones de 60 minutos cada una. El grado de participación y la implicación en el programa fue elevado por parte del alumnado.

Las psicólogas, a las que se ha mencionado anteriormente, llevaron a cabo las sesiones del programa AL+MEF+MEM e hicieron las modificaciones y mejoras respecto al programa original *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*® (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008). A continuación, se detallan los módulos trabajados de la intervención AL+MEF+MEM.

4.4.1.1 Alimentación

Este módulo se desarrolló en dos sesiones. La intervención comenzó con la revisión de los contenidos propuestos en el módulo ya existente de Alimentación, donde se repasaron las diferencias principales entre los conceptos de Alimentación y Nutrición. Asimismo, se trabajó sobre los principales *macronutrientes* y sobre la pirámide *Naos* conceptos en que se basa una alimentación sana y equilibrada. Además, se propuso una actividad de análisis de menús en la que los participantes debían discernir cuáles eran los más equilibrados y cuáles no lo eran.

Las actividades que se requirieron a los alumnos en este bloque fueron dos: en primer lugar, un *autoregistro* de los alimentos que consumían en las cinco comidas diarias en el período de una semana; la otra actividad fue a nivel grupal, mediante un concurso entre diferentes grupos de la clase. Esta última actividad consistía en hacer una competición para crear un menú lo más saludable posible. Este primer módulo ya estaba creado en el programa inicial.

4.4.1.2 Modelo estético femenino

Esta parte del programa se realizó en dos sesiones. En la primera sesión, se trabajó el Modelo Estético Femenino a través de los siguientes conceptos: la belleza a través de la Historia, la evolución del bañador femenino, Marilyn Monroe como icono de belleza y, por último, la muñeca *Barbie*. En la segunda sesión, salieron a escena los diferentes modelos estéticos en las distintas culturas del mundo, siempre bajo el predominio del modelo estético occidental. Hay que considerar que el bloque correspondiente al Modelo Estético Femenino estaba elaborado con anterioridad, realizándose tal y como aparece en el programa original.

4.4.1.3 Modelo estético masculino

La parte del modelo estético masculino es una de las novedades que se aporta en la presente tesis doctoral. Al igual que el módulo anterior, se llevó a cabo en dos sesiones. En la primera sesión, se mostró el Modelo Estético Masculino a lo largo de la historia y su evolución a lo largo de los siglos (González, et al., 2012; González, Rosés, et al., 2011; Raich, González, y Rosés, 2010). En la segunda sesión, se trataron los referentes masculinos considerados iconos de belleza y masculinidad (Marlon Brandon, James Dean, Gregory Peck y el mítico personaje James Bond). A continuación, se abordó la evolución de la moda a partir de la revisión de la historia del bañador masculino y se revisó qué tendencia seguían los juguetes de acción masculinos. En esta segunda sesión, se reflexionó sobre la relativización del actual modelo masculino

(musculado) occidental respecto a las diferencias culturales que se dan en las diversas zonas geográficas de todo el mundo. Todo ello, favorece al cuestionamiento de dicho modelo "súper musculoso" de Occidente como única condición de belleza masculina.

4.4.1.4 Modelo estético femenino en los Medios de comunicación

Este módulo y el siguiente se llevaron a cabo en una única sesión y se trabajó sobre qué papel juega el modelo estético femenino en los Medios de Comunicación. Se mostraron mensajes dirigidos a mujeres y se reflexionó sobre qué tipo de valores y estereotipos se difunden actualmente. También, se mostraron todos los trucos o estrategias que se usan en publicidad para mostrar un cuerpo "perfecto" asociado al producto que se pretende vender.

4.4.1.5 Modelo estético masculino en los Medios de comunicación

En este apartado se trataron los mismos contenidos que en el módulo anterior (Modelo estético femenino en los Medios de comunicación) pero dedicado al modelo masculino. Esta parte es una incorporación de la presente investigación.

4.4.1.6 Comparación entre el modelo estético femenino y el modelo estético masculino

Se realizó la comparación entre los dos modelos estéticos. Esta sesión no sólo sirvió para buscar similitudes y diferencias entre ambos, sino también como resumen previo a la parte del Activismo.

Este módulo, cuya duración fue de una sesión, incluyó tanto la evolución a lo largo de la Historia como el aspecto transcultural (estas partes ya se habían trabajado respectivamente en los módulos del Modelo Estético Femenino y Modelo Estético Masculino). Prosiguió con el distinto tratamiento que se hace en los Medios de comunicación de los roles femeninos y masculinos y cómo esta diferencia se refleja en los anuncios dirigidos a hombres y mujeres. Hay que destacar que actualmente estas diferencias ya no son tan evidentes: el rol tradicional masculino y femenino están cada vez más compartidos y, por tanto, no se muestran estereotipos tan marcados como años atrás. Se volvió a recordar –o resaltar– los tipos de cuerpos considerados "deseados" y todos los trucos que utiliza el mundo publicitario para conseguir vender los productos destinados a mejorar el aspecto físico (Raich, González, et al., 2010).

4.4.1.7 Activismo

En la última parte del programa, se realizaron las actividades correspondientes al Activismo en el transcurso de dos sesiones. Es en esta parte del programa, donde se pretende que los alumnos realicen una participación activa y que pongan en práctica todo lo aprendido.

El material utilizado consistió en dos revistas (un ejemplar de *Men's Health* y otro de *Súper Pop*) cuya publicación coincidió con los días en que se realizaba el programa. El motivo de consultar estas revistas fue por su gran número de anuncios y porque se dirigían a un público femenino y masculino respectivamente.

Durante la primera sesión, se realizó la actividad *Crítica de un anuncio*. Para ello se formaron cinco grupos de cinco o seis personas, según la distribución aleatoria que previamente había realizado el maestro en la clase. A cada grupo se le entregó un dossier con diferentes preguntas relacionadas con un anuncio -que los propios integrantes habían escogido de las dos revistas antes mencionadas-. Las preguntas eran las mismas que ya estaban elaboradas en el programa original *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*® (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008) (Ver Anexo C). Mientras los estudiantes hacían la actividad, las psicólogas guiaban y respondían a las dudas que podían surgir (priorizando siempre que los participantes tuvieran la máxima autonomía en sus respuestas). Al finalizar, se recogieron los dossieres con las preguntas que habían contestado los alumnos.

La última sesión comenzó comentando las preguntas que habían contestado los chicos y chicas en la anterior actividad. Como el tiempo fue limitado, se escogió un grupo al azar y se leyeron oralmente delante de toda la clase. Todas las preguntas que habían contestado los grupos se entregaron a cada uno de los escolares por escrito. La intencionalidad consistía en que tuvieran las preguntas para poder utilizarlas de guión para hacer la siguiente actividad. Esta actividad se denomina *Carta de denuncia a los Medios de comunicación* y como su mismo nombre indica debían hacer una carta, ahora de manera individual, a una empresa o a una compañía siguiendo el formato que les habíamos facilitado previamente (Ver Anexo D).

Los adolescentes podían utilizar el mismo anuncio que habían analizado en la anterior actividad *Crítica de un anuncio* o bien, podían escoger uno nuevo. Para realizar esta actividad debían solicitar ayuda a los padres. El tiempo que se dio para realizarla fue de una semana. Después de recoger las cartas que habían escrito los adolescentes, fueron transcritas, traducidas del catalán al castellano (respetando el texto que habían escrito los alumnos) y posteriormente, enviadas a las diferentes compañías desde la Universitat Autònoma de Barcelona (Ver Anexo D).

4.4.2 PROGRAMA TEATRO VIVO

El número de participantes del Teatro Vivo fue de 30 alumnos y, al igual que en el anterior programa, se impartió en 10 sesiones de 60 minutos de duración cada una de ellas. Cabe remarcar que el grupo Teatro Vivo se realizó fuera del horario lectivo debido a la imposibilidad de llevarlo a cabo en horario escolar por decisión del cuerpo directivo de la escuela.

El texto de la obra lo elaboró un dramaturgo profesional con el asesoramiento del equipo investigador. Tal y como se ha comentado anteriormente, las sesiones de trabajo o ensayos fueron dirigidas por dos actrices profesionales, que al igual que en la creación del texto teatral, fueron asesoradas en todo momento por el equipo de investigación.

A diferencia del programa AL+MEF+MEM, el programa Teatro Vivo se impartió sin la presencia de la tutora en el aula. A lo largo de las sesiones se repartieron los papeles, se memorizó el texto y se ensayó la obra de teatro *Teen Spirit!*. En esta obra se tratan los mismos puntos que en el anterior programa: Modelo Estético Femenino y Modelo Estético Masculino, Modelo Estético Femenino y Masculino en los Medios de comunicación y la comparación del Modelo Estético Femenino y Masculino. La parte no compartida con el programa AL+MEF+MEM es la parte final del Activismo. Esto es debido a que esta parte está implícita en el Teatro Vivo, dado que como en cualquier formato teatral, la naturaleza del programa incluye la participación de los actores, en este caso, los alumnos.

A fin que todos los miembros pudieran participar de la obra, se crearon dos representaciones de la misma, dividiendo la clase por orden alfabético, y formando dos subgrupos. Estas dos representaciones compartían el mismo texto y la uniformidad de los contenidos, a pesar que el reparto era distinto. Así pues, el grupo dividido ensayó simultáneamente en espacios distintos, bajo la dirección de las actrices, quienes se permutaron en los grupos para así equilibrar el posible efecto de recibir el programa por una u otra actriz.

Finalmente, se realizó la representación teatral ante un público formado tanto por los compañeros de los alumnos actuantes como por los padres en un teatro acondicionado para tal ocasión. El día de la representación (coincidiendo con el Festival de Navidad, Diciembre del 2010) se realizaron las dos representaciones de manera consecutiva. La finalidad fue conseguir una mayor asistencia de los padres a las representaciones.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La información fue procesada mediante el programa *MS-Access 2000* (*Microsoft Corp., Redmond, WA, USA*) ya que permite la entrada de datos de forma segura y protegida y disminuye al máximo los posibles errores en su introducción. El análisis estadístico se efectuó con el *sistema SPSS* versión 19 para *Windows*.

Dado que la escala de medida de las variables dependientes es cuantitativa, se utilizaron modelos de análisis de la variancia mediante el procedimiento *Generalized Linear Model* (GLM) del Sistema SPSS. Tal y como se ha comentado, es un diseño factorial 3 x 3 (grupo x fase). Dicho modelo permite evaluar el efecto de cada uno de los factores que intervienen en el diseño y el efecto correspondiente a la interacción de los mismos. Este modelo 3 x 3 se ajustó por la medida Pre-test y por el IMC. Se recuerda al lector que se ajustó por las puntuaciones basales obtenidas en el Pre-test con el fin de asegurar que los cambios producidos por el programa en el momento Post y en los seguimientos pueden atribuirse al programa, y no a las diferencias de la muestra. También, tal y como se ha comentado en el apartado de participantes, se utilizó el IMC como covariable debido a que se obtuvieron diferencias significativas entre las medias de los tres grupos al inicio del estudio ($F = 7,421$; $p = ,001$).

Para la comparación entre los tres grupos, cuando la interacción no resultó estadísticamente significativa, realizamos comparaciones múltiples para aquellos instrumentos en los que se obtuvo un resultado estadísticamente significativo del efecto principal de grupo. Dado que en dichos casos comparamos los tres grupos entre sí, el nivel alfa de estos contrastes a priori se estableció en $\alpha = ,025$. Así, y según Bland (2000), establecimos la significación dividiendo el umbral habitual ($,05$) entre los grados de libertad del factor grupo ($3 - 1 = 2$).

Una vez se realizaron los procedimientos GLM anteriormente comentados, se calculó también el tamaño del efecto mediante la d de Cohen (1988) para evaluar la magnitud de las diferencias entre grupos y/o entre fases. Seguimos las orientaciones de Cohen, según las cuales se considera un tamaño del efecto pequeño cuando los valores son entre 0,20 y 0,50, Medios entre 0,50 y 0,80 y grandes a partir de 0,80 (en valor absoluto). Para ver todos los valores obtenidos al realizar todas las posibles combinaciones véase Anexo E.

5. RESULTADOS

5.1 RELACIÓN ENTRE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS, SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA, INFLUENCIA DEL MODELO ESTÉTICO Y COGNICIONES DESADAPTATIVAS

En la tabla 2 se muestran las medias observadas de las variables estudiadas a lo largo de los seguimientos y en función del grupo. En la tabla 3 pueden verse los resultados del análisis de la variancia ajustados por las medidas iniciales (Pre) e IMC.

Tabla 2. *Medias observadas (y desviación estándar)*

Medidas	Grupo (n)	Pre	Post	Seg 1	Seg 2
EAT	Teatro (n = 21)	4,95 (5,58)	2,86 (2,59)	4,05 (3,80)	3,62 (3,90)
	AL+MEF+MEM (n = 23)	6,83 (10,07)	3,22 (7,22)	3,87 (6,74)	6,17 (13,65)
	Control (n = 86)	6,84 (6,75)	6,22 (7,66)	5,80 (8,39)	6,20 (8,14)
SCOFF	Teatro (n = 22)	0,82 (1,14)	0,18 (0,60)	0,41 (0,80)	0,23 (0,68)
	AL+MEF+MEM (n = 23)	0,70 (1,26)	0,35 (1,07)	0,52 (1,12)	0,52 (1,12)
	Control (n = 82)	0,51 (0,77)	0,49 (0,90)	0,51 (0,85)	0,55 (1,00)
SATAQinter	Teatro (n = 21)	2,64 (0,67)	2,42 (0,66)	2,46 (1,07)	2,50 (0,77)
	AL+MEF+MEM (n = 23)	2,84 (0,79)	2,44 (0,66)	2,50 (0,84)	2,51 (0,88)
	Control (n = 86)	2,66 (0,76)	2,56 (0,86)	2,75 (0,82)	2,77 (0,80)
SATAQconoc	Teatro (n = 21)	3,31 (0,91)	3,05 (0,95)	3,33 (0,93)	3,41 (0,76)
	AL+MEF+MEM (n = 23)	3,28 (0,85)	3,36 (0,95)	3,37 (0,90)	3,29 (0,81)
	Control (n = 84)	3,46 (0,75)	3,47 (0,82)	3,45 (0,82)	3,54 (0,91)
CE-TCA	Teatro (n = 21)	62,86 (29,37)	40,10 (14,16)	45,67 (17,94)	40,86 (13,86)
	AL+MEF+MEM (n = 23)	50,30 (25,49)	46,78 (25,87)	44,48 (22,65)	44,83 (22,85)
	Control (n = 86)	60,06 (23,72)	54,02 (21,83)	52,67 (22,15)	52,53 (21,30)

Nota. Pre: Pre-test; Post: Post-test; Seg 1: Seguimiento a 6 meses; Seg 2: Seguimiento a 12 meses

Tabla 3. Análisis de la variancia (ajustado por Pre e IMC)

Efectos	Fuente (gl)	EAT		SCOFF		SATAQint		SATAQcon		CE-TCA	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Intra-sujeto	grupo* fase (4)	1,75	,141	0,77	,545	0,17	,953	0,59	,669	0,51	,726
	fase (2)	0,36	,701	3,33	,037	2,95	,054	0,31	,738	0,62	,538
Inter-sujeto	grupo (2)	1,28	,282	2,64	,075	3,41	,036	0,78	,460	6,36	,002

Nota. F: estadístico F de Snedecor; p: significación \leq ,005; SATAQint: escala Interiorización del SATAQ-R; SATAQconoc: escala Conocimiento del SATAQ-R.

5.1.1 ACTITUDES ALIMENTARIAS ALTERADAS

Para las puntuaciones del EAT no se halló ningún efecto estadísticamente significativo. En la Figura 3 se muestran los perfiles de las medias ajustadas por Pre e IMC. No obstante, tal y como puede observarse en la figura, en el momento Post ambos grupos que recibieron la intervención presentaron puntuaciones más bajas que el grupo Control, oscilando el tamaño del efecto (*d* de Cohen) de dichas diferencias entre 0,45 (Teatro Vivo vs. Control) y 0,68 (AL+MEF+MEM vs. Control).

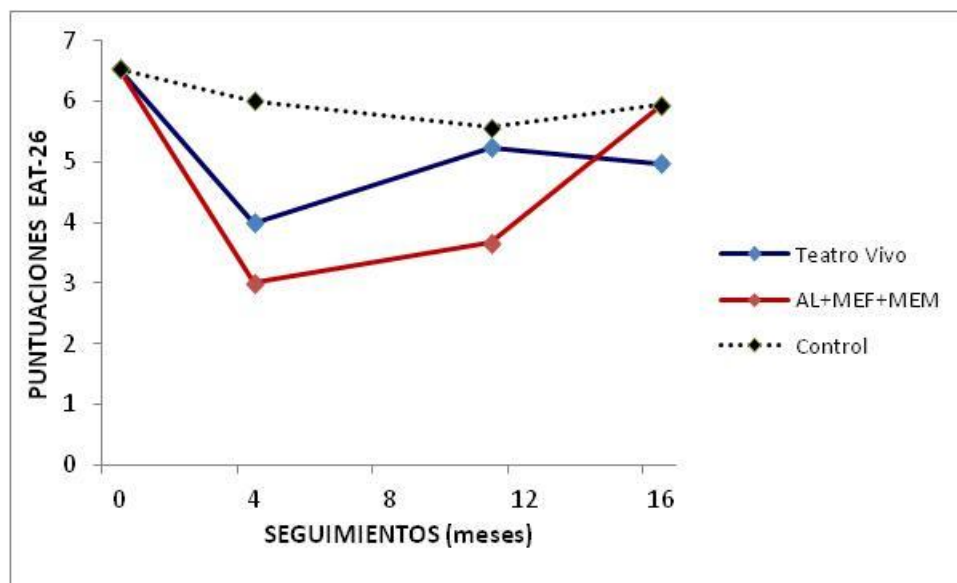


Figura 3. Puntuaciones del EAT-26.

5.1.2 SINTOMATOLOGÍA DE ALTERACIONES ALIMENTARIAS

En las puntuaciones del SCOFF, sólo fue estadísticamente significativo el efecto del factor fase ($p = ,037$) ya que el factor grupo no alcanzó la significación ($p = ,075$). Como

puede verse en la Figura 4, los participantes del grupo Control obtuvieron puntuaciones más altas en el momento Post, en comparación con los del grupo de Teatro Vivo ($d = 0,72$) y los del grupo AL+MEF+MEM ($d = 0,34$), siendo las diferencias entre ambos grupos de tama o bajo-moderado ($d = 0,39$). La diferencia entre el grupo que recibió Teatro Vivo y el grupo Control se mantuvo en el Seguimiento 2 aunque con una magnitud menor ($d = 0,46$).

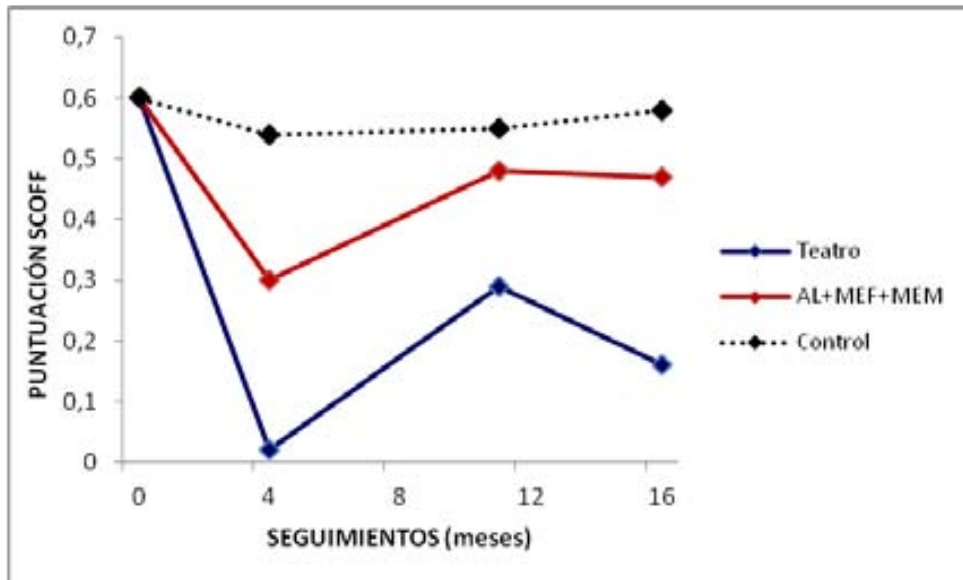


Figura 4. Puntuaciones SCOFF.

5.1.3 INTERIORIZACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL IDEAL ESTÉTICO

En cuanto a la escala de interiorización del SATAQ-R, el efecto del factor grupo fue estadísticamente significativo ($p = ,036$). En concreto, los participantes del programa AL+MEF+MEM tuvieron puntuaciones inferiores respecto al grupo Control (IC95% DM: 0,05 a 0,57 puntos; $p = ,019$) a lo largo de todos los seguimientos. En la Figura 5 se puede observar el perfil de cada grupo en los diferentes momentos. El tama o del efecto de estas diferencias entre los grupos AL+MEF+MEM y Control oscilaron entre 0,37 (momento Post) y 0,48 (Seguimiento 1). Las diferencias entre el grupo Teatro Vivo y el Control fueron algo menores (d de Cohen entre 0,25 en momento Post y 0,33 en el Seguimiento 1 y Seguimiento 2) y nulas entre ambos grupos de intervención ($d \leq 0,15$). A pesar de que el factor fase sólo fue casi-significativo ($p = ,054$), el perfil del grupo Control fue ligeramente ascendente ($d = 0,28$), mientras que el de los dos grupos que recibieron los programas resultaron prácticamente planos ($d \leq 0,16$).

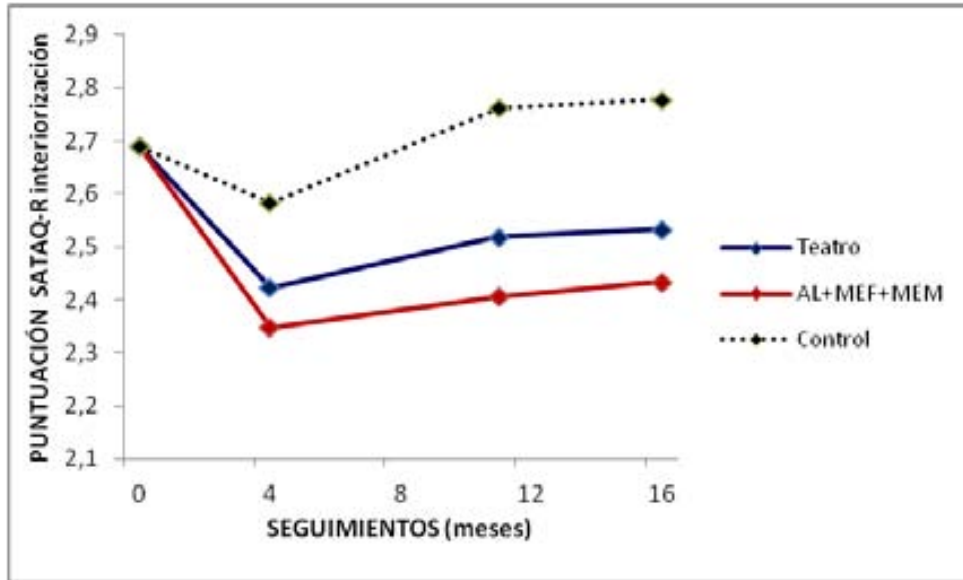


Figura 5. Puntuaciones escala Interiorización del SATAQ-R.

Respecto a la escala de conocimiento del SATAQ-R, no se halló ningún efecto estadísticamente significativo en el análisis de la variancia. Asimismo, fue nulo el tamaño del efecto de las diferencias entre grupos.

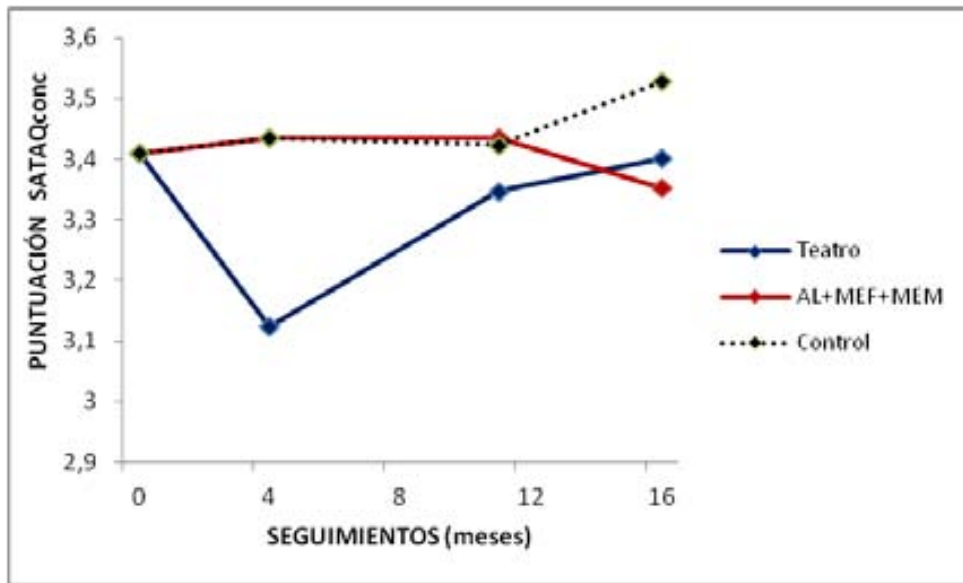


Figura 6. Puntuaciones escala Conocimiento del SATAQ-R.

5.1.4 COGNICIONES DESADAPTATIVAS

Finalmente, en el instrumento CE-TCA el efecto principal del factor grupo resultó estadísticamente significativo ($p = ,002$). Los participantes del programa Teatro Vivo tuvieron puntuaciones estadísticamente inferiores respecto al grupo Control (IC95% DM: 5,94 a 20,98 puntos; $p = ,001$) y respecto al grupo AL+MEF+MEM (IC95% DM: 0,07 a 18,58 puntos; $p = ,048$), aunque esta última comparación múltiple no alcanza el nivel de significación establecido ($\alpha/2$ fijado en $,025$). El tamaño del efecto de estas diferencias fue entre medio y alto: para la comparación Teatro vs. Control el valor de d (Cohen) osciló entre 0,82 (fase Post y Seguimiento 2) y 0,55 en el Seguimiento 1. La comparación entre Teatro y AL+MEF+MEM se situó entre 0,64 en el momento Post y 0,32 en el Seguimiento 1. A lo largo de los seguimientos, en la comparación de las medias del grupo de Teatro, las diferencias del tamaño del efecto oscilaron entre 0,24 en el Post respecto el Seguimiento 1 y 0,25 del Seguimiento 1 en comparación con el Seguimiento 2. En la Figura 7 se observan los perfiles de cada grupo a lo largo de las diferentes fases.

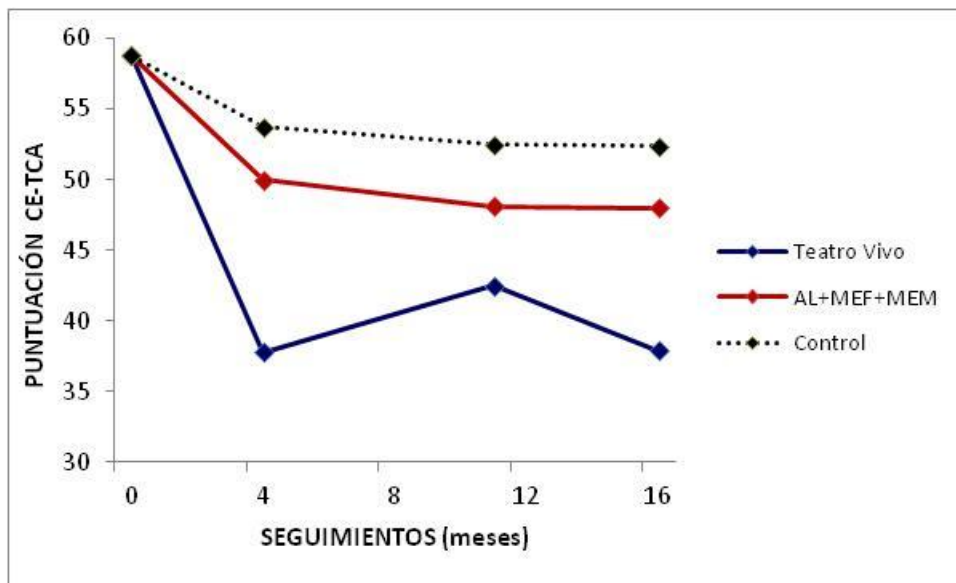


Figura 7. Puntuaciones del CE-TCA.

6. DISCUSIÓN

6.1 OBJETIVO GENERAL

El **objetivo del trabajo** es **desarrollar y aplicar dos programas preventivos de Trastornos Alimentarios** (AL+MEF+MEM y Teatro Vivo). En la confección de este estudio se ha hecho referencia a numerosos estudios anteriores que han aportado información sobre los factores de riesgo. Por ejemplo, en las revisiones de Pratt y Woolfenden (2002) y Stice et al. (2007) se analizaron como los programas de prevención de TCA eran efectivos, tanto para la reducción de los factores de riesgo como para la prevención de la aparición de problemas relacionados con la alimentación y el peso. El patrón promovido por los Medios no se ajusta al cuerpo “real” masculino ni femenino, lo que favorece la insatisfacción corporal mediante la comparación injusta. Tal y como se ha ido desarrollando a lo largo de toda la presente investigación, el hecho de no aceptar la propia apariencia física es un factor de riesgo de sintomatología alimentaria.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La incorporación de la crítica del Modelo Estético Masculino integrado en el programa AL+MEF+MEM es el primer objetivo específico. Consistió en mejorar e introducir nuevas actividades y sesiones, y en definitiva, ampliar el programa -ya publicado- *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria®* (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008).

La incorporación del módulo *Modelo Estético Masculino* completa el programa AL+MEF+MEM, mediante la crítica hacia el estereotipo masculino y la difusión del ideal de belleza masculina en los Medios de Comunicación (MMCC). El programa original sólo trabajaba el modelo femenino y se implementaba exclusivamente en población femenina. Por ejemplo, en Neumark-Sztainer et al. (1995) y Paxton (1993), las chicas adolescentes recibían presiones para ser delgadas y esto influía negativamente sobre la preocupación por su imagen corporal, lo que a su vez provocaba un mayor riesgo de situarse en el umbral o subumbral del inicio de la patología alimentaria (McKnight Investigators, 2003).

Hay que enfatizar que actualmente existe una similitud entre chicos y chicas respecto a la preocupación por la imagen corporal, las estrategias y los factores asociados a conseguir el peso deseado (Berger et al., 2011). Según Stanford y McCabe (2005) el objetivo de la prevención en población masculina es disminuir las preocupaciones por el cuerpo, las conductas de riesgo para la salud asociadas con el aumento de los músculos y los problemas de ajuste psicológico relacionado con dichos

comportamientos y actitudes. En la escasa literatura científica existente hasta la fecha, hay evidencia de cómo los programas dirigidos a chicas y a chicos han mostrado una mejora tanto en la imagen corporal como en la disminución de factores de riesgo de TCA (Kater, Rohwer, y Londre, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2003; McVey y Davis, 2002; McVey et al., 2007; O'Dea y Abraham, 2000; Wilksch, 2010; Wilksch y Wade, 2009).

La motivación al generar este nuevo módulo, por tanto, es la creciente demanda de los chicos adolescentes preocupados en exceso por la imagen y el peso (Cohane y Pope, 2001; Stanford y McCabe, 2005), junto con la evidencia de que existen diferentes aspectos a tratar en los programas dirigidos a chicas y a chicos (McCreary y Sasse, 2000). Esta parte del programa, pretende hacer frente tanto a la preocupación corporal femenina como a la que es específica del hombre (que incluye los deseos y comportamientos relacionados con el aumento de los músculos).

El segundo objetivo específico es llevar a cabo el programa Teatro Vivo mediante un nuevo método preventivo: la utilización de la técnica del teatro. El programa Teatro Vivo, combina la teoría de Bandura con la introducción de la técnica del teatro. El teatro psicoeducativo se considera un elemento importante para tomar conciencia sobre comportamientos de riesgo dentro de un programa de prevención (Kruczek y Zagelbaum, 2004). En la revisión realizada por Joronen, Rankin, y Åstedt-Kurki (2008), basada en intervenciones llevadas a cabo en escuelas para prevenir diferentes problemas de salud, como el tabaco o mantener una alimentación poco saludable, obtuvieron que la utilización del teatro tenía efectos positivos en la promoción de la salud de niños y adolescentes. En esta misma revisión, se distinguen dos tipos distintos de teatro realizado en escuelas: TIE *Theatre in Education* (TIE) o *Drama in Education* (DIE). Nuestra investigación se engloba dentro de la primera categoría y concretamente en el *Theatre in Health Education* (THE) que incluye métodos propios del teatro y de la educación sobre la salud. Siguiendo con el trabajo de Joronen et al. (2008) la mayoría de las teorías de promoción de la salud se basan en la Teoría Social Cognitiva, que contiene, entre otros aspectos, la habilidad de autoeficacia que afecta de manera potente al funcionamiento humano y la capacidad para conseguir los objetivos que nos planteamos.

Hay que destacar que la utilización del teatro puede tener también una finalidad terapéutica. Tal y como cita Joan Garriga en el prólogo del libro de Fernández-Gastelú, Montero y Corazza (2011) en *El teatro como oportunidad* (pág. 11): “El teatro es una oportunidad para conocerse, descubrirse, acercarse a uno mismo, asumirse, expresarse, ser, y quererse por uno mismo y a pesar de uno mismo”.

El tercer objetivo específico es que los dos programas preventivos (AL+MEF+MEM y Teatro Vivo) se han desarrollado en el marco de la escuela. El tipo de prevención realizado fue universal y por tanto, se trabajó con población general. Según Sinton y Taylor (2010) la prevención de los Trastornos Alimentarios (y

concretamente la prevención universal) se centra en minimizar el impacto del deseo de ser delgado (promovido por los Medios) y al mismo tiempo disminuir los comentarios o presiones del grupo de iguales.

El **cuarto objetivo** es **evaluar si el efecto de los dos programas preventivos (AL+MEF+MEM y Teatro Vivo) se ha mantenido a los seis y 12 meses**. A pesar de que los programas de prevención e intervención han estudiado la eficacia tanto a corto como a largo plazo (Stice et al., 2007), según Austin (2000) citado en Wilksch et al. (2008) recomendó que el tiempo de seguimiento de los programas de prevención fuera mínimo de seis meses. Este criterio ha sido tomado como referencia tanto para la revisión de artículos de la presente investigación (ver Tabla 1) como también para realizar los seguimientos pertinentes a lo largo del tiempo. En nuestro estudio el período desde la primera medición hasta la última se ha alargado hasta los 12 meses.

Finalmente, y **como quinto objetivo**, se analizó **cuál de los dos programas era más efectivo**, es decir, si el grupo que recibió el programa AL+MEF+MEM y, por tanto obtenía puntuaciones significativamente inferiores en comparación con el grupo Control o si, por el contrario, en el grupo de Teatro Vivo era donde se obtenía esta disminución (también respecto al Control). En el siguiente capítulo se comentan los resultados de la presente investigación en relación a los dos programas preventivos citados.

6.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

6.3.1 SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN RESPECTO AL GRUPO CONTROL.

Antes de analizar los resultados obtenidos es importante resaltar los motivos por los cuales se han llevado a cabo los ajustes estadísticos, tanto por la línea basal (Pre) como por IMC.

En primer lugar, se utilizó la línea basal Pre, como covariable para poder igualar los tres grupos (AL+MEF+MEM; Teatro Vivo y Control) de manera que fueran comparables. Este ajuste también se ha realizado en diferentes estudios longitudinales como medida de control (González, Penelo, et al., 2011; Wilksch y Wade, 2009). En la obtención del IMC de los tres grupos se observaron diferencias significativas, razón por la cual se utilizó el IMC también como variable de ajuste. Otro de los motivos ha sido el hecho de que en los sujetos con un IMC más elevado existe una mayor efectividad de los programas de prevención. En una población con un IMC elevado es más probable que la sintomatología alimentaria se manifieste, ya que es un factor de riesgo para desarrollar patología TCA (McKnight Investigators, 2003; Stice et al., 2007). Un mayor IMC también está vinculado con sintomatología bulímica (Field et al., 1999; Stice, Nemeroff, y Shaw, 1996; Striegel-Moore, 2000) y, como afirma Boutelle et al. (2002);

Fairburn et al. (1997) citando a Haines et al. (2006), también con el trastorno de Bulimia Nerviosa.

En la misma línea, en investigaciones como las de Ricciardelli et al. (2003) y Thomas, Ricciardelli, y Williams (2000) se obtuvo que un elevado IMC es el factor de riesgo más determinante de insatisfacción corporal y a su vez, incrementa el riesgo de patología alimentaria. Siguiendo con la influencia que puede ejercer el IMC en la sintomatología alimentaria, en el trabajo de González, Penelo, et al. (2011) (donde se utiliza el mismo programa AL+MEF sin el módulo de Modelo Estético Masculino) los resultados afirman que un IMC elevado resulta predictor de actitudes alimentarias de riesgo. Aunque, siguiendo con el mismo estudio, no es un factor de riesgo para la interiorización del modelo estético delgado, ya que en el proceso cognitivo de interiorización intervienen también otros factores subjetivos al margen del peso real (González, Penelo, Gutiérrez, y Raich, 2010). En trabajos donde se ha utilizado el teatro como técnica de prevención para problemas vinculados con la alimentación y la obesidad, no se han realizado ajustes por IMC, porque en esos casos no existían diferencias entre el IMC de los grupos de intervención y del Control (Haines et al., 2006; McVey et al., 2007; Neumark-Sztainer et al., 2009; Perry et al., 2004).

Por otro lado, existe evidencia científica de la relación entre el IMC y el Nivel Socio-económico con la sintomatología alimentaria. De hecho, un bajo nivel económico está vinculado con la obesidad ya que se correlaciona con personas sin empleo o que trabajan desde casa y que, por tanto, realizan una menor actividad física y, por lo general, suelen tener menos conocimientos en nutrición para transmitir a sus hijos (Martín, Nieto, Ruiz, y Jiménez, 2008). Paradójicamente, otra posible relación es totalmente la opuesta. A un mayor nivel socioeconómico (o mayor nivel adquisitivo) implica una mayor “necesidad” (y capacidad) de parecerse al estereotipo actual. En nuestra investigación, no existen diferencias socioeconómicas entre los tres grupos (Ver tabla 2) y es el motivo por el que no ajustamos por el nivel socioeconómico.

A continuación, se muestran con detalle en la discusión los resultados obtenidos después de aplicar los dos programas de prevención (AL+MEF+MEM y Teatro Vivo), respecto a la reducción de la sintomatología alimentaria, la interiorización del ideal estético y las creencias desadaptativas.

Nuestra primera y segunda hipótesis consistían en que aquellos participantes que recibieran el programa AL+MEF+MEM y el programa Teatro Vivo obtendrían puntuaciones significativamente inferiores (en comparación con el grupo Control) en sintomatología alimentaria. En contra de lo que proponíamos en nuestra hipótesis, en el EAT-26 no se obtuvieron resultados significativos después de realizar los análisis del ANOVA. Tampoco se hallaron diferencias destacables entre los tres grupos (AL+MEF+MEM, Teatro Vivo y Control), a lo largo de los seguimientos. Sin embargo, cuando analizamos el tamaño del efecto (donde la muestra no influye en la significación) sí que obtenemos en el momento Post puntuaciones inferiores del EAT-26

en las dos intervenciones respecto al Control. En concreto, se obtuvo un tamaño del efecto pequeño, en el grupo de Teatro Vivo, mientras que en el grupo de la intervención AL+MEF+MEM dicho tamaño del efecto fue moderado.

Para poder explicar estos resultados referentes al EAT-26 hay que destacar que en la revisión bibliográfica realizada en el presente estudio (Tabla 1), se ha encontrado sólo una cantidad modesta de programas preventivos en los que exista una disminución significativa de la sintomatología alimentaria en el grupo de la intervención respecto al grupo Control (Dalle Grave et al., 2001; McVey, Davis, Tweed, y Shaw, 2004; Stewart et al., 2001; Stice et al., 2011; Wilksch y Wade, 2009). Hay que precisar que en dichas intervenciones preventivas no se diferenciaron los grupos de participantes con mayor riesgo de sufrir patología alimentaria de los que tenía un menor riesgo. Sin embargo, cuando en trabajos donde se realizan la separación entre grupos de participantes con riesgo y sin riesgo, observamos que en el grupo con riesgo las diferencias respecto al grupo Control son mayores (Neumark-Sztainer, et al., 1995; O’Dea y Abraham, 2000; Wilksch, 2010).

En la literatura científica se concluye que los programas preventivos que resultan más eficaces son aquellos en los que se tienen en cuenta los sujetos que tienen más probabilidad de sufrir patología alimentaria. Una de las posibles hipótesis, tal y como afirman Raich, et al., (2010) y Stice et al. (2007), hace referencia al tipo de prevención. Concretamente, la prevención universal es menos eficaz que la selectiva ya que esta última se centra en los participantes con alto riesgo de sufrir TCA (como por ejemplo, haber presentado una menarquia precoz, tener sobrepeso o recibir una gran influencia del modelo estético femenino o masculino). Existen evidencias de que los programas más efectivos respecto a la insatisfacción corporal y la realización de dietas son aquellos que se aplican a una muestra con riesgo de sufrir TCA (Stice et al., 2007; Wilksch, 2010).

La presente tesis doctoral se basa en el trabajo realizado en el marco de la UAIC de la UAB que desde hace ya dos décadas ha venido desarrollando diversas estrategias preventivas de problemas relacionados con la imagen corporal, el peso y la alimentación. El primero de estos estudios experimentales de prevención universal fue realizado en una amplia muestra representativa de adolescentes (provenientes de 13 escuelas públicas y concertadas) de la ciudad de Terrassa, en los años 2002/2003 Raich, González, Espinoza, Mora y Gutiérrez (Manuscrito en preparación). Siguiendo con la premisa de que en pocos estudios se encuentran resultados significativos, después de realizar una intervención preventiva universal, en el trabajo de López-Guimerà (2007) solamente se obtuvo una reducción significativa seis meses más tarde en la puntuación del instrumento EAT (en este caso EAT-40), concretamente en la subescala de “dieta y preocupación por la comida”, en aquellos participantes que realizaron las actividades del activismo.

Existe también la posibilidad que después de aplicar los programas de prevención, la disminución de la sintomatología alimentaria no se mantenga a lo largo de los seguimientos. En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de estudios sobre los programas de prevención de los TCA y concretamente, sobre la eficacia a largo plazo (Canetti, et al., 2009; González, Penelo, et al., 2011; Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerà, Portell, et al., 2008; Stice, et al., 2011; Stice, et al., 2012; Wilksch, 2010; Wilksch y Wade, 2009). En algunas de estas investigaciones, no se han encontrado resultados significativos a largo plazo después de realizar alguna intervención preventiva (McVey y Davis, 2002; Neumark-Sztainer, et al., 1995; Santonastaso et al., 1999). Los programas preventivos modifican los conocimientos que se transmiten durante las intervenciones (relativas a alimentación saludable, modelo estético occidental...) pero no se obtiene el mismo cambio respecto a las actitudes y los comportamientos (Stice y Shaw, 2004; Stice, et al., 2007; Holt y Ricciardelli, 2002).

Abundando en la idea anterior, en otras revisiones como la de López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, y Fauquet i Ars (2011) se concluye que cuando existe una disminución de la sintomatología alimentaria, esta se observa justo después de realizar la intervención, es decir en el momento Post. En el trabajo en el que se fundamenta la presente tesis, cuya muestra fue obtenida en un mismo municipio y con participantes de la misma edad (la recogida de los datos se efectuó durante el 2002) (Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerà, et al., 2008), la disminución de las actitudes alteradas respecto la comida también se produjo exclusivamente del momento Pre al Post, aunque no se mantuvo a los seis meses.

Otra de las posibles causas de por qué existen pocos estudios en los que se produzca una reducción y mantenimiento a lo largo del tiempo de la sintomatología alimentaria, podría ser, tal y como se afirma en la revisión de Pratt y Woolfenden (2002), el hecho de que para las jóvenes adolescentes el "hacer dieta" no lo consideran como un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios. Por tanto, será más complicado cambiar este comportamiento (que también se mide mediante el instrumento EAT-26), teniendo en cuenta que el control del apetito es considerado el factor causal de la patología alimentaria, según Treasure, Claudino, y Zucker (2010) y que junto a otros factores de tipo cultural, social e interpersonal desencadenan y mantienen la enfermedad. Otra posible explicación que se deriva de esta idea, es la utilización del propio instrumento: el EAT-26. Como bien indica su nombre, este cuestionario llamado *Eating Attitudes Test* evalúa precisamente Actitudes Alimentarias y, en algunos trabajos se pone de relieve como las actitudes son mucho más resistentes al cambio que las conductas. De hecho, tal y como afirma Rivas, Morán, Jiménez, y Berrocal (2010) no está claro que el EAT-26 deba ser tomado como una medida para detectar individuos que cumplan criterios de TCA del DSM-IV o del CIE-10. Este instrumento no diferencia entre sujetos con síntomas de TCA y asintomáticos, sólo detecta presencia de riesgo de desarrollar una patología alimentaria.

Sin embargo, si nos detenemos en los resultados de los tamaños del efecto del cuestionario EAT-26, sí se observan magnitudes apreciables entre los programas preventivos y el grupo Control, concretamente en el momento Post (justo después de la intervención) tal y como se ha comentado anteriormente. Estos resultados coinciden con la investigación de González, Penelo, et al. (2011) [trabajo derivado de la investigación de López-Guimerà (2007) y Raich, Sánchez-Carracedo y López-Guimerà (2008)], llevada a cabo en una muestra mixta. En González, Penelo, et al. (2011) la sintomatología alimentaria, medida con el instrumento EAT-40, disminuyó de igual modo en el momento Post y se mantuvo durante los 30 meses después de recibir la intervención. En dicho trabajo, uno de los dos programas estaba compuesto por contenidos de *Media Literacy* y el otro se basaba en conocimientos de Alimentación y de *Media Literacy*.

En el presente estudio piloto con muestra reducida, no se observan resultados significativos en los análisis de la variancia entre los tres grupos. Sin embargo, y a pesar de ser resultados modestos, coincidiendo con González, Penelo, et al. (2011) sí existe una reducción de la sintomatología alimentaria en los sujetos que han participado en los programas preventivos analizados (AL+MEF+MEM y Teatro) respecto al Control. Esta modesta reducción sólo se observa en los tamaños del efecto, que como se ha comentado con anterioridad no incluye el tamaño muestral. Una de las explicaciones de estas similitudes es el hecho de que en nuestros dos programas de intervención, al igual que ocurría en el trabajo de González, Penelo, et al. (2011), critica el posible miedo a engordar y la motivación para perder peso como vehículo para conseguir el modelo estético ideal. Ambos son factores de riesgo para desarrollar patología alimentaria y por tanto, el hecho de trabajarlos en las intervenciones reduce las puntuaciones de sintomatología alimentaria justo después de llevarlas a cabo, a pesar que estos cambios no llegan a perpetuarse a lo largo del tiempo en nuestro estudio.

Siguiendo con la sintomatología alimentaria, en los resultados del SCOFF sí que se observaron diferencias a lo largo de los seguimientos en los análisis (ANOVA), concretamente fue significativo el efecto del factor fase. De una manera mas específica, en el momento Post hubo un tamaño del efecto medio en el grupo Teatro y un tamaño pequeño en el grupo AL+MEF+MEM. En ese mismo momento de la evaluación, las magnitudes del tamaño del efecto entre ambos grupos se situaron en una franja baja-moderada. En cambio, en el Seguimiento 2 los resultados que se mantuvieron inferiores al Control fueron los que provenían de la intervención basada en el Teatro (con un tamaño del efecto bajo).

Hay autores que afirman que el SCOFF es un instrumento de *screening*, con pocos ítems, y por ello sería conveniente complementarlo con una entrevista clínica para comprobar y ampliar la información (Parker, Lyons, y Bonner, 2005). En cambio, otros autores defienden su capacidad para detectar personas que o bien cumplen criterios diagnósticos, o bien, los acabarán padeciendo (Estrada, Turón, Rodríguez, y Benítez, 2009). Por ejemplo, en el trabajo de Túry, Güleç, y Kohls (2010) se afirma que, a pesar

de que el SCOFF es una herramienta de cribado, tiene suficientes propiedades psicométricas de sensibilidad y especificidad. Los autores de la última *Guía Práctica Clínica para el tratamiento de los TCA* (Estrada et al., 2009) consideran el cuestionario de cribado SCOFF como el más indicado para los TCA, ya que permite de forma rápida y fácil una detección de los grupos de riesgo de TCA en la población y además, puede ser una herramienta útil en la monitorización del curso del tratamiento.

Otro de los aspectos destacados, que en este caso se detectaron en la adaptación y validación en lengua catalana del SCOFF realizada por Muro-Sans et al. (2008), fue que mostró validez convergente con dos escalas del *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) (Garner, 1998): la escala de motivación para adelgazar y la escala de la insatisfacción corporal. Estas escalas están consideradas como las medidas más sensibles para medir sintomatología vinculada con los TCA y además, detectar personas con potencial riesgo de llegar a sufrir un TCA (misma idea que la expuesta por Eisenberg et al., 2012).

En los resultados de la presente investigación obtenidos con el EAT-26, se observó un leve descenso de la sintomatología alimentaria en el grupo de Teatro. En el caso del instrumento SCOFF, en el grupo de Teatro las magnitudes del tamaño del efecto se mantuvieron (aunque con un tamaño del efecto pequeño) al comparar el grupo Teatro con el Control en el seguimiento realizado después de 12 meses. Abundando en esta idea, Eisenberg et al. (2012) considera que el hecho de presentar una sola respuesta afirmativa en el SCOFF en la línea base, conlleva a aumentar significativamente el riesgo de detectar tres o más síntomas dos años más tarde. Hay que precisar que en el estudio de Eisenberg et al. (2012) no se realizó ninguna intervención sino que se quiso estudiar qué grado de predictibilidad tenía el instrumento en un seguimiento a 24 meses.

Precisamente por ello, creemos que se deberían realizar estudios prospectivos de hasta 12 meses para ver si esta disminución de la sintomatología alimentaria medida con el SCOFF se mantiene durante un período largo. En nuestro estudio, justo después de realizar las intervenciones de Teatro y de AL+MEF+MEM se encontraron diferencias respecto al grupo Control en el momento Post y además, en el caso del Teatro se mantuvieron durante los 12 meses posteriores. Además, se obtuvo un tamaño del efecto superior en el grupo de Teatro respecto al del AL+MEF+MEM en los tres momentos de la evaluación.

Estos resultados reflejan cómo a pesar de que en el programa AL+MEF+MEM se tratan de una manera más “explícita” las consecuencias negativas de conseguir la delgadez y de no tener una imagen corporal positiva; la realización de un programa de prevención a priori más lúdico y participativo (el Teatro) mostró unos resultados más beneficiosos en la prevención del desarrollo de la patología alimentaria.

Según los datos aportados por Muro-Sans et al. (2008) las chicas de la muestra de dicho estudio obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en preocupación respecto la comida y en restricción alimentaria en comparación con los chicos. Estas conclusiones pueden ser consideradas para estudios posteriores, en los cuales se puedan realizar los mismos programas de intervención (AL+MEF+MEM y Teatro) en muestras diferenciadas por género y comparar los resultados hallados. Existen estudios como los de Jáuregui-Lobera, et al. (2009) en los que también se utilizan estos instrumentos (SCOFF y el EAT-40) y que apuntan a un posible aumento del riesgo de sufrir patología alimentaria en población masculina respecto a años anteriores.

En este mismo trabajo, Jáuregui-Lobera, et al. (2009), se observó una correlación positiva entre el Índice de Masa Corporal, el EAT-40 y el SCOFF. En nuestra tesis doctoral se han ajustado todos los resultados por IMC, por lo que es una variable que no ha influido en los resultados obtenidos y, en relación a los dos instrumentos se han observado más cambios en las puntuaciones del SCOFF que en las del EAT-26.

Como conclusión, proponemos la utilización de un cuestionario breve como el SCOFF como herramienta útil en Atención Sanitaria Primaria, con el objetivo de detectar precozmente posibles Trastornos Alimentarios (Chung y Zerbe, 2007; Eisenberg et al., 2012; Muro-Sans et al., 2008) Tal y como se indica en este último trabajo de adaptación y validación a lengua francesa citando a Becker, Thomas, Franko, y Herzog (2005), sólo la mitad de los pacientes con TCA refieren espontáneamente dicha sintomatología a su médico. Chung y Zerbe (2007) destacan como el gran reto del tratamiento de los TCA es desarrollar programas de prevención en las escuelas, con el objetivo de identificar la enfermedad de una manera temprana o prevenir su aparición. En el caso de que la aparición de los TCA ya se haya consumado, es imprescindible la colaboración de todos los profesionales involucrados en el cuidado de estos pacientes.

6.3.2 INTERIORIZACIÓN DEL IDEAL ESTÉTICO FEMENINO Y MASCULINO

La tercera y la cuarta hipótesis hacen referencia a que los participantes que reciban el programa AL+MEM+MEF y el programa Teatro Vivo (respectivamente) disminuirán la interiorización del ideal promovido por los Medios. En primer lugar, destacar que el trabajo de realizar una crítica de manera evidente y manifiesta hacia los MMCC se realizó tanto en el programa AL+MEM+MEF como en el programa Teatro Vivo.

Los Medios han promovido la difusión de mensajes respecto a la importancia de cumplir unas determinadas características físicas -con consecuencias muy perjudiciales-. Por ello, se utilizó la medida SATAQ-R considerado un instrumento "gold estándar", ya que es el instrumento más utilizado en estudios internacionales para

medir las presiones socioculturales y la interiorización del ideal de belleza (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Mediante este instrumento se miden los constructos teóricos de interiorización y de conocimiento respecto al ideal estético vigente. Respecto al concepto específico de conocimiento del actual estereotipo no se observó ningún resultado significativo. Por el contrario, sí se observó una disminución significativa en la interiorización del modelo masculino y del femenino en el efecto del factor fase. Considerando el tamaño del efecto, en general las magnitudes fueron mayores al comparar el grupo AL+MEM+MEF con el Control que el grupo Teatro con el Control, mientras que las diferencias entre ambos programas fueron nulas.

Como posibles explicaciones de estos resultados, en primer lugar, destacar que la escala del cuestionario SATAQ que más satura, es decir que explica un mayor porcentaje de la variancia, es la de interiorización según López-Guimerà y Sánchez-Carracedo (2010). En segundo lugar, tal y como afirman las investigaciones de Vartanian y Dey (2013), el constructo teórico de interiorización del ideal estético es el que más se correlaciona con el autoconcepto vinculado con tener una apariencia congruente con la tendencia social (contenido que se difunde a través de los MMCC). Los resultados de esta misma investigación sugieren que la comparación con otras personas -consideradas con un físico "superior"- facilita la interiorización del ideal estético y, además, contribuye a la insatisfacción corporal.

La reducción de la sintomatología alimentaria (medida por el EAT y el SCOFF) se había dado en mayor medida en el grupo de Teatro. Respecto al constructo de interiorización del ideal estético (medido por el SATAQ), se observaron reducciones en los diferentes momentos de la evaluación en los dos programas de prevención respecto al grupo Control. Estos resultados son congruentes con las afirmaciones de Posavac, Posavac, y Weigel (2001). Según estos investigadores las mujeres que han sido entrenadas en tener una actitud crítica ante imágenes extremadamente delgadas y poco saludables provenientes de los MMCC -objetivo principal de los dos programas de intervención- tienen más probabilidad de disminuir la interiorización del ideal de belleza en mediciones posteriores, que aquellas que no hayan recibido ninguna intervención.

Además, si analizamos con detenimiento el perfil de los resultados de la escala de interiorización del SATAQ-R se puede observar como justamente la implementación de estos dos programas "frenan" el incremento de la interiorización. Este hecho coincide con lo postulado por Stice et al. (2007) quienes señalan que la prevención realizada a adolescentes con 15 años es más efectiva, ya que es una franja de edad donde el riesgo de sufrir patología alimentaria es mayor. Por tanto, nuestra muestra inicial tenía en promedio 13 años, pero en el segundo seguimiento (12 meses más tarde) al estar más próximo a los 15 años debería tener una mayor interiorización del ideal estético (medida con la escala de Interiorización del SATAQ-R). Este hecho se observa en el grupo Control (donde las puntuaciones se incrementan a lo largo del tiempo) mientras que en los grupos experimentales disminuyen.

Estos resultados corroboran los datos obtenidos en diferentes investigaciones predecesoras a la actual. Por ejemplo, en el programa anteriormente citado de Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà (2008) se halló una disminución significativa de la interiorización del ideal estético cuando se analizaron las diferencias del momento inicial respecto a la finalización del programa. Los grupos que habían recibido los programas (MEF y AL+MEF, sin la parte del MEM) tuvieron puntuaciones significativamente inferiores en comparación al grupo Control. Las diferencias se obtuvieron, en este caso, en la subescala de Ansiedad por la Imagen Corporal del *Cuestionario de Influencias del modelo estético corporal* (CIMEC) elaborado por Toro, et al. (1994).

Estos resultados pueden constatar la importancia de la *Alfabetización Mediática* inherente al programa AL+MEF+MEM y al programa de Teatro. Creemos que el hecho de que los estudiantes participen activamente en la crítica a los mensajes difundidos por los Medios, es uno de los factores más relevantes, ya que toman parte de manera directa en la intervención y, por tanto, es más probable que exista algún cambio vinculado con la interiorización del modelo estético. Las autoras Thoman y Jolls (2005) ponen la *Media Literacy* como el factor que debería mitigar la influencia negativa en la imagen corporal resultante de la exposición a imágenes ideales. Estas autoras entienden la *Media Literacy* como la capacidad de acceder, analizar, evaluar y entender los MMCC.

Los adolescentes son quienes muestran más dificultades en analizar de una manera autónoma los mensajes de los MMCC y por tanto, son más vulnerables a las imágenes que en ellos se presentan (Hargreaves y Tiggemann, 2004). Es fundamental promover la necesidad de ser críticos con los mensajes y las imágenes idealizadas que promueven los MMCC. La importancia, por tanto, de la perspectiva de la Alfabetización de Medios reside en fomentar el pensamiento crítico en los adolescentes para promover una actuación directa denominada *Activismo*. La interiorización de los mensajes que llegan por la prensa, la TV, Internet...etc. modela ideales muy rígidos respecto a la apariencia en nuestra sociedad occidentalizada. Dicha interiorización es uno de los factores de riesgo que pueden provocar comportamientos insanos como restricciones en la dieta y episodios bulímicos (Wilksch et al., 2008). En el trabajo de McLean, Paxton, y Wertheim (2013), se comprobó la existencia de asociaciones inversas entre Alfabetización Mediática, insatisfacción corporal, interiorización del ideal estético y la comparación respecto a la apariencia en una muestra, solamente formada por chicas, pero con una edad similar a la de nuestro estudio ($\chi = 12,84$; $DE = 0,41$). De una manera más precisa, los sujetos con un mayor nivel de Alfabetización sobre el tipo de mensajes que se exponen en los MMCC mostraron un nivel inferior de interiorización sobre el ideal estético, y además, realizaban menos comparaciones respecto a su propia apariencia y a la de sus iguales.

El guión del Teatro Vivo también se basó en la Alfabetización Mediática (Ver Anexo B) ya que a lo largo de la obra había numerosos aspectos relacionados con la crítica al

mensaje difundido por los MMCC (basado en la imagen “perfecta” y el intento de fomentar un único modelo estético vigente para chicos y chicas). La diferencia principal entre las dos intervenciones es que no se realizó la parte del Activismo en la modalidad de Teatro. En ésta se trabajó la toma de conciencia, el análisis de un mensaje publicitario y la reflexión mediante la interpretación basada fundamentalmente en el humor y la ironía pero sin realizar una “acción” directa de denuncia. En cambio, en el programa AL+MEF+MEM los adolescentes escribieron una carta personal dirigida a quienes habían publicado un determinado anuncio y, por tanto, también hicieron el último paso de no sólo quedarse en la parte más contemplativa sino además “pasar a la acción”. En el trabajo reciente de McLean et al. (2013) una de las conclusiones que se extraen es que un procesamiento activo permite un rechazo de las imágenes de los Medios. Por tanto, las personas que realizan este proceso son menos propensas a la interiorización del modelo estético ideal, lo que a su vez, contribuye a una mayor satisfacción corporal.

El hecho de que a lo largo de las dos últimas sesiones se trabajara una actividad directamente dirigida a los MMCC en el programa AL+MEF+MEM, puede haber sido uno de los elementos influyentes para que haya habido una mayor reducción en la interiorización de los mensajes promovidos por los Medios. Tal y como se puede observar en comparación con el grupo Teatro Vivo, los tamaños del efecto fueron mayores en el grupo AL+MEF+MEM.

Finalmente, hay que puntualizar que el Seguimiento 1 tuvo lugar durante uno de los meses de verano (Junio) lo cual podía estar influyendo en los resultados obtenidos en la escala de interiorización del ideal estético, en concreto, con los resultados casi-significativos del factor fase, así como el perfil ligeramente ascendente del grupo Control. Hay una circunstancia que se da en los meses de verano: existe un mayor número de mensajes en los MMCC dirigidos a conseguir el ideal de belleza tanto femenino como masculino y estrategias para lograrlo. Otros datos arrojan información contradictoria, como que en los meses cálidos de primavera y verano las pacientes diagnosticadas de Anorexia Nerviosa (que ya han recuperado la menstruación) llegan a perder en promedio dos kilos en comparación con los otros meses del año (Favaro y Santonastaso, 2009). Por tanto, estas variaciones de peso que se pueden dar en los meses de verano (un aumento o una disminución) han podido influir en los resultados de la interiorización del modelo estético, especialmente en el grupo Control que no recibió ninguna intervención y en el que se observa un aumento de dichas puntuaciones a partir del Seguimiento 1 (coincidiendo con la época estival).

6.3.3 CREENCIAS DESADAPTATIVAS RESPECTO A LA IMAGEN CORPORAL

En el análisis de los resultados obtenidos con el instrumento CE-TCA (que mide las cogniciones desadaptativas vinculadas a la imagen corporal) existen diferencias entre los tres grupos. Concretamente, tanto el grupo AL+MEF+MEM como el grupo del Teatro obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores respecto al grupo Control. En el grupo de Teatro, en comparación con el grupo Control, las magnitudes del tamaño del efecto son grandes, mientras que en el programa AL+MEF+MEM, en comparación también con el Control, son medias. Si comparamos ambos grupos (Teatro y grupo AL+MEF+MEM) también se observan valores del tamaño del efecto que oscilan entre pequeños y medios. Por tanto (tal y como se puede observar en la figura 7), el grupo de Teatro redujo las puntuaciones de las creencias desadaptativas de una manera superior al grupo AL+MEF+MEM, especialmente en el momento Post y en el Seguimiento 2.

Las personas que sin llegar a tener un trastorno mental, sí presentan sintomatología -en este caso alimentaria- pueden disminuir sus pensamientos automáticos y, por tanto, mejorar su percepción en relación a la propia imagen corporal. Una consecuencia negativa de estos pensamientos incongruentes respecto a la imagen corporal, es la necesidad de buscar recursos externos que puedan definir la propia identidad de la persona (Vartanian y Dey, 2013). Los programas que ayuden a desarrollar una identidad no basada en la apariencia, y que también estén dirigidos a entender qué significa tener cogniciones erróneas respecto la propia imagen, pueden llegar a reducir la tendencia a compararse socialmente (con personas que cumplan el ideal delgado) y, a su vez, mejorar la satisfacción corporal (O'Dea, 2004).

En los trabajos en los que se han mejorado este tipo de cogniciones, como por ejemplo en los trabajos de Vartanian y Dey (2013) y Fitzsimmons-Craft (2011), se observa como ante la influencia de las imágenes que promueven el modelo estético ideal, las chicas de una manera más específica, se comparan con dichos estímulos visuales. El objetivo de ambos estudios es analizar qué consecuencias tiene el compararse con este tipo de imágenes, así como si este hecho facilita la interiorización del ideal y contribuye a la insatisfacción corporal. Estas comparaciones se engloban dentro de las creencias irreales o desadaptativas respecto la imagen corporal, por lo que si se reducen este tipo de pensamientos o creencias se estará también previniendo uno de los factores más determinantes de patología alimentaria.

Recordemos que una imagen corporal negativa junto con la comparación social pueden ser los desencadenantes de patología alimentaria (Cash, 2004). Probablemente, uno de los problemas más importantes con los que nos hemos encontrado ha sido el escaso número de estudios en los que se critiquen las imágenes masculinas promovidas en los MMCC (cuerpos musculosos, bronceados, depilados, etc.). Por tanto, no tenemos información previa relevante de cómo influye específicamente este tipo de programas en chicos. Sin embargo, sí que existe un

elevado número de estudios controlados y aleatorizados de prevención universal con muestra masculina pero enfocado en la prevención de la obesidad mediante una alimentación saludable y la realización de ejercicio físico (Haynos y O'Donohue, 2012).

En futuros estudios, se debería tener presente que una prevención con población mixta puede dar más valor a los contenidos trabajados, ya que los mensajes más influyentes son los que se reciben de los iguales. En Eisenberg et al. (2012) se observa como, especialmente en chicos, el uso de sustancias o la realización excesiva de ejercicio está estrechamente relacionado con los amigos que lo practican. Además, en el caso específico de las chicas, dan mucho más valor a los comentarios de los varones (Wilksch y Wade, 2009). Por tanto, la prevención en patología alimentaria debería potenciar los comentarios a favor de conductas saludables, que a su vez, puedan cambiar los pensamientos desadaptativos y los posibles comportamientos perjudiciales implicados en conseguir la ansiada imagen corporal ideal.

En población femenina, se han encontrado evidencias de que después de realizar intervenciones basadas en ejercicios escritos (en los que se trabaja evitar compararse con modelos que destaquen por su atractivo físico) se han producido cambios positivos respecto a su imagen corporal (Lew, Mann, Myers, Taylor, y Bower, 2007). En relación a este trabajo, hay que destacar que en la parte del Activismo de la intervención AL+MEF+MEM, se trabajó también de manera escrita la crítica hacia los mensajes difundidos por los MMCC. En este caso se utilizaron modelos que cumplieran el canon estético. Los adolescentes escogieron modelos masculinos y femeninos que cumplieran en “exceso” el estereotipo de cuerpo ideal. Precisamente, aquello que destacaron de una manera negativa fueron las manipulaciones de maquillaje, iluminación, Photoshop... que hacían que las imágenes fueran demasiado “perfectas”.

A pesar de que después del apartado del Activismo se produjeron cambios positivos en los pensamientos desadaptativos vinculados con su imagen corporal, nuestros datos revelan que en el grupo de Teatro los cambios fueron superiores después de haber realizado la intervención. Estos resultados se mantuvieron doce meses más tarde. Una de las posibles explicaciones de esta reducción es que el hecho de aprenderse un guión escrito “choque” con las creencias establecidas respecto al ideal estético y, por tanto, pueda provocar disonancia cognitiva.

En el trabajo de Stice, Marti, Spoor, Presnell, y Shaw (2008) se observó que después de realizar un programa a chicos y chicas basado en disonancia cognitiva (donde se realizaba un programa basado en la expresión escrita), los participantes del programa de disonancia cognitiva obtuvieron una mayor disminución de la interiorización del ideal delgado, menor insatisfacción corporal y un menor sufrimiento psicosocial que en los controles en comparación con el grupo Control. Además, la reducción de estos factores de riesgo vinculados con patología alimentaria se mantuvo a lo largo de los tres años posteriores.

Hay que señalar que en el programa mencionado de disonancia cognitiva se trató de disminuir la interiorización del ideal delgado mediante actividades que se desarrollaron de manera verbal, escrita y comportamental. El objetivo era crear un desajuste psicológico tan importante que pudiera llegar a cambiar los pensamientos anteriores respecto la imagen anterior "ideal". En el caso de nuestro estudio, se han observado magnitudes del tamaño del efecto grandes en las diferencias de puntuaciones entre el grupo de Teatro respecto al Control después de un año de la intervención. A pesar de no ser un tipo de programa basado exclusivamente en la disonancia cognitiva sí que se observa como hay un pensamiento disonante actuando y, en este caso, favorece a una reducción de las creencias desadaptativas sobre la propia imagen corporal. En otros estudios de programas preventivos liderados por el mismo autor (basados específicamente en disonancia cognitiva), también se encontraron resultados significativos en la disminución de la sintomatología bulímica (Stice, Mazotti, Weibel, y Agras 2000) y cambios en la interiorización del ideal delgado (Stice, Hayward, et al., 2000).

Otro de los puntos fuertes del programa de Teatro es el poder establecer una colaboración entre los niños y/o adolescentes y sus padres con el objetivo de trabajar juntos para entender y analizar la naturaleza de los Medios, los mensajes que ellos difunden y las relaciones que a partir de dicha información se establecen (Levine y Harrison, 2004; Levine y Murnen, 2009; Levine y Smolak, 2006). Precisamente, la obra de Teatro se realizó delante de todos los padres coincidiendo con el Festival de Navidad (véase apartado 4.4.2. Programa Teatro Vivo) por lo que los padres tomaron participación directa al ser receptores de dicha función. En investigaciones futuras se debería considerar una mayor participación de los padres en los dos programas preventivos para amplificar aún más la potencia de la prevención.

En la presente tesis doctoral, se evidenciaron cambios en las cogniciones erróneas anteriores respecto a la propia imagen corporal a favor de una percepción corporal más acorde con la realidad. Este hecho se observó de una manera más intensa en los adolescentes que recibieron el programa del Teatro. Sin embargo, no sabemos si la reducción de este tipo de creencias negativas pudo mantenerse más allá de los 12 meses. Se requiere seguir investigando y estudiando sobre los efectos a largo plazo de esta novedosa técnica.

6.3.4 EFICACIA DE LOS DOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

En primer lugar, se trata de un estudio piloto con una muestra reducida y, por tanto, los resultados significativos que se obtienen del análisis (ANOVA) son escasos. Obtenemos resultados significativos en el efecto del factor fase para las medidas del SCOFF y SATAQ-R (escala de interiorización). En cambio, las diferencias significativas en el factor grupo se obtienen para el CE-TCA.

Por otro lado, en el cálculo de los tamaños del efecto, donde el número de participantes no influye en el resultado, a modo de resumen exponemos los siguientes hallazgos. En el EAT-26, al comparar el grupo Control en el momento Post, obtuvimos un tamaño del efecto pequeño en el grupo Teatro Vivo y mediano en el grupo AL+MEF+MEM. Este último resultó pequeño en el Seguimiento 1.

Con el SCOFF, el grupo de Teatro obtuvo en el momento Post, respecto al grupo Control un tamaño del efecto medio, mientras que respecto al grupo AL+MEF+MEM fue pequeño. Los participantes del programa AL+MEF+MEM mantuvieron puntuaciones menores al grupo Control, aunque en los dos siguientes seguimientos los tamaños del efecto fueron pequeños. Análogos resultados se encontraron en la comparación de los dos programas.

En relación a la escala de interiorización SATAQ-R, en el momento Post, los resultados apuntan a un tamaño del efecto pequeño en el grupo AL+MEF+MEM respecto al Control. En el seguimiento a los seis y 12 meses el tamaño del efecto también fue pequeño. Del mismo modo, las diferencias respecto al grupo Teatro se mantuvieron pequeñas y se encontraron tamaños del efecto nulos entre ambos grupos.

Finalmente, en las creencias desadaptativas (CE-TCA), las magnitudes del tamaño del efecto del grupo Teatro respecto al Control fueron grandes en el momento Post, medias en el Seguimiento 1 y volvieron a ser grandes en el Seguimiento 2. Al comparar ambos programas obtuvimos que el tamaño del efecto en el momento Post fue medio, pequeño en el Seguimiento 1 y medio en el Seguimiento 2.

La conclusión a que nos llevan dichos resultados es que mayoritariamente las diferencias más importantes entre las intervenciones y el grupo Control se dan en el momento Post (justo después de recibir la intervención). Ello podría explicarse en el sentido de que al estar las intervenciones más próximas en el tiempo, el recuerdo es mayor. Sin embargo, hay una excepción. La reducción de las creencias desadaptativas del grupo Teatro respecto al Control se mantiene a los 12 meses de seguimiento.

Al ser un estudio pionero en la comparación de dos tipos distintos de programas preventivos de trastornos del comportamiento alimentario con unas características muy específicas, existe escasa literatura científica al respecto que nos sirva de comparación. Nuestros resultados parecen apuntar a que los tamaños del efecto se dan de manera bastante similar en la sintomatología alimentaria en ambos grupos de intervención. Sin embargo, en la interiorización del ideal estético parece que el grupo AL+MEF+MEM funciona mejor que el del Teatro. En este caso, consideramos que el hecho de que los alumnos hayan participado activamente enviando una carta a los MMCC ha podido influir de manera positiva para cambiar la interiorización de dicho estereotipo. En la carta justamente se intentaba despertar la reflexión crítica, a la vez que incentivar a actuar en contra de dicha "injusticia" y a comunicarse con quienes consideraban

responsables de fomentar este tipo de mensajes, en los que sólo se resaltaban las supuestas virtudes de parecerse al ideal estético.

En cambio, en las creencias desadaptativas se observan magnitudes mayores en el tamaño del efecto en el grupo Teatro en relación al grupo AL+MEF+MEM. Seguramente pueden influir diferentes factores. En primer lugar, la intervención del Teatro se dio en horas no lectivas y, por tanto, los alumnos estaban más “predispuestos” porque no era una clase magistral ordinaria. Otro posible factor puede ser que cuando una persona se aprende un guión y lo representa, si el contenido no es coherente pone en contradicción pensamientos o esquemas cognitivos ya establecidos. Por lo que el aprenderse el guión teatral podría llegar a desplazar los pensamientos (anteriores) desadaptativos sobre la propia imagen y cambiarlos por pensamientos (nuevos) mucho más favorables sobre su apariencia física.

7. LIMITACIONES

Una de las limitaciones de los programas es que no se implicó a los padres directamente. En el programa AL+MEF+MEM se solicitó su colaboración en la última actividad “Crítica a un anuncio”, pero no se controló si la participación paternal fue real o no. Asimismo, en el programa de Teatro tampoco se pudo controlar la asistencia paterna a la obra que tuvo lugar en la función de Navidad. En los programas preventivos se “deberían incluir los referentes de los adolescentes: padres, grupos de iguales, profesores, entrenadores y médicos” (Steiner Adair et al., 2002) (pág. 9). De este modo, el mensaje sería generalizado a diversos ámbitos y podría ser más efectivo para los adolescentes.

También, destacar que debido al hecho de realizar las intervenciones en las escuelas, se han dado los posibles problemas derivados de dicha escolarización (repeticiones, expulsiones...). Estas circunstancias han condicionado el mantenimiento de la muestra a lo largo de los seguimientos, por lo que se ha perdido muestra a lo largo de los mismos.

Otro de los problemas que hemos encontrado ha sido la escasa literatura existente tanto respecto a los programas preventivos dirigidos a chicos como a la nueva estrategia preventiva: el Teatro.

Señalar asimismo, que por un lado no se pudo realizar aleatorización de los grupos experimentales puesto que la intervención del Teatro estaba sujeto a un horario muy determinado (en horas no lectivas) y que el grupo AL+MEF+MEM se realizó en horas lectivas y con el tutor en cada una de las sesiones, por lo que dependió de la disponibilidad a ajustar el horario escolar de los centros escolares que participaron. Por otro lado, el grupo Control no recibió ningún programa alternativo, similar al utilizado en otros estudios de prevención, como por ejemplo, actividades vinculadas con la expresión de las emociones o una redacción libre sobre el ideal estético, con el objetivo de verificar si eran los programas los que realmente funcionaban o si, por el contrario, los resultados hubieran podido resultar contaminados por posibles variables extrañas.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Según Stice et al. (2012) en las futuras investigaciones y con el objetivo de tener una mayor efectividad y ser metodológicamente rigurosos se debería usar un diseño experimental, con una muestra representativa, bajo una condición de diagnóstico ciego y la realización de entrevistas para evaluar los cambios. También, es importante utilizar medidas validadas y mediciones de seguimientos a largo plazo. Este autor también propone relacionar la investigación con organizaciones existentes que puedan beneficiarse del programa ya sea invirtiendo en difusión, o bien mediante redes de comunicación.

Tal y como se ha comentado, existe muy poca investigación de tipo cuantitativo relacionada con la efectividad que producen los programas basados en el teatro. Se debería, en primer lugar, replicar la presente investigación con una muestra mayor para ver si se corroboran los resultados. Además existen datos que las personas que han realizado este tipo de intervenciones (basadas en la *Media Literacy*) las han valorado con un alto nivel de satisfacción. Por ejemplo, en el trabajo de Wilksch, Tiggemann, y Wade (2006) el 80% de los participantes mostraron satisfacción después de haber realizado una intervención basada en ella y el 92% consideró que había sido útil dicha intervención. Además, los resultados esperanzadores obtenidos con esta técnica nos invitan a seguir utilizándola.

En el campo de la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario, se debería seguir trabajando en función de la probabilidad de sufrir la patología, clasificando según sean grupos de alto o bajo riesgo (Wilksch, et al., 2008). Es necesario especificar aún más los contenidos de los programas para aumentar su eficacia respecto a la población diana que se dirigen, prevenir que la enfermedad se desarrolle o, en el caso que haya debutado, agrave su evolución. Asimismo, también deberían desarrollarse instrumentos de detección (aún más potentes) que incluyan los diferentes factores de riesgo y/o los diferentes niveles de riesgo en la aparición de los TCA.

Otro de los campos donde hay que potenciar la prevención y seguir investigando es en la implementación de programas preventivos dirigidos a niños más pequeños. Según Cusumano y Thompson (2001); Sands y Wardle (2003); Stice y Shaw (1994) la interiorización del ideal delgado ocurre antes de la adolescencia y está relacionado con la motivación por hacer dieta en los y las preadolescentes. Por tanto, se deben identificar los componentes que han tenido éxito en el programa y desarrollar programas dirigidos a niños con problemas incipientes de imagen corporal. De esta manera, se podría prevenir la aparición temprana de preocupación respecto al peso y detectar los indicios prematuros de un TCA, ya que la insatisfacción corporal no sólo

aparece en la adolescencia, sino a lo largo del desarrollo y, por tanto, es necesaria una intervención temprana.

Finalmente, esta investigación se dirige a una población mixta (femenina y masculina), por lo que es necesario ampliar el número de programas en los que se incluya la crítica al modelo estético masculino para que cada vez haya más literatura y más resultados sobre este problema creciente. Además, hay que seguir estudiando cómo repercute este tipo de programas en población masculina, por lo que es preciso desarrollar programas específicos que puedan frenar los factores desencadenantes de TCA tanto en chicos como en chicas.

9. REFERENCIAS

- Abellán, Y., Penelo, E. y Raich, R. M. (2012). Construcción y validación del "Cuestionario de cogniciones específicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria" (CE-TCA). *Psicología Conductual: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 20(3), 649-662.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ackard, D. y Peterson, C. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 187-194. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C187::AID-EAT1008%3E3.0.CO;2-R
- Agras, W. S. (2010) (Ed.). *The oxford handbook of eating disorders*. New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780195373622.013.0018
- Albee, G. W. y Gullotta, T. P. (Eds.) (1997). *Primary prevention works* (Vol. 6) London, UK: Sage Publications.
- Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. y Sandnabba, N. (2009). The adult body: How age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of Aging and Health*, 21(8), 1112-1132. doi:10.1177/0898264309348023
- Allen, K., Byrne, S., Forbes, D. y Oddy, W. (2009). Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: A population-based pregnancy cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(8), 800-809. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a8136d
- Álvarez, G., Mancilla-Díaz, J. M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson-Fye, E. P. y Becker, A. E. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 565-589). Hoboken, NJ: John Wiley Sons.
- Anderson, C. B., Carter, F. A., McIntosh, V. V, Joyce, P. R. y Bulik, C. M. (2002). Self-harm and suicide attempts in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10(3), 227-243.

- Aramburú, M., Estripeaut, D., Rowley, S., Smoot, S., Chamorro, F. y Bayard, V. (2012). Educational impact of peer-intervention on the knowledge and attitudes about HIV/AIDS in adolescents in Panama. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 24(2), 135-141. doi:10.1515/ijamh.2012.020
- Attie, I. y Brooksgunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls. A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70-79. doi:10.1037//0012-1649.25.1.70
- Aufderheide, P. (1993). *Center for Media Literacy: A Report of the National Leadership Conference on Media Literacy*. Queenstown, MD: The Aspen Institute Wye Center. Recuperado de <http://www.medialit.org/reading-room/aspen-media-literacy-conference-report-part-ii>
- Austin, S. B. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30(6), 1249-1262. doi:10.1017/S0033291799002573
- Austin, S. B., Field, A. E., Wiecha, J., Peterson, K. E. y Gortmaker, S. L. (2005). The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(3), 225-230. doi:10.1001/archpedi.159.3.225
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Perez, S. y Arijia, V. (2009). A two-phase population study: Relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 485-491. doi:10.3305/nh.2009.24.4.4434.
- Ballentine, L. y Ogle, J. (2005). The making and unmaking of body problems in seventeen magazine, 1992-2003. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 33(4), 281-307. doi:10.1177/1077727X04274114
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *The American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt Co.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. doi:10.1111/1467-839X.00024

- Baranowski, M. y Hetherington, M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 119-124. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<119::AID-EAT1001>3.0.CO;2-U
- Bardone-Cone, A. y Cass, K. (2006). Investigating the impact of pro-anorexia websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 256-262. doi:10.1002/erv.714
- Bardone-Cone, A. y Cass, K. (2007). What does viewing a pro-anorexia website do? an experimental examination of website exposure and moderating effects. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 537-548. doi:10.1002/eat.20396
- Barr-Anderson, D., Robinson-O'Brien, R., Haines, J., Hannan, P. y Neumark-Sztainer, D. (2010). Parental report versus child perception of familial support: Which is more associated with child physical activity and television use? *Journal of Physical Activity Health*, 7(3), 364-368.
- Barry, D. y Grilo, C. (2002). Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: Gender and ethnicity patterns. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 335-343. doi:10.1002/eat.10082
- Bearman, S., Presnell, K., Martinez, E. y Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Becker, A. E., Thomas, J. J., Franko, D. L. y Herzog, D. B. (2005). Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *The International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 18-23. doi:10.1002/eat.20141
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Ben-Tovim, D., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R. y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *Lancet*, 357(9264), 1254-1257. doi:10.1016/S0140-6736(00)04406-8

- Berger, U., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartze, D. y Strauss, B. (2011). Primary prevention of eating-related problems in the real world. *Journal of Public Health*, 19(4), 357-365. doi:10.1007/s10389-011-0402-x
- Bergsma, L. y Carney, M. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review. *Health Education Research*, 23(3), 522-542. doi:10.1093/her/cym084
- Berscheid, E., Walster, E. y Bohrnstedt, G. (1973). The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7(6), 119-131.
- Bilukha, O. y Utermohlen, V. (2002). Internalization of western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 120-137. doi:10.1002/erv.431
- Birch, L. y Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 539-549.
- Bland, M. (2000). *An introduction to medical statistics* (3a ed). New York: Oxford University Press.
- Black, B., Weisz, A., Coats, S. y Patterson, D. (2000). Evaluating a psychoeducational sexual assault prevention program incorporating theatrical presentation, peer education, and social work. *Research on Social Work Practice*, 10(5), 589-606.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, CA; USA: Sage Publications, Inc.
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C. y Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 686-691. doi:10.1016/j.brat.2010.03.022
- Bordo, S. R. y Heywood, L. (2003). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. doi:10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Borzekowski, D. L., Robinson, T. N. y Killen, J. D. (2000). Does the camera add 10 pounds? Media use, perceived importance of appearance, and weight concerns among teenage girls. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 36-41. doi:10.1016/S1054-139X(99)00044-0

- Botta, R. (2000). The mirror of television: A comparison of black and white adolescents' body image. *Journal of Communication*, 50(3), 144-159. doi:10.1111/j.1460-2466.2000.tb02857.x
- Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. y Resnick, M. (2002). Weight control behaviors among obese, overweight, and non overweight adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 531-540. doi:10.1093/jpepsy/27.6.531
- Brown, T. A., Cash, T. F. y Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144. doi:10.1080/00223891.1990.9674053
- Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A. y Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, 13(4), 347-353. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.05.011
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa, *Obstetrical & Gynecological Survey*, 17(5), 730. doi:10.1097/00006254-196210000-00037
- Bryant, J. y Oliver, M. B. (Eds.) (2009). *Media effects: Advances in theory and research* (3a ed). New York, NY: Taylor & Francis US.
- Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., van Furth, E. F. y Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263-275. doi:10.1146/annurev.nutr.27.061406.093713
- Calado, M. (2008). *Influence of the mass media on body image and disordered eating in secondary school students* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Vigo, Ourense.
- Campbell, I., Mill, J., Uher, R. y Schmidt, U. (2011). Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 35(3), 784-793. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.09.012
- Canetti, L., Bachar, E., Gur, E. y Stein, D. (2009). The influence of a primary prevention program on eating-related attitudes of Israeli female middle-school students. *Journal of Adolescence*, 32(2), 275-291. doi:10.1016/j.adolescence.2008.03.007
- Cash, T. F. (1990). *The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images*. New York, NY: Guilford Press.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1

- Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral perspectives on Body Image. In T F Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A handbook of science, practice and prevention*. (2a ed., pp. 39-47). New York, NY: Guilford Press.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. I. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-125. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.3.CO;2-Y
- Cash, T. F., Melnyk, S. E. y Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: an extensive revision of the appearance schemas inventory. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 305-16. doi:10.1002/eat.10264
- Cash, T. F., Morrow, J., Hrabosky, J. y Perry, A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081-1089. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1081
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerà, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-189.
- Chan, R. C. K., Shum, D., Touloupoulou, T. y Chen, E. Y. H. (2008). Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 23(2), 201-16. doi:10.1016/j.acn.2007.08.010
- Chang, F. M., Jarry, J. L. y Kong, M. A. (2014). Appearance investment mediates the association between fear of negative evaluation and dietary restraint. *Body Image*, 11(1), 72-76. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.11.002.
- Chassin, L., Rogosch, F. y Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 449-463. doi:10.1037/0021-843X.100.4.449
- Chung, T. K. H. y Zerbe, K. J. (2007). Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 331-343.
- Cohane, G. H. y Pope, H. G. Jr. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373-379. doi:10.1002/eat.1033

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Committee on Public Education. (2001). Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 107(2), 423-426. doi:10.1542/peds.107.2.423
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Cowdrey, F. A. y Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.01.001
- Cserjesi, R., Vermeulen, N., Luminet, O., Marechal, C., Nef, F., Simon, Y. y Lenard, L. (2010). Explicit vs. implicit body image evaluation in restrictive Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 175(1-2), 148-153. doi:10.1016/j.psychres.2009.07.002
- Currie, D. (1999). *Girl talk: Adolescent magazines and their reader*. Toronto: University of Toronto Press.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132-135. doi:10.1192/bjp.186.2.132
- Cusumano, D. L. y Thompson, J. K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles*, 37(9-10), 701-721. doi:10.1007/BF02936336
- Dalle Grave, R., De Luca, L. y Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders*, 9(4), 327-337. doi:10.1080/106402601753454895
- Dalgleish, T. (2004). What might not have been: an investigation of the nature of counterfactual thinking in survivors of trauma. *Psychological Medicine*, 34(7), 1215-1225. doi:10.1017/S003329170400193X
- Davies, H., Fox, J., Naumann, U., Treasure, J., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2012). Cognitive remediation and emotion skills training for anorexia nervosa: an observational study using neuropsychological outcomes. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 211-217. doi:10.1002/erv.2170
- Dittmar, H. y Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models' impact on women's body-focused

- anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(6), 768-791. doi:10.1521/jscp.23.6.768.54799
- Dobson, K. S. y Dozois, D. J. (2004). Attentional biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1001-1022. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.004
- Dohnt, H. y Tiggemann, M. (2006). The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 42(5), 929-936. doi:10.1037/0012-1649.42.5.929
- Dunkel, T., Davidson, D. y Qurashi, S. (2010). Body satisfaction and pressure to be thin in younger and older Muslim and non-Muslim women: The role of Western and non-Western dress preferences. *Body Image*, 7(1), 56-65. doi:10.1016/j.bodyim.2009.10.003
- Eisenberg, M. E., Wall, M., Shim, J. J., Bruening, M., Loth, K. y Neumark-Sztainer, D. (2012). Associations between friends' disordered eating and muscle-enhancing behaviors. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2242-2249. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.024
- Ellis, A. (2005). *Rational emotive behavior therapy*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Engeln-Maddox, R. (2005). Cognitive responses to idealized media images of women: The relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1114-1138. doi:10.1521/jscp.2005.24.8.1114
- Escoto-Ponce de León, M. C., Mancilla-Díaz, J. M. y Camacho-Ruiz, E. J. (2008). A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders*, 13(3), 111-118.
- Estrada, M., Turón, V., Rodríguez, G., y Benítez, D. (2009). Guía de práctica clínica (GPC) sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Recomendaciones para la práctica en el sistema nacional de salud (SNS). Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09.pdf
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

- Fahy, T. y Russell, G. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia-nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 135-145. doi:10.1002/1098-108X(199309)14:2%3C135::AID-EAT2260140203%3E3.0.CO;2-D
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. y Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52(4), 304-312. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950160054010.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003
- Fairburn, C. G. y Wilson, G. T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford Press. doi:10.1056/NEJM199411103311921
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (2009). Seasonality and the prediction of weight at resumption of menses in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility*, 91(4), 1395-1397. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.04.055
- Feingold, A. y Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9(3), 190-195. doi:10.1111/1467-9280.00036
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B. y Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of relevance: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 419-428. doi:10.1016/S0022-3999(99)00027-6
- Fernández-Gastelú, M. L., Montero, I. y Corazza, J. C. (2011). *El teatro como oportunidad: Un enfoque del teatro terapéutico desde la Gestalt y otras corrientes humanistas*. Barcelona: Rigden Institut Gestalt.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.

- Field, A., Camargo Jr, C., Taylor, C. B., Berkey, C., Frazier, L., Gillman, M. y Colditz, G. (1999). Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 754-760. doi:10.1097/00004583-199906000-00024
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. y Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60. doi:10.1542/peds.107.1.54
- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A. M., Herzog, D. B., Gortmaker, S. L. y Colditz, G. A. (1999). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103(3), e361-e365. doi:10.1542/peds.103.3.e36
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo Jr, C. A., Taylor, C. B. y Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579. doi:10.1001/archpedi.162.6.574
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1224-1237. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.011
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (1992). *The child-adolescent perfectionism scale: Development, validation, and association with adjustment*. York University, Toronto: Department of Psychology Reports.
- Fonseca, H., Matos, M., Guerra, A. y Gomes, P. (2009). Are overweight adolescents at higher risk of engaging in unhealthy weight-control behaviours? *Acta Pædiatrica*, 98(5), 847-852. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01244.x
- Forbes, G. B., Adams-Curtis, L., Jobe, R. L., White, K. B., Revak, J., Zivcic-Becirevic, I. y Pokrajac-Bulian, A. (2005). Body dissatisfaction in college women and their mothers: Cohort effects, developmental effects, and the influences of body size, sexism, and the thin body ideal. *Sex Roles*, 53(3-4), 281-298. doi:10.1007/s11199-005-5686-2
- Fredland, N. (2010). Nurturing healthy relationships through a community-based interactive theater program. *Journal of Community Health Nursing*, 27(2), 107-118. doi:10.1080/07370011003705013

- Fredrickson, B. L. y Roberts, T. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Fundación Imagen y Autoestima. (Octubre, 2008). Resumen del informe: Cuando no gustarse hace enfermar. Recuperado de <http://www.f-ima.org/fitxer/24/Informe%20IMA%20Cuando%20no%20gustarse%20hace%20enfermar.pdf>
- Fundación Imagen y Autoestima. (3 de Junio, 2013). Recuperado de http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=201769&idioma=0
- Furman, W. (1996). The measurement of friendship perceptions: Conceptual and methodological issues. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb y W. W. Hartup (Eds.), *The company we keep* (pp. 41-65). New York: Cambridge University Press.
- Furnham, A. y Swami, V. (2007). *The body beautiful: Evolutionary and socio-cultural perspectives*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Galper, D., Trivedi, M., Barlow, C., Dunn, A. y Kampert, J. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(1), 173-178. doi:10.1249/01.mss.0000180883.32116.28
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- García-Campayo, J., Sanz Carrillo, C., Ibáñez, J. A., Lou, S., Solano, V. y Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(2), 51-55. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.06.005
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria: EDI 2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150. doi:10.1007/BF01183887

- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi:10.1017/S0033291700030762
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. doi:10.1017/S0033291700049163
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of the cognitive behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. P. L. Darby, P. E. Garfinkel, D. M. Garner y D. V. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments* (pp.173-184). New York, NY: Guilford Press.
- Ge, X., Conger, R. y Elder, G. H. J. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37(3), 404-417. doi:10.1037//0012-1649.37.3.404
- Geller, E. S. y Lehman, G. (1991). The buckle-up promise card: A versatile intervention for large-scale behavior change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(1), 91-94. doi:10.1901/jaba.1991.24-91
- Geller, J., Sriameswaran, S., Cockell, S. y Zaitsoff, S. (2000). Assessment of shape- and weight-based self-esteem in adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 339-345. doi:10.1002/1098-108X(200011)28:3%3C339::AID-EAT12%3E3.0.CO;2-R
- Gila, A., Castro, J., Toro, J. y Salamero, M. (2004). Las dimensiones subjetivas de la imagen del cuerpo en la población femenina normal: La evolución por la adolescencia y la edad adulta temprana. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 4(1), 1-10.
- Gillis, L. (2005). Relationship between summer vacation weight gain and lack of success in a pediatric weight control program. *Eating Behaviors*, 6(2), 137-143. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.002
- Gimmestad, B. y de Chiara, E. (1982). Dramatic plays: A vehicle for prejudice reduction in the elementary school. *The Journal of Educational Research*, 76(1), 45-49.
- Gleason, N. (1994). Preventing alcohol abuse by college women: A relational perspective 2. *Journal of American College Health*, 43(1), 15-24. doi:10.1080/07448481.1994.9939079
- González, M. (2012). *Metodologías mixtas en la evaluación de un programa preventivo de trastornos alimentarios: Seguimiento a 30 meses* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.

- González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T. y Raich, R. M. (2010). Seguimiento a los 30 meses de un programa de prevención: El IMC como predictor de sintomatología alimentaria en chicas escolarizadas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 95, 35-43.
- González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T. y Raich, R. M. (2011). Disordered eating prevention programme in schools: A 30-month follow-up. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 349-356. doi:10.1002/erv.1102
- González, M., Penelo, E., Romero, M., Gutiérrez, T. y Raich, R.M. (2012). Preocupación corporal y problemas relacionados con el peso en población masculina: un programa preventivo integrativo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101, 43-54.
- González, M., Roses, M.R., Penelo, E., Gutiérrez, G, Mora, M. y Raich, R. M. Insatisfacció corporal i problemes relacionats amd el pes: Un model de prevenció pensat per ells [Insatisfacción corporal y problemas relacionados con el peso: Un modelo de prevención pensado para ellos]. *Comunicación Oral. XXVI Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica*. Barcelona, 2011.
- Gordon, R. (2000). *Eating disorders: Anatomy of a social epidemic* (2a ed.). Malden: Blackwell Publishing.
- Graber, J., Seeley, J., Brooks Gunn, J. y Lewinsohn, P. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 718-726. doi:10.1097/01.chi.0000120022.14101.11
- Greenleaf, C. (2005). Self-objectification among physically active women. *Sex Roles*, 52(1-2), 51-62. doi:10.1007/s11199-005-1193-8
- Grunbaum, J., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., . . . Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance - United States, 2003. *Journal of School Health*, 74(8), 307-324. doi:10.1111/j.1746-1561.2004.tb06620.x
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C., Hannan, P. y Levine, M. (2006). V.I.K. (Very Important Kids): A school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research*, 21(6), 884-895. doi:10.1093/her/cyl123
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D. y Morris, B. (2008). Theater as a behavior change strategy: Qualitative findings from a school-based intervention. *Eating Disorders*, 16(3), 241-254. doi:10.1080/10640260802016829

- Haines, J., Neumark-Sztainer, D. y Thiel, L. (2007). Addressing weight-related issues in an elementary school: What do students, parents, and school staff recommend? *Eating Disorders*, 15(1), 5-21. doi:10.1080/10640260601044428
- Haley, C., Hedberg, K. y Leman, R. (2010). Disordered eating and unhealthy weight loss practices: Which adolescents are at highest risk? *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 102-105. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.023
- Hammock, A. (2011). Identity construction through theatrical community practice. *Qualitative Social Work*, 10(3), 364-380. doi:10.1177/1473325011408481
- Hargreaves, D. y Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body Image*, 1(4), 351-361. doi:10.1016/j.bodyim.2004.10.002
- Harrison, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school children. *Communication Research*, 27(5), 617-640. doi:10.1177/009365000027005003
- Harrison, K. (2003). Television viewers' ideal body proportions: The case of the curvaceously thin woman. *Sex Roles*, 48(5-6), 255-264. doi:10.1023/A:1022825421647
- Harrison, K. y Bond, B. (2007). Gaming magazines and the drive for muscularity in preadolescent boys: A longitudinal examination. *Body Image*, 4(3), 269-277. doi:10.1016/j.bodyim.2007.03.003
- Harrison, K. y Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40-67. doi:10.1111/j.1460-2466.1997.tb02692.x
- Harrison, K. y Hefner, V. (2006). Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 153-163. doi:10.1007/s10964-005-9008-3
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 87-97. doi:10.2307/1129640
- Harvey, B., Stuart, J. y Swan, T. (2000). Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: A randomized community intervention trial. *International Journal of STD & AIDS*, 11(2), 105-111. doi:10.1258/0956462001915453

- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S. y Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, 18(3), 165-79. doi:10.1002/erv.974
- Haye, K., Heer, H., Wilkinson, A. y Koehly, L. (2012). Predictors of parent-child relationships that support physical activity in Mexican-American families. *Journal of Behavioral Medicine*, 1-11 doi:10.1007/s10865-012-9471-8
- Haynos, A. y O'Donohue, W. (2012). Universal childhood and adolescent obesity prevention programs: Review and critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 383-399. doi:10.1016/j.cpr.2011.09.006
- Hayward, K. y Pehrsson, D. (2000). Interdisciplinary action supporting sexual assault prevention efforts in rural elementary schools. *Journal of Community Health Nursing*, 17(3), 141-150. doi:10.1207/15327650051037348
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K. y Stormer, S. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 81-89. doi:10.1002/1098-108X(199501)17:1<81::AID-EAT2260170111>3.0.CO;2-Y
- Herzog, D., Dorer, D., Keel, P., Selwyn, S., Ekeblad, E., Flores, A., . . . Keller, M. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837. doi:10.1097/00004583-199907000-00012
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319. doi:10.1037//0033-295X.94.3.319
- Hobbs, R. (1998). The seven great debates in the media literacy movement. *Journal of Communication*, 48(1), 16-32. doi:10.1111/j.1460-2466.1998.tb02734.x
- Hobbs, R. (2004). A review of school-based initiatives in media literacy education. *American Behavioral Scientist*, 48(1), 42-59. doi:10.1177/0002764204267250
- Hobbs, R., Broder, S., Pope, H. y Rowe, J. (2006). How adolescent girls interpret weight-loss advertising. *Health Education Research*, 21(5), 719-730. doi:10.1093/her/cyl077
- Hohlstein, L. A., Smith, G. T. y Atlas, J. G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10(1), 49-58. doi:10.1037/1040-3590.10.1.49

- Hollingshead, A. (1975). *Four-factor index of social status*. New Haven, CT: Yale University.
- Holt, K. y Ricciardelli, L. (2002). Social comparisons and negative affect as indicators of problem eating and muscle preoccupation among children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 23*(3), 285-304. doi:10.1016/S0193-3973(02)00108-9
- Hovey, J., Booker, V. y Seligman, L. (2007). Using theatrical presentations as a means of disseminating knowledge of HIV/AIDS risk factors to migrant farmworkers: An evaluation of the effectiveness of the informate program. *Journal of Immigrant Health, 9*(2), 147-156. doi:10.1007/s10903-006-9023-9
- Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., ... Phillips, K. A. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body image, 6*(3), 155-163. doi:10.1016/j.bodyim.2009.03.001
- Hrabosky, J. y Grilo, C. (2007). Body image and eating disordered behavior in a community sample of black and Hispanic women. *Eating Behaviors, 8*(1), 106-114. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.02.005
- Hudson, W. W. (1982). *The clinical measurement package: A field manual*. Chicago: Dorsey Press.
- Irving, L. y Berel, S. (2001). Comparison of media-literacy programs to strengthen college women's resistance to media images. *Psychology of Women Quarterly, 25*(2), 103-111. doi:10.1111/1471-6402.00012
- Isomaa, A., Isomaa, R., Marttunen, M. y Kaltiala Heino, R. (2010). Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(2), 123-129. doi:10.3109/08039480903265280
- Jack, D. C. y Dill, D. (1992). The silencing the self scale: Schemas of intimacy associated with depression in women. *Psychology of Women Quarterly, 16*(1), 97-106. doi:10.1111/j.1471-6402.1992.tb00242.x
- Jacobi, C. y Fittig, E. (2010). *The oxford handbook of eating disorders*. Oxford: Oxford University Press, USA.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19-65. doi:10.1037/0033-2909.130.1.19

- Jáuregui-Lobera, I. y Bolaños-Ríos, P. (2012). Review of nutritional and dietary management of anorexia nervosa. *Revista Médica de Chile*, 140(1), 98-107. doi:/S0034-98872012000100015
- Jáuregui-Lobera, I., Romero Candau, J., Bolaños Ríos, P., Montes Berriatúa, C., Díaz Jaramillo, R., Montaña González, M^a T,... (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 568-573.
- Joronen, K., Rankin, S. H. y Åstedt-Kurki, P. (2008). School-based drama interventions in health promotion for children and adolescents: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 116-131. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04634.x
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. y Rimpela, M. (2003). Pubertal timing, sexual behavior and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26(5), 531-545. doi:10.1016/S0140-1971(03)00053-8
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P. y Rimpela, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1055-1064. doi:10.1016/S0277-9536(02)00480-X
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rissanen, A. y Rantanen, P. (2001). Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 346-352.
- Kashima, S., de Castro, F., de Castro Amarante, M. F., Barbieri, M., Covas, D. y Grupo, P. (2008). HIV/AIDS researchers interaction with schoolteachers: A key to combat aids among Brazilian adolescents. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 9(1), 115-131. doi:10.1080/10698370802126501
- Kater, K., Rohwer, J. y Londre, K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *Journal of School Health*, 72(5). doi:10.1111/j.1746-1561.2002.tb06546.x
- Keel, P., Mitchell, J., Miller, K., Davis, T. y Crow, S. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69. doi:10.1001/archpsyc.56.1.63
- Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. In P. Fallon, M. A. Katzman, S. C. Wooley (Eds.), *Feminist Perspectives on Eating Disorders* (pp. 395-418). New York, NY: Guilford Press.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hammer, L. D. y Litt, I. (1993). An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent

- girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 369-384. doi:10.1002/1098-108X(199305)13:4<369::AID-EAT2260130405>3.0.CO;2-0
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., ... Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940. doi:10.1037//0022-006X.64.5.936
- Koff, E. y Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 14(6), 433-439. doi:10.1016/1054-139X(93)90113-4
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M. y Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.12.002
- Kontos, P. C., Miller, K., Gilbert, J. E., Mitchell, G. J., Colantonio, A., Keightley, M. L. y Cott, C. (2012). Improving client-centered brain injury rehabilitation through research-based theater. *Qualitative Health Research*, 22(12), 1612-1632. doi:10.1177/1049732312458370
- Kovacs, M. (1992). *Children depression inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Krayer, A., Ingledew, D. K. y Iphofen, R. (2008). Social comparison and body image in adolescence: A grounded theory approach. *Health Education Research*, 23(5), 892-903. doi:10.1093/her/cym076
- Kruczek, T. y Zagelbaum, A. (2004). Increasing adolescent awareness of at risk behaviors via psychoeducational drama. *The Arts in Psychotherapy*, 31(1), 1-10. doi:10.1016/j.aip.2003.11.004
- Labre, M. y Walsh-Childers, K. (2003). Friendly advice? Beauty messages in web sites of teen magazines. *Mass Communication Society*, 6(4), 379-396. doi:10.1207/S15327825MCS0604_3
- Lameiras, M., Carrera, M. V., Calado, M. y Rodríguez, Y. (2011). Desórdenes del comportamiento alimentario y exposición a los Medios de comunicación en chicas adolescentes de secundaria. *Estudios de Antropología Biológica*, 14(1), 101-116.
- Lameiras, M., Calado, M. y Rodríguez, Y. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria y la exposición a los Medios de comunicación en chicas adolescentes*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer.

- Lawler, M. y Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: The effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71. doi:10.1007/s10964-009-9500-2
- Lawrie, Z., Sullivan, E. A., Davies, P. S. W. y Hill, R. J. (2006). Media influence on the body image of children and adolescents. *Eating Disorders*, 14(5), 355-364. doi:10.1080/10640260600952506
- Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C. y Lerner, J. V. (2005). Positive Youth Development, A View of Issues. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 10-16. doi:10.1177/0272431604273211
- Levine, M. P. y Harrison, K. (2004). Media's role in the perpetuation and prevention of negative body image and disordered eating. In a J. K. Thompson (Ed), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 695-717). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Levine, M. P. y Maine, M. (2010). Are media an important medium for clinicians? Mass media, eating disorders and the Bolder Model of treatment, prevention, and advocacy. In M. Maine, B. H. McGilley y D. Bunnell (Eds.), *Treatment of eating disorders: Bridging the research-practice gap* (pp. 53-67). New York, NY: Elsevier.
- Levine, M. y Murnen, S. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": a critical review of evidence for a causal link between media, negative body, image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. doi:10.1521/jscp.2009.28.1.9
- Levine, M. P. y Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1(1), 57-70. doi:10.1016/S1740-1445(03)00006-8
- Levine, M. P. Piran, N., y Stoddard, C. (1999). Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*, (pp. 3-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Levine, M. P., Schermer, F., Smolak, L. y Etling, C. (1995). *Eating smart, eating for me: Nutrition education program for the 4th and 5th grades*. Gambier, Ohio: Kenyon College and the Nutrition Education Training Program of the Ohio Department of Education.
- Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Levine, M. P., Smolak, L. y Etling, C. (1995). *Eating smart, eating for me: Nutrition education program for the 4th and 5th grades*. Manuscrito no publicado.
- Lew, A. M., Mann, T., Myers, H., Taylor, S. y Bower, J. (2007). Thin-Ideal Media and Women's Body Dissatisfaction: Prevention using Downward Social Comparisons on Non-Appearance Dimensions. *Sex Roles*, 57(7-8), 543-556. doi:10.1007/s11199-007-9274-5
- Lieberman, L., Berlin, C., Palen, L. y Silber Ashley, O. (2012). A theater-based approach to primary prevention of sexual behavior for early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 32(5), 730-753. doi:10.1177/0272431611424726
- Lin, L. y Kulik, J. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology*, 24(2), 115-123. doi:10.1207/S15324834BASP2402_4
- Lisnov, L., Harding, C., Safer, L. A. y Kavanagh, J. (1998). Adolescents perceptions of substance abuse prevention strategies. *Adolescence*, 33(130), 301-311.
- López-Guimerà, G. (2007). *Efecto de un programa preventivo administrado en la escuela, dirigido a mejorar las actitudes alimentarias y a reducir la influencia del modelo estético corporal en una muestra de chicas adolescentes* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- López-Guimerà, G., Levine, M., Sánchez-Carracedo, D. y Fauquet i Ars, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387-416. doi:10.1080/15213269.2010.525737
- López-Guimerà, G. y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide. doi:10.1016/S1138-0322(10)70030-4
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D. y Fauquet i Ars, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 125-147.
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet i Ars, J., Portell, M. y Raich, R. M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: General and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293-303. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26

- Lloyd, B. B., Dittmar, H., Jacobs, N. y Cramer, H. (1997). *Identifying important dimensions of adolescent body image*. Paper presented at the British Psychological Society Social Psychology Section Annual Conference, Brighton.
- Maddocks, S., Kaplan, A., Woodside, D. B. y Langdon, L. (1992). Two year follow-up of bulimia nervosa: The importance of abstinence as the criterion of outcome. *The International Journal of Eating Disorders*, 12(2), 133-141.
- Maine, M., (2009). Something's Happening Here: Sexual Objectification, Body Image Distress, and Eating Disorders. In S. Olfman (Ed.), *The sexualization of childhood* (pp. 63-74). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group
- Maloney, M. J., McGuire, J. y Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 541-543. doi:10.1097/00004583-198809000-00004
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R. y Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84(3), 482-489.
- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-1391. doi:10.1007/s10964-010-9510-0
- Martín, A. R., Nieto, J. M. M., Ruiz, J. P. N. y Jiménez, L. E. (2008). Overweight and obesity: the role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*, 51(2), 266-72. doi:10.1016/j.appet.2008.02.021
- Matz, P., Foster, G., Faith, M. y Wadden, T. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1040-1044. doi:10.1037//0022-006X.70.4.1040
- McCabe, M., Mavoa, H., Ricciardelli, L., Waqa, G., Fotu, K. y Goundar, R. (2011). Sociocultural influences on body image among adolescent boys from Fiji, Tonga, and Australia. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(11), 2708-2722. doi:10.1111/j.1559-1816.2011.00846.x
- McCabe, M. y Ricciardelli, L. (2003). A longitudinal study of body change strategies among adolescent males. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 105-113.
- McCabe, M. y Ricciardelli, L. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39(153), 145-166.

- McCabe, M. y Ricciardelli, L. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 653-668. doi:10.1016/j.brat.2004.05.004
- McCreary, D. R. y Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304. doi:10.1080/07448480009596271
- McKnight, I. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.248
- McKinley, N. (1999). Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, 35(3), 760-769.
- McKinley, N. y Lyon, L. (2008). Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image*, 5(4), 375-380. doi:10.1016/j.bodyim.2008.07.001
- McLaren, L., Kuh, D., Hardy, R. y Gauvin, L. (2004). Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *Psychology Health*, 19(2), 261-272. doi:10.1080/0887044031000148246
- McLean, S. A., Paxton, S. J. y Wertheim, E. H. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: implications for prevention. *Body image*, 10(3), 282-9. doi:10.1016/j.bodyim.2013.01.009
- McVey, G. y Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *The Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108. doi:10.1177/0272431602022001005
- McVey, G., Davis, R., Tweed, S. y Shaw, B. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 1-11. doi:10.1002/eat.20006
- McVey, G., Tweed, S. y Blackmore, E. (2007). Healthy schools-healthy kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4(2), 115-136. doi:10.1016/j.bodyim.2007.01.004
- Mendelson, B. y White, D. (1993). *Manual for the body esteem scale-children*. Montreal, Canada: Center for Research in Human Development, Concordia University.

- Mendelson, B. K. y White, D. R. (1982). Relation of body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 54, 899-905. doi:10.2466/pms.1982.54.3.899
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J. y White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76, 90-106. doi:10.1207/S15327752JPA7601_6
- Morgan, J. F., Reid, F. y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319(7223), 1467-1468. doi:10.1002/eat.20679
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A. y Morgan, J. F. (2008). The SCOFF-c: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 81-6. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.06.011
- Must, A., Naumova, E., Phillips, S., Blum, M., Dawson Hughes, B. y Rand, W. (2005). Childhood overweight and maturational timing in the development of adult overweight and fatness: The newton girls study and its follow-up. *Pediatrics*, 116(3), 620-627. doi:10.1542/peds.2004-1604
- Naimoli, J., Gbekley, A., Bamaze, T., Parker, K., Bryce, J. y Naimoli, G. (1993). Working with communities to increase the use of health services: An experience from Togo, west Africa. *International Quarterly of Community Health Education*, 14(3), 257-271. doi:10.2190/00K6-QRJK-4CNX-RFM3
- Nambiar, D., Ramakrishnan, V., Kumar, P., Varma, R., Balaji, N., Rajendran, J., . . . Gere, D. (2011). Knowledge, stigma, and behavioral outcomes among antiretroviral therapy patients exposed to Nalamdana's radio and theater program in Tamil Nadu, India. *AIDS Education and Prevention*, 23(4), 351-366. doi:10.1521/aeap.2011.23.4.351
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P., French, S. y Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from project EAT. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 963-974.
- Neumark-Sztainer, D., Haines, J., Robinson-O'Brien, R., Hannan, P. J., Robins, M., Morris, B. y Petrich, C. A. (2009). 'Ready. set. ACTION!' A theater-based obesity prevention program for children: A feasibility study. *Health Education Research*, 24(3), 407-420. doi:10.1093/her/cyn036

- Neumark-Sztainer, D. y Harris, T. (1998). *Free to be me: A girl scout badge program that helps young girls feel good about their bodies*. Minneapolis: Division of Epidemiology, School of Public Health, University of Minnesota.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M., Paxton, S., Smolak, L., Piran, N. y Wertheim, E. (2006). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next? *Eating Disorders*, *14*(4), 265-285. doi:10.1080/10640260600796184
- Neumark-Sztainer, D., Palti, H. y Butler, R. (1995). Weight concerns and dieting behaviors among high school girls in Israel. *Journal of Adolescent Health*, *16*(1), 53-59. doi:10.1016/1054-139X(94)00046-H
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N., Collier, T. y Hannan, P. (2000). Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, *100*(12), 1466-1473. doi:10.1016/S0002-8223(00)00410-7
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. y Rex, J. (2003). New moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Preventive Medicine*, *37*(1), 41-51. doi:10.1016/S0091-7435(03)00057-4
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N. y van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*(5), 359-369. doi:10.1016/j.amepre.2007.07.031
- Nicholls, D. E. y Viner, R. M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(8), 791-799. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ab8b75
- O'Dea, J. A. (2004). Evidence for a Self-Esteem Approach in the Prevention of Body Image and Eating Problems among Children and Adolescents. *Eating Disorders*, *12*(3), 225-239. doi:10.1080/10640260490481438
- O'Dea, J. A. y Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, *34*(136), 671-679.
- O'Dea, J. A. y Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(1), 43-57. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-D

- O'Dea, J. y Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health*, 50(6), 273-278. doi:10.1080/07448480209603445
- O'Dea, J., Abraham, S. y Heard, R. (1996). Food habits, body image and weight control practices of young male and female adolescents. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 53, 32-28.
- Ogden, J. y Mundray, K. (1996). The effect of the media on body satisfaction: The role of gender and size. *European Eating Disorders Review*, 4(3), 171-182. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(199609)4:3<171::AID-ERV132>3.3.CO;2-L
- Ohring, R., Graber, J. y Brooks Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: Correlates and consequences over 8 years. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 404-415. doi:10.1002/eat.10049
- Olmsted, M., Kaplan, A. y Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 738-743.
- Owens, L., Hughes, T. y Owens Nicholson, D. (2003). The effects of sexual orientation on body image and attitudes about eating and weight. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 15-33. doi:10.1300/J155v07n01_02
- Park, S. (2005). The influence of presumed media influence on women's desire to be thin. *Communication Research*, 32(5), 594-614. doi:10.1177/0093650205279350
- Park, R. J., Dunn, B. D. y Barnard, P. J. (2011). Schematic Models and Modes of Mind in Anorexia Nervosa I: A Novel Process Account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 415-437. doi:10.1521/ijct.2011.4.4.415
- Parker, S., Lyons, J. y Bonner, J. (2005). Eating disorders in graduate students: Exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *Journal of American College Health*, 54(2), 103-107. doi:10.3200/JACH.54.2.103-107
- Paterson, G., Power, K., Yellowlees, A., Park, K. y Taylor, L. (2007). The relationship between two-dimensional self-esteem and problem solving style in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 70-7. doi:10.1002/erv.708
- Paxton, S. (1993). A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A 1 year follow-up. *Health Education Research*, 8(1), 43-51. doi:10.1093/her/8.1.43

- Paxton, S., Eisenberg, M. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888-899. doi:10.1037/0012-1649.42.5.888
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71, 72.
- Perry, C. L., Zauner, M., Oakes, J. M., Taylor, G. y Bishop, D. B. (2002). Evaluation of a theater production about eating behavior of children. *Journal of School Health*, 72(6), 256-261. doi:10.1111/j.1746-1561.2002.tb07339.x
- Perry, C., Bishop, D., Taylor, G., Davis, M., Story, M., Gray, C., . . . Harnack, L. (2004). A randomized school trial of environmental strategies to encourage fruit and vegetable consumption among children. *Health Education Behavior*, 31(1), 65-76. doi:10.1177/1090198103255530
- Pesa, J., Syre, T. y Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 330-337.
- Petersen, A. C., Schulenberg, J. E., Abramowitz, R. H., Offer, D. y Jarcho, H. D. (1984). A self-image questionnaire for young adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. *Journal of Youth and Adolescence*, 13(2), 93-111. doi:10.1007/BF02089104.
- Phelps, L., Dempsey, M., Sapia, J. y Nelson, L. (1999). The efficacy of a school-based eating disorder prevention program: Building physical self-esteem and personal competencies. In N. Piran, M. P. Levine y C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing Eating Disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 163-174). Philadelphia and London: Brunner/Mazel.
- Phillips, L., Tiggemann, M. y Wade, T. (1997). Comparison of cognitive style in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 939-948. doi:10.1016/S0005-7967(97)00056-9
- Piers, E. V. (1965). *The Piers-Harris Children's self concept scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pingitore, R., Spring, B. y Garfieldt, D. (1997). Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research*, 5, 402-409. doi:10.1002/j.1550-8528.1997.tb00662.x
- Piran, N. (1995). Prevention: Can early lessons lead to a delineation of an alternative model? A critical look at prevention with school children. *Eating Disorders*, 3(1), 28-36.

- Piran, N. (2001). *Re-inhabiting the body from the inside out: Girls transform their school environment*. New York, NY, US: New York University Press.
- Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 18(3), 183-198. doi:10.1080/10640261003719435
- Piran, N., Levine, M. P. y Steiner-Adair, C. (Eds.). (1999). *Preventing eating disorders: A handbook of interventions and special challenges*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1-6. doi:10.1521/jscp.23.1.1.26986
- Posavac, H. D., Posavac, S. S. y Weigel, R. G. (2001). Reducing the impact of media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 324-340. doi:10.1521/jscp.20.3.324.22308
- Pope, A. W., McHale, S. M. y Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York, US: Pergamon Press.
- Pratt, B. M. y Woolfenden, S. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 doi:10.1002/14651858.CD002891
- Presnell, K., Bearman, S. y Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389-401. doi:10.1002/eat.20045
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., González, M. y Rosés, M.R. (2010). *Guión de la crítica al modelo estético masculino, el modelo estético masculino en los MMCC y la comparación del modelo estético femenino y masculino en los MMCC*. Manuscrito no publicado. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

- Raich, González, Espinoza, Mora y Gutiérrez. Prevención primaria de los trastornos de alimentación: evolución de un programa. En P.M. Ruíz Lázaro (Ed.), *Manual de buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Manuscrito en preparación.
- Raich, R. M., Portell, M. y Peláez-Fernández, M. A. (2010). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: Is it more effective in girls at risk? *European Eating Disorders Review*, 18(1), 49-57. doi:10.1002/erv.968
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D. y López-Guimerà, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria* (2a ed.). Barcelona: Graó.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M., Moncada, A. y Fauquet i Ars, J. (2008). A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders*, 16(3), 255-272. doi:10.1080/10640260802016852
- Raudenbush, B. y Zellner, D. (1997). Nobody's satisfied: Effects of abnormal eating behaviors and actual and perceived weight status on body image satisfaction in males and females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(1), 95-110. doi:10.1521/jscp.1997.16.1.95
- Rawal, A., Park, R. J. y Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851-859. doi:10.1016/j.brat.2010.05.009
- Repiso-Caballero, R. y Fonseca-Mora, M. (2012). Aproximación bibliométrica del desarrollo e impacto de la investigación internacional en alfabetización audiovisual (1960-2011). *La Revista Icono 14*, 10(3), 43-61. doi:10.7195/ri14.v10i3.193
- Ricciardelli, L. y McCabe, M. (2001a). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344. doi:10.1016/S0272-7358(99)00051-3
- Ricciardelli, L. y McCabe, M. (2001b). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1317-1328. doi:10.1016/S0005-7967(00)00097-8
- Ricciardelli, L. y McCabe, M. (2001c). Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*, 44(3-4), 189-207.

- Ricciardelli, L. y McCabe, M. (2003). Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Psychology in the Schools, 40*(2), 209-224. doi:10.1002/pits.10075
- Ricciardelli, L., McCabe, M. y Banfield, S. (2000). Sociocultural influences on body image and body change methods. *Journal of Adolescent Health, 26*(1), 3-4. doi:10.1016/S1054-139X(99)00107-X
- Ricciardelli, L., McCabe, M., Holt, K. y Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*(4), 475-495. doi:10.1016/S0193-3973(03)00070-4
- Rivas, T., Morán, R. B., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in Spanish female samples. *Spanish Journal of Psychology, 13*(2), 1044-1056. doi:10.1017/S1138741600002687
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. y Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine, 37*(8), 1075-84. doi:10.1017/S0033291707009877
- Robinson-O'Brien, R., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Burgess Champoux, T. y Haines, J. (2009). Fruits and vegetables at home: Child and parent perceptions. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 41*(5), 360-364. doi:10.1016/j.jneb.2008.08.003
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology, 14*(1), 32-38. doi:10.1093/ije/14.1.32
- Rosen, J. y Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3-4), 441-449. doi:10.1016/S0022-3999(97)00269-9
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.:Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Rosenfield, R., Lipton, R. y Drum, M. (2009). Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics, 123*(1), 84-88. doi:10.1542/peds.2008-0146
- Rucker, C. y Cash, T. (1992). Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among african-american and white college women. *The International*

- Journal of Eating Disorders*, 12(3), 291-299. doi:10.1002/1098-108X(199211)12:3<291::AID-EAT2260120309>3.0.CO;2-A
- Rueda-Jaimes, G., Díaz-Martínez, L., Ortiz, D., Pinzón, C., Rodríguez, J. y Cadena, L. (2005). Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria*, 35(2), 89-94. doi:10.1157/13071915
- Safer, L. A. y Harding, C. (1993). Under pressure program: Using live theatre to investigate adolescents' attitudes and behavior related to drug and alcohol abuse education and prevention. *Adolescence*, 28(109), 135-148.
- Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 397-407. doi:10.1002/1098-108X(200012)28:4<397::AID-EAT7>3.0.CO;2-U
- Sands, E. y Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204. doi:10.1002/eat.10121
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M., Magnavita, N. y Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 46-50. doi:10.1159/000012310
- Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E. y Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image*, 3(3), 211-227. doi:10.1016/j.bodyim.2006.07.004
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. doi:10.1348/014466505X53902
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A. y Caruthers, A. (2004). Who's that girl: Television's role in the body image development of young white and black women. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 38-47. doi:10.1111/j.1471-6402.2004.00121.x
- Seaver, A., McVey, G., Fullerton, Y. y Stratton, L. (1997). *Every BODY is a somebody: An active learning program to promote healthy body image, positive self-esteem, healthy eating and an active lifestyle for adolescent females: Teachers guide*. Ontario, Canada: Peel Health Department, Body Image Coalition of Peel.

- Share, J., Jolls, T. y Thoman, E. (2005). *Five key questions that can change the world: Classroom activities for media literacy*. Center for Media Literacy.
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N. y Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 301-313. doi:10.1016/S0022-3999(97)00256-0
- Shisslak, C., Renger, R., Sharpe, T., Crago, M., McKnight, K., Gray, N., . . . Taylor, C. B. (1999). Development and evaluation of the McKnight risk factor survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 195-214. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<195::AID-EAT9>3.3.CO;2-2
- Shontz, F. C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Macmillan.
- Shontz, F. C. (1990). Body image and physical disability. In Thomas F Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change*. (pp. 149-169). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, J., Yancey, A., Aneshensel, C. y Schuler, R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 155-165. doi:10.1016/S1054-139X(98)00160-8
- Sinton, M. M. y Taylor, C. (2010). Prevention: Current status and underlying theory. In W. S. Agras, (Eds.), *The oxford handbook of eating disorders* (pp. 307-330). doi:10.1093/oxfordhb/9780195373622.013.0018
- Skrzypek, S., Wehmeier, P. M. y Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child Adolescent Psychiatry*, 10(4), 215-221. doi:10.1007/s007870170010
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D. y Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology and Health*, 4(3), 213-220. doi:10.1080/08870449008400391
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872. doi:10.1037/0022-006X.52.5.863

- Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In T. F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body image. A handbook of science, practice and prevention*. (2a ed., pp. 67-75). New York, NY: Guilford Press.
- Smolak, L. y Levine, M. (1994). *Critical issues in the developmental psychopathology of eating disorders*. Philadelphia, PA: Taylor Francis.
- Smolak, L. y Levine, M. P. (2001a). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders*, 9(4), 313-325. doi:10.1080/106402601753454886
- Smolak, L. y Levine, M. P. (2001b). Body image in children. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*, 41-66. doi:10.1037/10404-002
- Smolak, L. y Murnen, S. K. (2004). A feminist approach to eating disorders. In J. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 590-605). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Sohlberg, S., Norring, C. y Rosmark, B. (1992). Prediction of the course of anorexia nervosa/bulimia nervosa over three years. *The International Journal of Eating Disorders*, 12(2), 121-131.
- Spangler, D. L. y Stice, E. (2001). Validation of the beliefs about appearance scale. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 813-827. doi:10.1023/A:1012931709434
- Speilberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *The State Trait Anxiety Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stanford, J. y McCabe, M. (2005). Evaluation of a body image prevention programme for adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 360-370. doi:10.1002/erv.654
- Starkey, F. y Orme, J. (2001). Evaluation of a primary school drug drama project: Methodological issues and key findings. *Health Education Research*, 16(5), 609-622. doi:10.1093/her/16.5.609
- Steiner-Adair, C., Sjostrorn, L., Franko, D., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. y Herzog, D. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 401-411. doi:10.1002/eat.10089
- Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S., Morgan, J., Hugo, P., Russell, A. y Schmidt, U. (2012). Understanding catastrophic worry in eating disorders: Process and content

- characteristics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1095-1103. doi:10.1016/j.jbtep.2012.05.006
- Stewart, A. (1998). Experience with a school-based eating disorders prevention programme. In W. Vandereycken y G. Noordenbos (Eds.), *The prevention of eating disorders*, (pp. 99-136). London: Athlone.
- Stewart, D., Carter, J., Drinkwater, J., Hainsworth, J. y Fairburn, C. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 107-118. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<107::AID-EAT1000>3.0.CO;2-1
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-48. doi:10.1037/0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444. doi:10.1037/0021-843X.109.3.438
- Stice, E., Killen, J., Hayward, C. y Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 671-675. doi:10.1037//0021-843X.107.4.671
- 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. doi:10.1037/0022-006X.76.2.329
- Stice, E. y Presnell, K. (2007.). *The body project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders: Facilitator guide*. New York: Oxford University Press
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. y Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 206-217. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D
- Stice, E., Nemeroff, C. y Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(3), 340-363. doi:10.1521/jscp.1996.15.3.340
- Stice, E., Presnell, K., Gau, J. y Shaw, H. (2007). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder

- prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 20. doi:10.1037/0022-006X.75.1.20
- Stice, E., Rohde, P., Durant, S. y Shaw, H. (2012). A preliminary trial of a prototype internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 907-916. doi:10.1037/a0028016
- 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. doi:10.1037/a0016132
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. y Gau, J. (2011). An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 500-508. doi:10.1037/a0024351
- Stice, E. y Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(3), 288-308. doi:10.1521/jscp.1994.13.3.288
- Stice, E. y Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E. y Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 263-275. doi:10.1037/0022-006X.74.2.263
- Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447
- Stice, E., South, K. y Shaw, H. (2012). Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(6), 845-855. doi:10.1080/15374416.2012.728156
- Stice, E. y Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678. doi:10.1037/0012-1649.38.5.669

- Story, M., Rosenwinkel, K., Himes, J. H., Resnick, M., Harris, L. J. y Blum, R. W. (1991). Demographic and risk-factors associated with chronic dieting in adolescents. *American Journal of Diseases of Children*, 145(9), 994-998.
- Storz, N. S. y Greene, W. H. (1983). Body weight, body image, and perception of fad diets in adolescent girls. *Journal of Nutrition Education*, 15(1), 15-18. doi:10.1016/S0022-3182(83)80095-8
- Strauss, R. y Pollack, H. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 157(8), 746-752. doi:10.1001/archpedi.157.8.746
- Striegel-Moore, R. (2000). Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 49-66. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<49::AID-EAT6>3.0.CO;2-E
- Striegel-Moore, R. y Cachelin, F. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635-661. doi:10.1177/0011000001295002
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *The American Psychologist*, 41(3), 246-263. doi:10.1037//0003-066X.41.3.246
- Stunkard, A. J., Sorenson, T. y Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman y S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of Neurobiological and Psychiatric Disorders* (pp. 115-120). New York: Raven Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511526831
- Thoman, E. y Jolls, T. (2005). 10. Media Literacy Education: Lessons from the Center for Media Literacy. In G. Schwarz y P. U. Brown (Eds.), *Media Literacy: Transforming Curriculum and teaching* (pp. 180-205). doi:10.1111/j.1744-7984.2005.00011.x
- Thomas, K., Ricciardelli, L. y Williams, R. (2000). Gender traits and self-concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles*, 43(7-8), 441-458.
- Thompson, S., Corwin, S. y Sargent, R. (1997). Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children. *The International Journal of Eating Disorders*,

21(3), 279-284. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3%3C279::AID-EAT8%3E3.3.CO;2-2

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). The scope of body image disturbance: The big picture. In J. K. Thompson, L. J. Heinberg, M. Altabe y S. Tantleff-Dunn (Eds.). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. (pp. 19-50). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10312-001
- Thompson, J. K. y Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. (2a ed). doi:10.1037/11860-000
- Thompson, J. K. y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181-183. doi:10.1111/1467-8721.00144
- Thomsen, S., Weber, M. y Brown, L. B. (2002). The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenic dieting methods among adolescent females. *Adolescence*, 37(145), 1-18.
- Tiggemann, M. (2005). Television and adolescent body image: The role of program content and viewing motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 361-381. doi:10.1521/jscp.24.3.361.65623
- Tiggemann, M., Cash, T. F. y Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York, NY: Guilford Press.
- Tiggemann, M. y Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 199-203. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<199::AID-EAT11>3.0.CO;2-Z
- Tiggemann, M. y Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58. doi:10.1002/eat.10214
- Tobler, N. S. y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128. doi:10.1023/A:1024630205999
- Tomori, M. y Rus, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 361-367. doi:10.1016/S1054-139X(98)00042-1
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C. y Vieira, F. (2010). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(2) 100-111. doi:10.1002/erv.1046
- Treasure, J., Claudino, A. M. y Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583-593. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Túry, F., Güleç, H. y Kohls, E. (2010). Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 601-611. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.012
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Urgesi, C., Fornasari, L., De Faccio, S., Perini, L., Mattiussi, E., Ciano, R., ... Brambilla, P. (2011). Body schema and self-representation in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 238-248. doi:10.1002/eat.20816
- Urtz, F. y Kahn, K. (1982). Using drama as an outreach and consultation tool. *The Personnel and Guidance Journal*, 60(5), 326-328. doi:10.1002/j.2164-4918.1982.tb00676.x
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. y Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 78-82. doi:10.1016/S1054-139X(02)00455-X
- Van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. y Haines, J. (2007). Is dieting advice from magazines helpful or harmful? five-year associations with weight-control behaviors and psychological outcomes in adolescents. *Pediatrics*, 119(1), 30-37. doi:10.1542/peds.2006-0978
- Van Roosmalen, E., Gusella, J., Beattie, T. y McVey, G. (2006). *The environmental scan: Bringing school environmental health into perspective*. NS: Halifax. Manuscrito no publicado.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. y Defares, P. B. (1986). The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T

- Vartanian, L. y Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image, 10*, 495-500. doi:10.1016/j.bodyim.2013.05.004
- Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*(2), 191-214. doi:10.1007/BF01176209
- Wardle, J., Waller, J. y Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors, 27*(4), 561-573. doi:10.1016/S0306-4603(01)00193-9
- Watson, D. y Clark, L. A. (1992). Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(3), 489. doi:10.1037/0022-3514.62.3.489
- Weissman, M. M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*(9), 1111-1115. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- Wertheim, E. H. y Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body image. A handbook of science, practice and prevention*. (2a ed., pp. 76-84). New York, NY: Guilford Press. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00029-8
- Wertheim, E., Paxton, S. y Blaney, S. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wilksch, S. (2010). Universal school-based eating disorder prevention: Benefits to both high- and low-risk participants on the core cognitive feature of eating disorders. *Clinical Psychologist, 14*(2), 62-69. doi:10.1080/13284207.2010.500310
- Wilksch, S., Durbridge, M. y Wade, T. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(8), 939-947. doi:10.1097/CHI.0b013e3181799f4a.
- Wilksch, S., Tiggemann, M. y Wade, T. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *The International Journal of Eating Disorders, 39*(5), 385-393. doi:10.1002/eat.20237
- Wilksch, S. y Wade, T. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal*

of the *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 652-661.
doi:10.1097/CHI.0b013e3181a1f559

Williams, M. (2000). *The association between perceptions of teasing from peers, restrained eating, and body esteem in children and adolescents*. Manuscrito no publicado, Concordia University, Montreal, Canada.

Williams, C., Perry, C., Farbakhsh, K. y Veblen-Mortenson, S. (1999). Project northland: Comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, (13), 112-124.

Wilson, G. T. y Lindholm, L. (1987). Bulimia nervosa and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 6(6), 725-732. doi:10.1002/1098-108X(198711)6:6<725::AID-EAT2260060605>3.0.CO;2-Y

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report* World Health Organization. doi:10.1177/10253823050120020102x

Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L., McCabe, M. y Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156-164. doi:10.1016/j.bodyim.2009.11.003

Yeomans, M., Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M. y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531-540.

Zehr, J., Culbert, K., Sisk, C. y Klump, K. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior*, 52(4), 427-435. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.06.005

Zucker, M., Spinazzola, J., Pollack, A., Pepe, L., Barry, S., Zhang, L. y van der Kolk, B. (2010). Getting teachers in on the act: Evaluation of a theater- and classroom-based youth violence prevention program. *Journal of School Violence*, 9(2), 117-135. doi:10.1080/15388220903479628

10. ANEXOS

Anexo A: Instrumentos de evaluación administrados a la muestra

U/FB
Universidad de la Frontera
Chile

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Dossier Chico

Datos personales:

Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

País: _____

En caso de venir de otro país, pon el tiempo que vives aquí _____

Cuestionario n°				
Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/m ²				

Situación Familiar:

¿Con quién vives? _____

	Madre	Padre
Nivel de estudios		
Profesión		
Trabaja (si o no)		

Nivel de Estudios	Profesión Laboral
1. Sin estudios, o sin acabar.	1. En paro, jubilación, labores del hogar.
2. EGB/ Primaria acabada.	2. Trabajo no especializado.
3. FP 1° grado/CFGM o Bachillerato incompleto.	3. Operarios/as, obreros/ras no especializados/das.
4. Bachillerato FP 2° grado/CFGS.	4. Obreros/ras especializados/das.
5. Estudios Universitarios incompletos.	5. Administrativos/vas, vendedores/ras.
6. Diplomatura, título grado medio.	6. Técnicos/as semi-profesionales, propietarios/as.
7. Licenciatura, título grado superior.	7. Pequeña Empresa, administradores/as, profesiones menores.
	8. Empresa Mediana, gerencia, profesional medio.
	9. Empresa grande, directivos/as, profesiones superiores.

1

Figura I. Cuestionario sociodemográfico

EAT-26

Responde marcando con una "X" la respuesta que consideres más adecuada a tu caso.

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
A	B	C	D	E	F

	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F
	A	B	C	D	E	F

Figura II. Instrumento Eating Attitudes Test (EAT-26).

SCOFF

Responde marcando con una "X" la respuesta que consideres más adecuada a tu caso.

	Si	No

Figura III. Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire (SCOFF)

SATAQ

Responde marcando con una "X" la respuesta que consideres más adecuada a tu caso.

Totalmente desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
A	B	C	D	E

	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E

Figura IV. The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire Review (SATAQ-R)

CITA

Responde marcando con una "X" la respuesta con la que te sientas más identificado.

Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
A	B	C	D	E

	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E
	A	B	C	D	E

Figura V. Instrumento Cuestionario de Cogniciones específicas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (CE-TCA)

Anexo B: Fragmentos extraídos de la obra de Teatro *Teen Spirit!*

Teen Spirit

de Jordi Faura

Escena I

Smells like teen spirit

(Mosaic de varis personatges.

Cadascun d'ells en un lloc privat -habitació, lavabo, ascensor, etc...- preparant-se, vestint-se, arreglant-se per a una cita –un càsting-.

Música adolescent.

Roba adolescent.

Olor adolescent...

Noia 1, es canvia de roba a l'ascensor de casa seva –amb el canvi perd unes quantes peces de roba-.

Noia 2, es rebenta grans de la cara i, després, es maquilla, exageradament.

Noia 3, una noia es posa quelcom als sostenidors per guanyar volum. Acaba ballant davant del mirall amb un noi imaginari.

Noia 4, Noia 5 i Noia 6, emprovant-se roba (es comenten les coses, si els hi queda bé o no). Es pentinen. Es fan la manicura, la pedicura, les celles, tacons, pírcings, etc.

Noia 7, es posa un mocador el cap per estar maca.

Noi 1, es col·loca mitjons a l'entrecreix davant del mirall de la seva habitació. Prova de moure's i parlar traient molt pit i amagant la panxa.

Noi 2, es pentina una vegada i una altra, sense trobar la manera que el deixi convençut.

Noi 3 i Noi 4, fan sèries d'abdominals de forma patològica.

Noi 5, balla davant del mirall amb una noia imaginària, li fa petons, etc.

Noi 6, juga a la Playstation, a un joc d' algun esport, potser bàsquet.

Noi 7, es menja una barreta energètica, i es “comprova” els bíceps...

(Al final, tots acaben agafant una foto d' algun familiar, amic, etc. algú proper i estimat i surten.)

(...)

Noia 1

Heu vist això? Aquesta dona!

Noia 7

A veure!

(La majoria s'apropa al voltant de la Noia 1, per mirar la revista, que mostra a tothom)



(Tots fan gestos i cara de rebuig.)

Noia 2

Què és això?

Noia 7

Fan por!

Noia 4

És horrorós!

Noia 1

Deuen necessitar 3 metres de roba per fer-se una bufanda!

(...)

Noi 5

I això ho fan amb tots?

Noi 1

Em sembla que sí...

Noi 2

Amb el "Potoxop"?

Noia 3

Sí.

Noi 3

Sí, el Brad Pitt en realitat no té tants abdominals.

Noia 4

Si els pits de la Pataky són de plàstic...

Noia 5

I els llavis de les models són de silicona...

Noia 2

I el front també...

Noi 4

La barbeta...

Noi 5

I els pòmuls.

Noi 6

Si la Hannah Montana té grans a la cara...

Noia 6

I el Zac Efron s'ha depilat amb làser...

Noi 2

I els pinten la pell a les fotos...

Noia 3

Si les actrius es treuen les costelles...

Noia 1

I totes s'han operat el nas...

Llavors, què estem fent aquí?

Escena III

Veu en off

El càsting s'ha acabat.

Ens heu estat de gran ajuda.

Els joves d'avui en dia heu desenvolupat una gran habilitat per a percebre l'honestat d'una marca.

Esteu exposats a més de 22.000 anuncis a l'any només amb la televisió.

Això us converteix en uns clients molt exigents.

No us podem enganyar.

Per això, volem acomplir el que us prometem.

Gràcies per la vostra col·laboració.
No oblideu deixar les vostres fotos amb els números i ja us trucarem.

(Tots es miren entre ells.)

Noia 6

El meu amic gras és millor gras, és millor que tots aquests.

I me l'estimo més.

(Lentament, comencen a enganxar les fotos que han dut pel càsting –fotos d' ells sols, amb germans, amics, familiars, etc.- al mural, damunt les fotos dels models que han estat posant, enlloc de posar-les a les cadires, amb els números. **Noia 5 i Noi 5**, s'agafen de les mans. **Noia 3, 4 i 5** s'agafen per les espatlles... etc. Tot marxen junts, en grup.)

Anexo C: Actividad “Crítica de un Anuncio”

ALIMENTACIÓ, MODELS ESTÈTICS I MITJANS DE COMUNICACIÓ	4 Model estètic femení i masculí en els mitjans de comunicació
<h3>Anàlisi d'un anunci</h3> <ol style="list-style-type: none">1. Quin producte s'està anunciant?2. Com capta la teva atenció aquest anunci i t'intenta convèncer perquè compres el producte?3. Quines idees o valors pot estar transmetent aquest missatge?4. Diners, sexe, estatus social, poder... Com hi són representats?5. Et sembla que les persones que apareixen a l'anunci són reals? En què es diferencien de les persones reals?6. Quin tipus de comportaments i de conseqüències es mostren?7. Qui es beneficia del missatge difós per l'anunci? (Un públic general? Interessos privats? Individus? Institucions?)8. Què és el que t'agrada d'aquest anunci?9. Què és el que no t'agrada?10. Què canviaries de l'anunci si poguessis fer tu mateix un vídeo sobre aquest anunci? <p><small>©N'Alimentació, model estètic femení i mitjans de comunicació</small></p>	

Figura VI. Preguntas extraídas de la versión catalana del programa *Alimentación, Modelo Estético Femenino y Medios de Comunicación*® (Raich, et al. 2008)

Anexo D: Actividad "Carta de denuncia a los Medios de comunicación"

A: Sitjeon

Causa; por favor, dejen de utilizar la mujer como objeto de venta surrealista.

Le escribo esta carta con el simple objetivo de conseguir definitivamente y de una vez por todas que se acabe con el machismo en el mundo, y sobretodo que se finalice por fin con el acto de utilizar a las mujeres como objeto de venta.

Con esto, lo único que conseguiré a hacer que las mujeres que observen este anuncio se vean de una manera no gratificante al compararse con un cuerpo perfecto (ideal) con el objetivo de la venta de nuestro producto.

Por lo que observo, lo único que demuestran con este acto es que recordarán el echo de ver figuras perfectas idealizadas que afortunadamente que las personas reales se sientan mal con ellas mismas. Por lo cual, se demuestran que ustedes no saben como se siente una mujer "no guapa" al ver este anuncio diseñado por el machismo y la falta de sensibilidad que hay actualmente en el mundo.

Entonces mi petición, es que si un plan no utilizara modelos perfectos como se que no sea posible recordarán que en los anuncios lo expliquen todo con letra pequeña.

Atentamente:
Un muchacho simple y humilde que cree haberlo conseguido.

Figura VII. Carta escrita por un alumno a la Revista Men's Health

De: Paulino

19 de enero de 2011

A: [Sizeon](#)

Causa: por favor, dejen de utilizar a la mujer como objeto de venta surrealista.

Les escribo esta carta con el simple objetivo de conseguir definitivamente y de una vez por todas que se acabe con el machismo en el mundo, y sobretodo que se finalice por fin con el acto de utilizar a las mujeres como objeto de venta.

Con esto, lo único que conseguís es hacer que las mujeres que observen este anuncio se vean de una manera no grata al compararse con un cuerpo perfecto (irreal) con el objetivo de la venta de vuestro producto.

Por lo que observo, lo único que demostráis con este acto es que recordáis el hecho de ver figuras perfectas idealizadas que favorece que las personas reales se sientan mal consigo mismas. Por lo cual, se demuestra que ustedes no saben como se siente una mujer "no guapa" al ver este anuncio derivado por el machismo y la falta de sensibilidad que hay actualmente en el mundo. Entonces mi petición es que por favor no utilicen modelos inexistentes, pero como se que no va a ser posible, me conformaría que en los anuncios lo expliquéis todo con letra pequeña.

Atentamente:

Un muchacho simple y humilde que cree que hace lo correcto

Figura VIII. Carta transcrita dirigida a la Revista Men's Health

Dada, Montse!

Desembre 2010

Als editors

Revista Súper Pop

Barrabeguda Súper Pop,

Sóc una fidel clienta que s'adresa a vosaltres perquè em sento molesta per un anunci publicat recentment, en el núm. 254 de desembre del 2010 de la revista. L'anunci es de brauni on ell es veu unes canes reflexades en diferents mitalls porrats. La pregunta que em faig és: timote les moltes canes si no la campo?

Com sigui que em preocupen les qüestions i problemes que arriben a la meua. Mbe sentit obligada a escriure-li.

Assumidament crec que amb anuncis com aques, després de comprar el producte, si el miro i veus que no tens el mateix aspecte, Et sentiu ofesa.

Imagino que Súper Pop no intenta donar el missatge de que totes som iguals i perfectes.

Es pego que no publiquin aquest anunci una altra vegada.

Molt respectuosament,

Anna

Figura IX. Carta escrita por una alumna a la revista Súper Pop

20 de Enero 2011

A los editores de la revista Super Pop

Querida Super Pop,

Soy una Fiel clienta que se dirige a ustedes porque me siento molesta por un anuncio publicado recientemente, en el número 854 de diciembre de 2010 de la revista. El anuncio es de Braun y en él se ve unas piernas reflejadas en diferentes espejos perfectos. La pregunta que me hago es ¿tendré las mismas piernas si me la compro?

Como me preocupan las cuestiones y problemas que afectan a las chicas, me he sentido obligada a escribirles.

Personalmente, creo que con anuncios como estos, después de comprar el producto, si te miras y ves que no tienes el mismo aspecto, te sientes ofendida. Imagino que Super Pop no intenta dar el mensaje de que todas serán iguales y perfectas. Les ruego que no publiquen este tipo de anuncio otra vez.

Muy respetuosamente,

Anna.

Figura X. Carta transcrita y traducida dirigida a la Revista Súper Pop

19 de gener del 2011

Benvolguda revista Súper Pop,

Tinc 13 anys i visc a 2n d'ESO i soc una bona clienta de la vostra revista, m'ha començat una cosa al anar de "Brawl"

M'adresco a vosaltres, ja que al número 85u del mes de desembre, vistes hi van publicar un anunci d'una depiladora de la marca Brawl. El motiu pel qual em dirigixo a vistes és perquè em molesta que diguin que amb aquesta depiladora et queden les cames perfectes, cosa que dubto, des que les cames et poden quedar sense pel, però no tan boniques i suaus.

La meua petició seria que diguen en pel més realista, ja que una mica de broll: "perfectes et hi be i queden", però tant no, ja que així organixa una mica a les seves clientas. Per exemple d'una noia gran, d'uns 50 anys que pensa "mics me se comprari, i em quedarian les cames així", si se la compra s'pot sentir malament, ja que no li poden quedar així, i es sentiria desolada.

Després de les meues reflexions, espero que pucun millorar el anunci també m'ha afegit que quan es refereixen a la part de broll de 10 penes compra la depiladora Brawl, podrien passar en donar llibres per ser més científiques.
Molt cordialment,

Figura XI. Carta escrita por una alumna a la revista Súper Pop

Benvolguda Super Pop,

20 Gener 2011

Tinc 13 anys, i vaig a segon d'ESO i sóc una fidel clienta de la seva revista, vull comunicar una cosa al anunci de "Braun".

M'adreço a vosaltres, ja que al número 854 del més de Desembre, vostés van publicar un anunci de la depiladora de la marca Braun. El motiu pel qual em dirigeixo a vostès és perquè em molesta que diguin que amb aquesta depiladora et quedaran les cames així, i la veritat ho dubto, ja que les cames et poden quedar sense pels, però tampoc tant brillants i suaus.

La meua petició seria que siguessin una mica més realistes, ja que una mica de brillo i photoshop està bé, i queda bé, però tant no, ja que això enganya una mica a les seves clientes. Poso l'exemple d'una senyora gran, d'uns 50 anys, que pensa "mira me la compraré, i em quedaran així les cames" si se la compra es pot sentir malament, ja que no li poden quedar així, i es sentiria decebuda.

Bé, després de les meves reflexions espero que puguin millorar l'anunci. També vull afegir que quan es refereixen a la part de tantes de 10 persones compren la depiladora Braun, estaria bé posar les dades totals per ser més científiques.

Molt cordialment,

Ana.

Figura XII. Carta transcrita dirigida a la Revista Súper Pop

Universitat Autònoma de Barcelona

Alt. director de Men's Health.

Apreciado señor,

Somos un equipo de investigación del departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona y hemos llevado a cabo una investigación de prevención de trastornos alimentarios y de preocupación por el peso en el ámbito de la escuela. Los participantes de dicha investigación fueron jóvenes con una edad promedio de 13 años que realizaban 2º de ESO en diferentes centros de la localidad de Terrassa (Barcelona). Se realizó durante el período de finales del 2010 y principios del 2011.

El programa que conforma la investigación está dividido en tres bloques: Nutrición, Modelo Estético Femenino/Modelo Estético Masculino y Medios de Comunicación. Pretende que los jóvenes participen activamente en la comunidad y aporten su punto de vista sobre aspectos relacionados con la publicidad, con el objetivo principal de fomentar su sentido crítico.

La actividad final del programa fue realizar un análisis crítico de un anuncio publicitario y, basándose en este análisis, escribir posteriormente una carta dirigida al anunciante o, como en este caso, dirigido a la revista donde han seleccionado el anuncio.

A continuación, le adjuntamos las cartas dirigidas a su revista. Podrá observar que algunas están redactadas en Catalán, en este caso se encuentran traducidas al Castellano. Si fuera posible, les rogamos que a pesar que estilo y forma es muy variable, se fijen con especial atención en el contenido de las cartas.

Esperamos que nos pueda contestar a dichas cartas en la mayor brevedad posible, ya que su opinión nos es de muchísima importancia para poder seguir investigando en la prevención de los trastornos alimentarios y especialmente, en la realización de comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen que puedan poner en peligro la salud de los jóvenes y adolescentes. Nuestro equipo de investigación tiene el compromiso de retomar las respuestas que recibamos de las empresas en una última sesión del programa.

Atentamente,

Dra. Rosa Mª Reich

Directora del Grupo de Investigación: *Comportamiento, estilos de vida i salud en mujeres*. Reconocido por la Generalitat de Catalunya como SGR-consolidado- 1450 y del Proyecto: *Prevención de trastornos alimentarios y problemas relacionados con el peso: comparación de la eficacia de dos programas*. Referencia: (PSI2010-22067) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Rogamos nos envíen su respuesta a la siguiente dirección:

Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B-Campus UAB-08193, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) Barcelona, España.

Figura XIII. Carta enviada desde la UAB a la Revista Men's Health (junto con las cartas originales y las transcripciones). Mismo formato se utilizó para la revista Súper Pop

Men's Health

Barcelona a 13 de marzo de 2012

Apreciada Rosa,

En primer lugar, quiero agradecerte que me hayas hecho llegar las cartas de los participantes en vuestra investigación. Me han parecido muy interesantes y las he podido leer en versión original, pues soy catalán. Si te parece, paso a describir lo que es Men's Health, cuáles son sus valores y cuál creo que debe ser su papel como medio de información y, a continuación, respondo las críticas que estos chicos y chicas exponen.

Men's Health es una revista masculina, práctica y de estilo de vida saludable. Decir que es **masculina** significa que va dirigida, principalmente, a los hombres, no por sexismo sino por afinidad de intereses. Hoy en día una revista tiene muchas ramificaciones (website, eventos, aplicaciones digitales, etc...) por lo que los antiguos lectores tienden cada vez más a ser comunidades de personas con intereses similares que interactúan entre ellas. Asimismo, Men's Health es **práctica**, puesto que busca que sus contenidos promuevan la acción y faciliten las herramientas para que el lector consiga un cambio a mejor, sea cual sea el objetivo. Por último, digo que es una revista de **estilo de vida saludable** porque muchos de esos cambios son relativos a la salud, la forma física y la apariencia y los medios que se sugieren para fomentarlos siempre deben ser saludables. Por eso mismo -y no sólo en España- Men's Health es seguramente una de las revistas de estilo de vida con mayor rigor científico.

Pasando a la cartas, creo entender -y compartir- por dónde van las críticas de estos chicos, aunque me parece necesario aclarar algunas cosas. En primer lugar, el soporte -es decir, la revista MH- no realiza las creatividades publicitarias que aparecen en ella, por lo que no me parece que debamos ser los destinatarios de estas reflexiones. Por esta razón es el anunciante, la marca en cuestión, quien decide poner a una chica en sus visuales en lugar de a un hombre. Men's Health precisamente es la única publicación de hombres de España (y casi del mundo) con un hombre en portada, por razones muy similares a las que aducen estos chicos y chicas.

En cuanto a cómo está hecha la campaña, estoy casi seguro de que habrá sido supervisada por expertos en Marketing: personas que saben bastante bien lo que funciona, cómo ponerlo y por qué. Estas personas suelen centrarse en las virtudes que sus productos prometen más que en sus efectos secundarios y, hasta cierto punto, me parece lógico. Para controlar esos efectos hay autoridades sanitarias en todos los países que no permitirían algo claramente perjudicial se

anunciase ni comercializase. Las patatas fritas de bolsa engordan y nunca he visto un anuncio de Matutano que lo advierta.

La creatividad de la página puede parecer que no está, estéticamente, demasiado lograda: mucho texto, oscura, etc... Pero se trata de formatos internacionales que funcionan, así que nuestros gustos personales no importan demasiado.

En suma, desde Men's Health entendemos que tenemos un margen de veto a las inserciones publicitarias que atentan contra nuestro ideario de marca. En el caso que nos ocupa, la publicidad puede satisfacerlos en mayor o menor medida pero no por ello encontramos criterios objetivos para censurarla. La imagen femenina es muy a menudo un reclamo utilizado en publicidad para captar la atención del público masculino y lo mismo ocurre en sentido contrario. ¿un recurso fácil? Puede que sí, pero no por ello directamente censurable.

Espero haber respondido en la medida de lo posible a las cuestiones que planteabais y quedo a vuestra disposición para cualquier otra aclaración.

Recibe un cordial saludo,



Alberto Saborido
Director de Men's Health España

Figura XIV. Carta recibida del director de la revista Men's Health

Anexo E: Resultados del tamaño del efecto

Tabla I: Tamaño del efecto de las comparaciones entre los diferentes grupos para cada momento

Medida	Momento	Teatro vs. Control	AL+MEF+MEM vs. Control	Teatro vs AL+MEF+MEM
EAT	Post	-0,45	-0,68	0,23
	Seg 1	-0,06	-0,33	0,27
	Seg2	-0,15	0,00	-0,15
SCOFF	Post	-0,72	-0,34	-0,39
	Seg 1	-0,32	-0,09	-0,24
	Seg2	-0,46	-0,12	-0,34
SATAQinter	Post	-0,25	-0,37	0,12
	Seg 1	-0,33	-0,48	0,15
	Seg2	-0,33	-0,47	0,14
SATAQconoc	Post	-0,06	-0,02	-0,07
	Seg 1	-0,02	-0,01	-0,01
	Seg2	-0,02	-0,03	0,03
CE-TCA	Post	-0,82	-0,18	-0,64
	Seg 1	-0,55	-0,20	-0,32
	Seg2	-0,81	-0,21	-0,57

Nota. Pre: Pre-test; Post: Post-test; Seg 1: Seguimiento a 6 meses; Seg 2: Seguimiento a 12 meses

Tabla II: Tamaño del efecto entre los diferentes momentos para cada grupo

Medida	Grupo	Post vs.Seg 1	Seg 1 vs. Seg 2	Pre vs. Seg 2
EAT	Teatro	-0,23	0,04	-0,17
	AL+MEF+MEM	-0,13	-0,37	-0,52
	Control	0,08	-0,06	0,01
SCOFF	Teatro	-0,34	0,15	-0,17
	AL+MEF+MEM	-0,24	0,01	-0,21
	Control	-0,01	-0,03	-0,04
SATAQinter	Teatro	-0,14	-0,02	-0,16
	AL+MEF+MEM	-0,09	-0,04	-0,13
	Control	-0,26	-0,02	-0,28
SATAQconoc	Teatro	-0,29	-0,07	-0,35
	AL+MEF+MEM	0,00	0,11	0,11
	Control	0,02	-0,14	-0,12
CE-TCA	Teatro	-0,24	0,25	-0,01
	AL+MEF+MEM	0,10	0,00	0,10
	Control	0,07	0,00	0,07

Nota. Pre: Pre-test; Post: Post-test; Seg 1: Seguimiento a 6 meses; Seg 2: Seguimiento a 12 meses

RESUMEN TESIS DOCTORAL: Desarrollo y evaluación de la eficacia de dos programas preventivos en comportamientos no saludables respecto al peso y la alimentación. Estudio piloto. M^a DEL ROCÍO ROSÉS GÓMEZ

La alta prevalencia de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, revisado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (DSM-V, 2013) junto con el enorme sufrimiento que provocan estas enfermedades, tanto a las personas que las padecen como a sus familias, hacen que sea una prioridad de primer orden que surjan nuevos mecanismos de prevención.

En la presente investigación, se han analizado dos programas de prevención respecto a la sintomatología alimentaria, la influencia del modelo estético y las cogniciones desadaptativas, implementados a adolescentes en la escuela. Uno de los programas ha sido el resultado de la mejora y ampliación del programa ya existente *Alimentación, modelo estético femenino y Medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en Educación Secundaria*[®] (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008) compuesto por tres bloques Alimentación (AL); crítica al Modelo Estético Femenino (MEF) y crítica al Modelo Estético Masculino (MEM). El otro programa implementado ha sido el denominado *Teatro Vivo*, en el que se desarrollan los mismos temas mediante un guión teatral. Ambos programas se han comparado con un grupo control.

La muestra estaba formada por 103 chicas y 75 chicos de 2^o de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de cuatro centros escolares de localidad de Terrassa en el Vallés Occidental, provincia de Barcelona, España. Los instrumentos que se utilizaron fueron: *Eating Attitudes Test* (EAT-26); *Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF); *The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire Review* (SATAQ-R) y el *Cuestionario de Cogniciones específicas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (CE-TCA). Se obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas en el instrumento SCOFF, en el SATAQ-R (subescala interiorización) y en el CE-TCA. También se obtuvieron diferencias en el tamaño del efecto en los cuatro instrumentos.

Los resultados de la investigación parecen apuntar a que las diferencias más importantes entre las intervenciones y el grupo Control se dan en el momento Post (justo después de recibir la intervención). También, que los tamaños del efecto se dan de manera bastante similar en la sintomatología alimentaria en ambos grupos de

intervención. Sin embargo, la interiorización del ideal estético parece que disminuye más en el grupo AL+MEF+MEM que en el del Teatro. En cambio, en las creencias desadaptativas se observa un resultado inverso, en el grupo de Teatro disminuyen más que en el grupo AL+MEF+MEM.

En futuras investigaciones se debería ampliar el rango de edad a edades inferiores y volver a utilizar una muestra mixta para comprobar cómo repercute este tipo de programas también en población masculina y que puedan frenar los factores desencadenantes de TCA tanto en chicos como en chicas.

ABSTRACT THESIS: Development and evaluation of the effectiveness of two preventive programs for unhealthy behaviors related with weight and diet. Pilot study.
Ma DEL ROCÍO ROSÉS GOMEZ

The high prevalence of Eating Disorders (TCA) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised and published by the American Psychiatric Association (APA) and the enormous suffering for both the affected individuals and their families, asks for more innovative TCA preventions programs.

The present study, analyzes two prevention programs for adolescents implemented in school, regarding diet symptoms, the influence of the aesthetic model and maladaptive cognitions. The first program resulted from the improvement and expansion of another existing program named "Diet, Feminine Esthetic Model and Media"® (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008). This one consists of three parts: Alimentation (AL); Feminine Esthetic Model (FEM) and the Masculine Esthetic Model (MEM). The second program that has been implemented is called Live Theatre (Teatro Vivo), where the same issues are developed by a theatrical script. Both programs were compared with a control group.

The sample consisted of 103 girls and 75 boys (2th of ESO) from four schools in the city of Terrassa Western Vallés, Barcelona, Spain. The instruments used were: *Eating Attitudes Test* (EAT- 26); *Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF); *The Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire Review* (SATAQ -R) and the *Questionnaire of specific cognitions related to eating behavior disorders* (CE- TCA). Statistically significant scores were obtained in the instrument scoff at the SATAQ -R (internalization subscale) and CE -TCA. Differences were also obtained in the effectsize for all four instruments.

The research results appear to indicate that the most important differences between the intervention and the control group are given at the time Post intervention (just after the intervention). Also, the effect sizes are similar for eating symptomatology in both intervention groups. However, the aesthetic ideal internalization appears to decrease more in the AL + MEF + MEM group compared to the Live Theatre condition. In contrast, for maladaptive beliefs a reverse result is observed in the group Live Theatre because aesthetic ideal internalization decreases more than in the AL + MEF + MEM group.

Future research should expand the age range to younger ages and keep using a mixed sample to see how these programs impact also male's population and can stop the triggers of ED in both boys and girls.

