



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

"Intervención preventiva universal en problemas relacionados con el peso y la alimentación: Estudio comparativo entre México y España en un programa de alfabetización de medios. Estudio piloto."

Tesis Doctoral con mención de Doctor Internacional

Jazmín Lucero Munguía Godínez

Directoras

Marisol Mora Giral

Rosa Ma. Raich

(Periodo de dirección del 01-10-2012 al 31-08-2016)

Bellaterra 2016

“Hagamos del lenguaje de la imagen un estímulo para la reflexión crítica – no una invitación para la hipnosis”

Umberto Eco

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de Mexico



yal Consejo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Hidalgo (CITNOVA)



por el respaldo institucional y la beca otorgada a mi persona para la realización de esta tesis doctoral.

A mis directoras de tesis, Rosa Ma. Raich y Marisol Mora, por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de estos años, por la confianza que han depositado en mi, me siento muy afortunada de haber tenido la oportunidad de conocerlas, de aprender de ustedes y de su experiencia en el ámbito académico, de investigación, pero sobre todo a nivel personal, ha sido un honor compartir con ustedes, las admiro profundamente como personas y como profesionales y tienen mi cariño y mi respeto.

A la Dra. Janet Treasure del Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia del King's College London y a la Dra. Rebeca Guzmán de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por haberme dado la oportunidad de realizar estancias de investigación bajo su tutela, por el aprendizaje que esto me permitió tener y por el apoyo a nivel personal que me dieron, tienen mi admiración y agradecimiento y ha sido un honor poder formar parte de los grupos de investigación que dirigen.

A los directivos y profesores tutores de las escuelas que participaron en la investigación, en Barcelona al Instituto La Sedeta, Instituto Josep Pla, Colegio Urgell y Colegio Regina Carmeli. En Pachuca, a las Preparatorias incorporadas y dependientes de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Preparatoria No. 4, Escuela Preparatoria No. 3, Escuela Preparatoria Alberto Zebisch y Escuela Preparatoria Jorge Berganza.

A la Dra. Eva Penelo por la asesoría metodológica brindada.

A las compañeras de grupo de investigación, así como a demás compañeros que colaboraron para que las evaluaciones cuantitativas y cualitativas fueran posibles en todas las escuelas participantes tanto de Pachuca como de Barcelona, Rocío, Paola, Marcela, Sara, Loli, Miriam, Juan, David, Jesús, Wendy, Mónica y Natalia.

Gracias padre bueno porque tu fidelidad es grande, has sido y sigues siendo el inicio, el motor, y el sostén, hoy y siempre, gracias por tu amor y tu fidelidad.

A mis padres y a mis hermanos, porque estando tan lejos los he sentido cerca, por su amor, su presencia cada vez que los necesitaba en las buenas y en las malas, su respaldo y apoyo, porque han sido parte fundamental no sólo de mi estancia en Barcelona sino del camino recorrido que me trajo hasta aquí. A mi madre gracias siempre por luchar por mí, de pie o de rodillas mira hasta donde me has acompañado, por impulsarme y enseñarme a no darme por vencida, a mi padre gracias porque apoyaste desde el inicio que este fuera mi proyecto de vida y por estar dispuesto siempre a acortarme los caminos, a los dos porque me enseñaron que en la apreciación sencilla de la vida están las cosas más extraordinarias. A mi hermano, porque fuiste un mentor en mi infancia por cada cosa que sentía curiosidad, cuando se gestaron los sueños que me trajeron aquí, a mi hermana por ser mi amiga y mi compañía, en la alegría y en la tristeza, gracias por estar. Los amo profundamente y llevo siempre en mi corazón.

A mis abuelos, por su herencia tan grande de amor, han sido un ejemplo de lucha, nobleza, generosidad y perseverancia. En especial gracias a Betita por cada oración que pronunciaste por mí cada noche y cada mañana, nos debemos un abrazo fuerte cuando nos volvamos a ver. Están siempre presentes, los amo, los admiro y me siento muy orgullosa de ser su nieta.

A mis amigos, por enseñarme que es verdad que la distancia significa poco cuando alguien significa mucho. A Sara, Imelda, Vero, Nathalie, Claudia, Kate, Fran, Sebas, Manu, Gabriel, América, Isabella, Martina, Ani y Emma, gracias por compartir conmigo esta experiencia, por el cariño, la compañía y el soporte que me han brindado, por las alegrías, las aventuras, y el día a día compartido, y también por estar en los momentos no tan buenos, cada uno es ahora una parte importante de mi vida y me siento muy agradecida y privilegiada por ello. A los que tuvieron siempre también una palabra de aliento y han sido constantes a lo largo de los años y la distancia, Neydi, Paola, Mariana y Reyna. A los que han sido un pedacito de México en Barcelona, Bruma, Yuria, Marion, Ari y Juan. Y a los que me han hecho sentir bajo el resguardo de una familia Cecilia, Noelia, Pablo, Zarela y Maribel. Gracias a todos.

*I carry your heart with me (I carry it in
my heart) I am never without it (anywhere
i go you go my dear...*

*here is the deepest secret nobody knows
(here is the root of the root and the bud of the but
and the sky of the sky of a tree called life; which grows
higher than soul can hope or mind can hide)
and this is the wonder that's keeping the stars apart
I carry your heart (I carry it in my heart)*

E.E. Cummings

Llevo tu Corazon conmigo (lo llevo en
mi corazón) nunca estoy sin el (donde quiera
que voy tu vas querid@...
he aquí el secreto más profundo que nadie conoce
(he aquí la raíz de la raíz y el retoño del retoño
y el cielo del cielo de un árbol llamado vida; que crece
más alto que lo que el alma puede esperar o la mente ocultar)
y esta es la maravilla que mantiene las estrellas separadas

Llevo tu corazón (lo llevó en mi corazón)

E.E. Cummings



ÍNDICE

1. Introduction.....	1
2. Marco Conceptual.....	5
2.1 Problemas relacionados con el peso y la alimentación.....	7
2.2 Factores de riesgo asociados a los problemas relacionados con el peso y la alimentación.....	13
2.2.1 Interiorización del ideal estético.....	13
2.2.1.1 Modelo Estético en los medios de comunicación.....	16
2.2.1.2 Influencias sociales.....	18
2.2.1.2.1 Modelo de aprendizaje social de Bandura.....	19
2.2.1.2.2 Teoría de la Influencia Tripartita.....	20
2.2.1.2.3 Teoría de la comparación social.....	22
2.2.2 Insatisfacción con la imagen corporal.....	23
2.2.3 Autoestima.....	25
2.2.4 Edad.....	26
2.2.5 Diferencias por género.....	28
2.2.6 Índice de Masa Corporal.....	29
2.3 Programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación.....	31
2.3.1 Intervención preventiva universal.....	31
2.3.2 Teorías de base de las intervenciones de prevención en problemas relacionados al peso y la alimentación.....	34
2.3.2.1 Modelo de Habilidades generales	
Entrenamiento en Habilidades para la vida.....	34
2.3.2.2 Modelo feminista.....	35
2.3.2.3 Teoría cognitiva social.....	36
2.3.2.4 Teoría de la disonancia cognitiva.....	37
2.3.2.5 Alfabetización de medios como estrategia de prevención de problemas relacionados con la alimentación y el peso...	37
2.3.3 Programas de prevención en adolescentes.....	40

2.4 Estudios transculturales en Investigación de problemas relacionados con el peso y la alimentación. Iberoamérica.....	63
2.4.1 Estudios transculturales de problemas relacionados con el peso y la alimentación entre México y España.....	68
3. Objetivos e hipótesis.....	73
3.1 Objetivo general.....	75
3.1.1 Hipótesis general.....	75
3.2 Objetivos específicos.....	75
3.2.1 Hipótesis específicas.....	75
4. Metodología.....	77
4.1 Participantes.....	79
4.2 Diseño.....	81
4.3 Variables.....	82
4.4 Instrumentos.....	83
4.5 Materiales.....	89
4.6 Procedimiento.....	89
4.7 Análisis de datos.....	91
5. Resultados.....	93
5.1 Resultados cuantitativos.....	95
5.1.1. Descripción del análisis.....	95
5.1.2. Resultados.....	96
5.2 Análisis cualitativo.....	103
5.2.1. Descripción del análisis.....	103
5.2.1. Análisis.....	108
6. Discusión.....	133
7. Conclusiones.....	159
8. Abstract thesis / Resumen de la tesis doctoral.....	163
9. Referencias.....	171

10. Anexos.....	195
10.1 Dossier de evaluación.....	197
10.2 Instrucciones para revisión conceptual del BEM Sex-Rol Inventory (IBRS).....	213
10.3 Carta de presentación del programa a los directores de las escuelas.....	215
10.4 Consentimiento informado.....	223
10.5 Guion para la entrevista focal.....	231
10.6 Resultados de la evaluación de la interiorización de roles de género.....	233

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vías de influencia de los medios en la generación de síntomas de trastornos del comportamiento alimentario	15
Figura 2. Modelo de la Influencia Tripartita: Modelos de efectos de las influencias socioculturales en el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal y problemas de alimentación	21
Figura 3. Formulación de caso de trastorno alimentario no especificado (en las palabras del paciente)	25
Figura 4. Diagrama de flujo del número de participantes a lo largo del estudio.....	80
Figura 5. Procedimiento de intervención.....	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Revisión de programas de prevención a lo largo del mundo del 2010 a la fecha.....	41
Tabla 2.	Descripción de la muestra.....	82
Tabla 3.	Revisión conceptual de la adaptación al español del BEM Sex-Rol Inventory (IBRS) (Behar, 2000).....	88
Tabla 4.	Índice de Masa Corporal.....	96
Tabla 5.	Medias en las escalas de medición.....	97
Tabla 6.	Análisis de la Varianza.....	98
Tabla 7.	Tamaño del efecto: Grupo experimental vs grupo control considerando ambos países.....	102
Tabla 8.	Análisis cualitativo: Categorías de 1er y 2do orden.....	105
Tabla 9.	Análisis cualitativo: Índice de concordancia entre evaluadores.....	104
Tabla 10	Escala de valoración del índice Kappa de Landis y Koch (1977).....	107

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1.	Comparación entre grupo experimental y control en la Subescala de restricción del EDEQ.....	99
Grafica 2.	Comparación entre grupo experimental y control en el TSA-I.....	100
Grafica 3.	Resultados en la post evaluación y seguimientos 1 y 2 en el RSES.....	101

LISTADO DE ABREVIATURAS

APA	American Psychological Association
ATHENA	Athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives
ATLAS	Adolescents training and learning to avoid steroids
BMI	Body Mass Index
BSQ	Body Shape Questionnaire
CIMEC	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal
CML	Centro de Media Literacy
d	Estadístico “d” de Cohen
DE	Desviación estándar
EDAP	Eating Disorders Awareness and Prevention
EDEQ	Eating Disorder Examination Questionnaire
EDEQewsc	Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de preocupación por la comida el peso y la figura
EDEQpt	Eating Disorder Examination Questionnaire, puntuación total
EDEQr	Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de restricción
F	Estadístico F de Snedecor
GLM	Modelo Lineal General
H	Hombres
IBRS	BEM Sex-Rol Inventory
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística

INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
M	Mujeres
MCM	Medios de comunicación masiva
N	Número de participantes
OMS	Organización Mundial de la Salud
p	Significación estadística $\leq 0,05$
RSES	Escala de Autoestima de Rosenberg
SD	Standard deviation
T	Prueba estadística T de student para muestras independientes
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
TCANE	Trastornos de la conducta alimentaria no especificado
TSA	Test de Siluetas para Adolescentes
TSA-I	Índice de insatisfacción con la imagen corporal
UNICEF	Fondo de las naciones unidas para la infancia

INTRODUCTION

1. Introduction

The prevalence of eating, weight and shape concerns, and risky eating behaviors has been found in adolescent and youth populations in México and Spain to be increasing in years (Arellano, Torres, Rivera, Moncada, y Jiménez-Capdeville, 2009; Berenguí, Castejón, Torregrosa, 2016; Gayou-Esteva, y Riveiro-Toral, 2014; Jáuregui, *et.al.*, 2009; León, Gómez-Peresmitré y Platas, 2008; Pamies-Aubalat, Marcos y Castaño, 2011). With the objective of losing weight and changing body image, some of these behaviors are, binge eating episodes, purging behavior, sense of loss of control while eating, fasts, excessive exercise and the use of diet pills, laxatives and amphetamines (Ackard, Fulkerson y Newmark-Sztainer, 2011; Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Because of that, the realization of universal preventing programs of these risk eating behaviors and the eating and weight related problems is needed. According to O'Dea (2012), prevention programs are a generalizable and sustainable opportunity to carry out interventions in schools mainly, answering to the necessity of preventing the development of body image and eating problems.

These interventions must be directed to impact in the principal risk factors of the development of eating disorders and in vulnerable populations. Longitudinal studies have suggested that it is the most probable time that eating disorders develop is in adolescence (Linville, Stice, Gau, O'Neil, 2011; Stice, Shaw y Marti, 2007).

Body Image dissatisfaction has been identified as one the most important risk factors in the development of eating disorders (Stice, Marti y Duran, 2011), in the same way that the internalization of the thin ideal as the current aesthetic model in western societies has been related with the body image dissatisfaction (Thompson y Stice, 2001).

The increased exposition of images that show these thin ideal in the mass media promotes the comparison of women with the ideal (Ahern, Bennett, Kelly y Hetherington, 2011). According to that, the mass media have an important influence in the development of risk behaviors and attitudes related with eating disorders (Linville, *et.al.*, 2011), and the global dissemination of these messages suggests that the same values, beliefs, preferences and aesthetic phobias will be found in Mexican, Spanish, or American adolescent population,

for example (Acosta y Gómez Peresmitre, 2003, in Mancilla-Diaz, *et.al.*, 2006). The negative and more important effect of the mass media messages is the potentiation of the body image dissatisfaction and the anxiety generate because of the discrepancy between the aesthetic model that have been internalized and the own perceived body image, these process become an almost immediate antecedent of the development of eating disorders or risk eating behaviors (Toro, 2006).

The Media Literacy has as purpose to train people as critical thinkers in relation with the mass media messages. The use of media literacy in health promotion in adolescent and youth population allows that, with the critical view of the messages, the people could develop tools to resist the influence of the messages (Bergsma y Carney, 2006).

In eating disorders prevention, the psycho-educative programs in which media literacy is used have the aim to reduce the negative answer to the mass media messages and increase the body image satisfaction and reduce social comparison (Cohen, 2006).

Because of what as aforementioned, in the following research our aim was to apply and to know the efficacy of a universal preventing program of the development of eating and weight related problems using media literacy in two adolescents samples of different countries, México and Spain, comparing the results between the two of them; so we could find if it is possible to use the same preventing programs in different populations, if there is no difference in the efficacy of the program by country.

MARCO CONCEPTUAL

2. Marco Conceptual

2.1 Problemas relacionados con el peso y la alimentación

El estudio de los trastornos alimentarios (TCA) ha ido cobrando relevancia en las últimas décadas, debido a la creciente incidencia, la gravedad de la sintomatología asociada y la resistencia al tratamiento, constituyéndose como la tercera enfermedad crónica en la población femenina adolescente y juvenil en sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Pelaez, Labrador y Raich, 2006). Ya para el año 2003 la Organización Mundial de la Salud designo a los TCA como un “trastorno prioritario” en su informe de niños y adolescentes con enfermedades mentales, debido a su prevalencia, severidad y consecuencias a largo plazo (Levine y Smolak, 2010).

A lo largo de los años, se ha mostrado que la prevalencia de trastornos alimentarios se ha ido manteniendo. Para las mujeres, la prevalencia de anorexia nerviosa se encuentra entre 1.4% y 2.0%, y la de bulimia nerviosa entre 1.1% y 4.6% (Favaro, Ferrara, y Santonastaso, 2003; Garfinkel et al., 1995; Lewinsohn, Striegel-Moore, y Seeley, 2000; Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, y Fairburn, 2006; Wade, Bulik, Prescott, *et.al.*, 2004; citados en Fitzsimmons-Craft, 2011), mientras que la de trastornos del comportamiento alimentario no especificado alcanzan hasta un 10-20% de adolescentes y adultas (O'Dea, 2012).

Sin embargo, una preocupación creciente más allá de la prevalencia de trastornos alimentarios es la aún mayor presencia de problemas relacionados con el peso y la alimentación que, debido a la preocupación por el peso y la figura, se caracterizarían por la realización de conductas alimentarias desordenadas para el control del peso que pueden ser médica y psicológicamente perjudiciales, pero que no cumplen por completo los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario (Neumark-Sztainer, et al. 2007).

Algunas de estas conductas relacionadas con problemas de alimentación y peso, que se siguen sin recomendación médica y están asociadas a la preocupación por el peso y la figura (Gracia y Comelles, 2007), informadas en diversos estudios son: atracones, conductas purgativas, uso de píldoras para adelgazar, uso de laxantes, vómito, ejercicio excesivo, ayunos, consumo de anfetaminas, entre otras, que se realizan con la finalidad de perder peso y generar cambios en la imagen corporal (Ackard, *et.al.*, 2011; Saucedo-Molina

y Unikel, 2010; Unikel–Santoncini, Bojórquez–Chapela, Villatoro–Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina-Mora, 2006). Estas pueden tener efectos perjudiciales a corto y largo plazo, que pueden ir desde la fatiga por llevar una alimentación de dieta hasta lesiones musculares o baja densidad ósea por el ejercicio extremo (Smolak, 2004). Dichas conductas se encuentran asociadas a otros padecimientos y conductas de riesgo tales como: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y comportamiento suicida (Ackard, *et.al.*, 2011).

Diversos autores han reportado ya que el paso de la disposición a mantener la línea a un trastorno del hábito del comer es muy difuso (Behar, 1998; San Miguel, 2002; Vidal, 2002; citados en Behar, 2010); que una gran mayoría de mujeres quisieran pesar menos aunque presenten un peso absolutamente dentro de los límites normales, puesto que la estigmatización de la obesidad asociada a enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, va en aumento; y que en preadolescentes se ha detectado ya preocupación por la figura y el peso señalando el peso ideal por debajo de la media (Behar, 2010; Raich, 2001).

La presencia de comportamientos alimentarios desordenados se ha reportado en tasas de hasta el 67% en mujeres universitarias de sociedades occidentalizadas (Franko y Omori, 1999; Hoerr, Bokram, Lugo, *et.al.*, 2002; Mintz y Betz, 1988; Mintz, O'Halloran, Mulholland, *et.al.*, 1997; citados en Fitzsimmons-Craft, 2011), en un porcentaje de 56% en adolescentes mujeres y en un 28% de adolescentes hombres en Estados Unidos (O'Dea, 2012).

En México, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria no especificados ha ido en aumento, siendo ésta de 0.35% para 1995 y de 0.91% para el 2001 (Macilla-Díaz et al., 2004 citado en Mancilla-Díaz et al., 2006).

Sin embargo, dicho porcentaje crece en la prevalencia de conductas y creencias asociadas a problemas de alimentación y peso como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Diversas investigaciones han reportado la presencia de conductas alimentarias de riesgo en diversos estados del país, en estudios realizados en estados colindantes con el Estado de Hidalgo, en la zona centro del país, se encontraron los siguientes resultados.

En el 2004, Gómez Péresmitre, (citado en Mancilla-Díaz et al., 2006) encontró que 77% de las adolescentes ya habían interiorizado el deseo de una figura ideal delgada, 74% de mujeres y 68% de los varones se encontraban insatisfechos con su imagen corporal, 18% y 14% de hombres y mujeres se encontraban preocupados por su peso corporal, 32% de mujeres y 4% de hombres presentaban alteración con la imagen corporal y 50% de mujeres y 34 % de hombres realizaban dieta restrictiva para controlar el peso corporal.

En Querétaro, Gayou-Esteva y Riberiro-Toral (2014) encontraron que en una muestra adolescente de 13 años de edad en promedio, un porcentaje de 33.1% reportaron realizar conductas alimentarias de riesgo y un 5.8% de mujeres y 6.2% de hombres se encontraban en riesgo de padecer un TCA, de los cuales las mujeres tenían bajo peso y los varones un peso normal.

En San Luí Potosí, en mujeres adolescentes y universitarias de 15 a 25 años de edad, se informó que un 12,6 de la muestra evaluada que presentaban actitudes alteradas de alimentación, de las cuales 92,4% se encontraban insatisfechas con su cuerpo y 91,2 tenía temor a subir de peso (Arellano, *et.al.*, 2009).

En la zona metropolitana del Distrito Federal, León, Gómez-Peresmitré y Acevedo (2008) reportaron en mujeres con una media de edad de 12,81 años, que el 56% había hecho dieta restrictiva alguna vez en su vida y un 65 % estaban preocupadas por su peso, el 37% deseaba tener un peso menor al que actualmente tenían y un 26% un peso mucho menor al que tenían al momento de la evaluación.

En población adolescente de ambos sexos en el estado de Veracruz, se encontró que un 6% de mujeres de la muestra se encontraba en riesgo de sufrir un TCA mientras que solo un 3% de varones lo presentaba, un 5% del total evaluado mostraba conductas alimentarias patológicas de acuerdo al EAT-26, además, reportaron que un 8% de la muestra consideraba tener un peso mayor al que realmente tenían (Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, E., 2013).

En estudiantes universitarios y de preparatoria de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, en una muestra de hombres y mujeres de 15 a 23 años, se encontró una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en el 8,4% en mujeres y 2,9% en hombres, además, que la

realización de conductas alimentarias de riesgo se encontraba asociada a la interiorización del ideal estético de delgadez, siendo que este incrementaba en un 27,27 la probabilidad de realizar este tipo de conductas (Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Unikel-Santocine, *et.al.* (2010), realizaron un estudio de prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en 17 estados de la República Mexicana, en una muestra de 4,358 mujeres adolescentes de 16 años de edad en promedio. Se encontró una prevalencia total de conductas alimentarias de riesgo altas de 6,8% y moderadas de 14,2%, mientras que en el Estado de Hidalgo 3,9% se encontraban en riesgo alto y 9,6% en riesgo moderado.

La tasa de prevalencia de Trastornos de la conducta alimentaria en población española adolescente y juvenil ha sido más constante, a partir de las revisiones de Pelaez-Fernández, Raich y Labrador (2010) de estudios epidemiológicos en España encontraron que la prevalencia de TCA en los últimos años ha oscilado entre un 1 a 3% en adolescentes y jóvenes de ambos sexos, incrementándose la cifra en mujeres de 4 a 5%. Igualmente, se mantuvo constante el hecho de que la mayor prevalencia se encuentra en los trastornos de la conducta alimentaria no especificados o síndromes incompletos (Pelaez,*et.al.*, 2006; Pelaez-Fernández, *et.al.*, 2010).

Igualmente, se ha detectado la presencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas a problemas relacionados con el peso y la alimentación en diversos estudios.

En la región de Murcia, en una muestra de 264 hombres y mujeres con una media de edad de 22,62 años, un 59,1% mostraba insatisfacción corporal, y en los últimos 6 meses el 31,6% había desarrollado una conducta alimentaria de riesgo, el 35,23 2 conductas alimentarias de riesgo y el 6,82% 3 o 4 conductas alimentarias de riesgo (Berenguí, *et.al.*, 2016).

En una muestra de 2,142 adolescentes en Alicante, 7,79% de mujeres y 3,34% de los chicos realizaban conductas alimentarias de riesgo (Pamies-Aubalat, *et.al.*, 2011).

En Sevilla, en estudiantes de 12 a 18 años de edad, 22,8% y 9,43% (acorde a cada instrumento de evaluación) tenían actitudes alteradas de alimentación (Jáuregui, *et.al.*, 2009).

En otras comunidades autónomas, la prevalencia de TCA en adolescentes y jóvenes ha sido de 3,43% en la Comunidad Autónoma de Madrid (5,34% en mujeres y 0,64% en hombres); en Navarra del 4,1%; en Aragón 4,52%; en Castilla y León 5,26% en mujeres y 1,7% en hombres y en Castilla-La Mancha 3,71% (6,41% en mujeres y 0,6% en varones) (Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde, 2008; Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2007; Pérez-Gaspar et.al., 2000; Rodríguez-Cano y Beato-Fernández, 2005; Ruiz-Lázaro et.al., 1998; citados en Peláez-Fernández, *et.al.*, 2010), así como 0,7% de Trastornos de la Conducta alimentaria no especificados en adolescentes de Zaragoza (Ruiz-Lázaro, *et.al.*, 2010).

En Barcelona, acorde con los estudios más recientes, para Muro-Sans y Amador-Campos (2007) en una muestra de 1155 hombres y mujeres de una media de edad de 13,6 años, un 1,28% fueron diagnosticados con un trastorno de la conducta alimentaria, de los cuales, los porcentajes más altos de los criterios diagnósticos fueron el mantenimiento de bajo peso (72,5% mujeres y 64,5% hombres) en los criterios de anorexia nerviosa, y la realización de conductas compensatorias en los criterios de bulimia nerviosa (67,7% hombres y 55% mujeres). Un 27,5% de las mujeres podía ser diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado frente a un 3,2% de hombres.

Estos porcentajes ponen de manifiesto la necesidad de poner en práctica programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación, los cuales, han de ser dirigidos a los principales factores de riesgo para el desarrollo de los mismos.

2.2 Factores de riesgo asociados a los problemas relacionados con el peso y la alimentación

Los factores de riesgo han sido definidos como aquellas condiciones que influyen en el estado de salud, contribuyendo al desequilibrio del mismo e incrementando la probabilidad de enfermar al hacer a la persona vulnerable a un determinado síndrome (Mancilla-Díaz, *et.al.*, 2006).

A lo largo de los años, la literatura ha puesto de manifiesto diversos factores de riesgo para la aparición de trastornos de la conducta alimentaria de distinta índole, como biológicos, individuales (tanto psicológicos como conductuales) y socioculturales, de los cuales resaltamos los expuestos a continuación.

2.2.1 Interiorización del ideal estético

Diversos estudios han reportado que las presiones socioculturales por alcanzar el ideal estético y la interiorización del ideal de delgadez estético se encuentran entre los factores de riesgo para el desarrollo de insatisfacción corporal, realización de dieta restrictiva y síntomas de bulimia (Espinoza, Penelo y Raich, 2010; Stice, 2002; Thompson y Heinberg, 1999; Thompson y Stice, 2001).

Ya en el año 2000, en su metaanálisis de los mitos de belleza, Langlois, *et al.* reportaban que existía un acuerdo del estándar de atractivo dentro y a través de las diversas culturas, tanto los niños como los adultos considerados atractivos eran juzgados y tratados más positivamente y ellos a su vez exhibían conductas y rasgos más positivos. Así, las sociedades establecen los ideales de belleza como objetivos a conseguir (Bañuelos, 1994) y a su vez la belleza provoca una diferenciación cultural; estándares que han ido cambiando a lo largo de la historia llegando a ser incluso contradictorios (Raich, 2001).

En la medida en que cada persona acepta dichos estándares ideales definidos socialmente como atractivos y comienza a realizar conductas para alcanzarlos podemos hablar de interiorización del ideal estético (Thompson y Heinberg, 1999). Thompson y Stice (2001) ya sugerían que para que la insatisfacción con la imagen corporal aparezca, la mera exposición al ideal no es suficiente, sino que el ideal estético ha de ser interiorizado.

Un aspecto importante a considerar, son las diferencias entre hombres y mujeres de dicho ideal socialmente establecido en la actualidad.

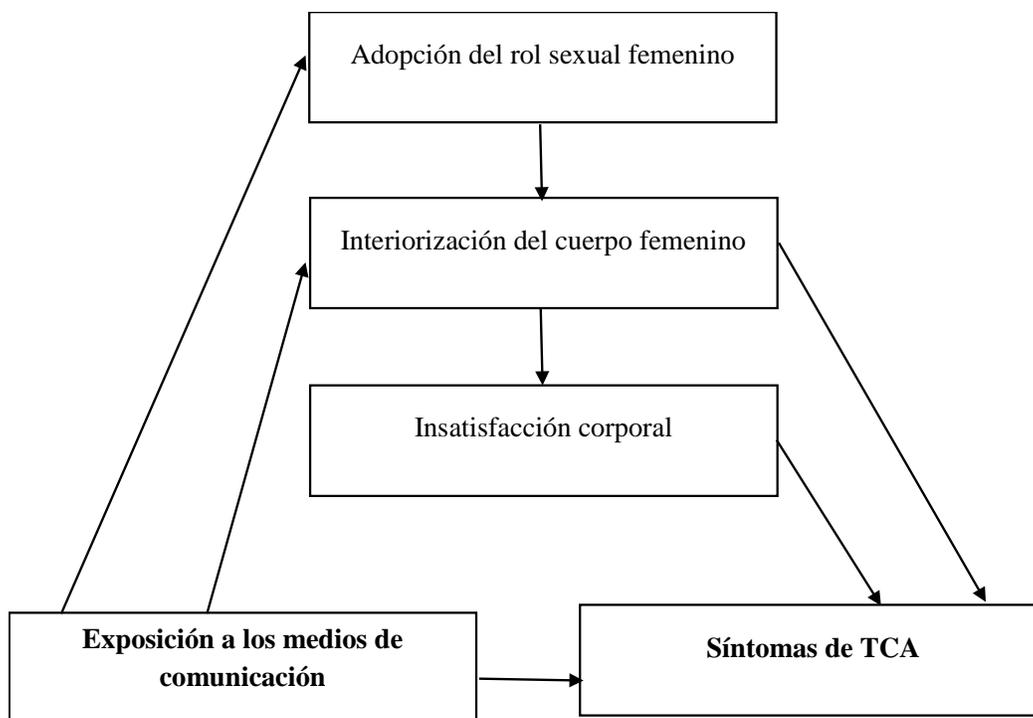
En el caso de las mujeres, la principal característica es la de una figura delgada, que se acompaña del mensaje de que la delgadez es un signo de éxito, salud y estar a cargo de tu vida, mientras que el no estar delgada se vuelve un sinónimo de fracaso, incapacidad para triunfar y pérdida del atractivo (Ahern, *et.al.*, 2011; Behar, 2010; Fitzsimmons-Craft, 2011; Stice, 2001, citado en Mitchell, Petrie, Greenleaf y Martin, 2012).

Esta idea generalizada de que “ser bella es igual a ser delgada” que es muchas veces biogenéticamente difícil de conseguir (Raich, 2001), facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo la insatisfacción corporal (Behar, 2010; Raich, 2001; Toro, 2006). Lo anterior se vuelve aún más alarmante considerando que de acuerdo a los estándares culturales actuales, personas con un peso dentro de los límites de la normalidad ya son consideradas gruesas (Raich, 2001).

Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, y Stein (1994), propusieron el siguiente modelo del desarrollo de sintomatología de TCA considerando la interiorización al ideal de delgadez en mujeres (Figura 1).

El modelo estético en chicos también ha sufrido cambios, así como en la mujer el ideal estético está relacionado con la delgadez, para los hombres está relacionado con ganar musculatura (Calzo, 2015; Smolak y Murnen, 2008). Hombres jóvenes, fuertes, musculosos, bronceados, aparecen junto a mujeres jóvenes, delgadas, altas, y generalmente rubias en los medios de comunicación, esta constante exposición a la perfección hace que la confianza en uno mismo y sus capacidades sea menor (Alemany, 1993, citado en Bañuelos, 1994), ya que así como la imagen delgada de la mujer se asocia a una imagen de feminidad, en el varón la imagen de un cuerpo alto, musculado, de hombros anchos y bíceps desarrollados se asocia a masculinidad, poder, eficacia y autoridad, dejando en una posición de vulnerabilidad a aquellos que no lo alcanzan (Raich, 2001; Unikel-Santoncini, *et.al.*, 2006).

Figura 1. Vías de influencia de los medios en la generación de síntomas de trastornos del comportamiento alimentario.



Stice, *et.al.* (1994)

Igualmente, la interiorización del ideal estético se ve reforzada con la creciente oferta, altamente promovida en los medios de comunicación masiva, de productos y métodos que reafirman la idea de que el cuerpo puede ser moldeado, construido o transformado sin una clara justificación médica (Behar, 2010; Raich, 2001). En el caso de la mujer, el obtener un cuerpo femenino, que generalmente es traducido a un cuerpo delgado, es transmitido como una tarea que puede alcanzarse desde diferentes técnicas, como las que pretenden conseguir un cuerpo de cierto tamaño o configuración (cirugía estética, dietas, etc.) o aquellas que están dirigidas a mostrar el cuerpo como superficie decorativa (depilación, maquillaje, etc.) (Lee Barty, 1994, citado en Martínez, 2004). En el caso de los varones la preocupación por un aumento en la musculatura igualmente está relacionado con el consumo de productos para conseguirlo (Calzo, 2015).

Lo anteriormente expuesto, introduce a cuáles son los medios socioculturales encargados de transmitir y mantener el ideal estético, entre los que resaltan principalmente los medios de comunicación e, igualmente, los familiares y grupos de pares quienes comentan directa o indirectamente acerca del peso, la apariencia, dietas, moda, etc. como la segunda vía de influencia para la interiorización del ideal de delgadez (Stice, 2001citado en Mitchell, *et.al.*, 2012).

2.2.1.1 Modelo Estético en los medios de comunicación

La construcción de la propia imagen corporal no es algo que parte únicamente desde el individuo. El análisis del cuerpo debe ser planteado como un producto cultural, en el contexto de relaciones y roles sociales, ya que en la imagen ideal del mismo se reflejan los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad (Behar, 2010; Nasser y Katzman, 1999). En el caso de las sociedades occidentales, éstas se caracterizan por un culto extremo al cuerpo.

La relevancia otorgada a él se refleja especialmente a través de los medios de comunicación, los cuales han sido identificados como el mayor agente de socialización de los individuos al ideal cultural estético (Thompson, Schaefer y Menzel, 2012), al cual se le adjudican cualidades como juventud, belleza, seducción, etc., ideal que habitualmente es discordante y alejado de lo habitual (Le Breton, 1990, citado en Behar, 2010).

Igualmente, nunca antes como en el momento histórico actual, los mismos mensajes e influencias habían llegado a tantas personas (Toro, 2006); la difusión globalizada de los medios de comunicación hace suponer que se encontrarán los mismos valores, creencias, preferencias y fobias estéticas, tanto en población adolescente mexicana, española, canadiense o estadounidense; debido a que las opciones que se ofrecen con éstas imágenes globalizadas son cada vez más homogéneas, tanto en la propuesta de belleza física, etnia, raza y clase social, que vinculan las definiciones de belleza y atractivo físico con ideas de éxito (Acosta y Gómez Peresmitre, 2003 citado en Mancilla-Díaz et al., 2006; Behar, 2010).

El efecto negativo más importante del incremento de la exposición en los medios de la comunicación de imágenes que proyectan el ideal de delgadez es la aparición o

potenciación de la insatisfacción corporal, ansiedad generada de la discrepancia entre el modelo estético corporal asumido y la imagen corporal propia percibida, y que se convierte en antecedente casi inmediato de los Trastornos alimentarios (Ahern, *et.al.*, 2011; Cash, 2005; Toro, 2006). De acuerdo con O'Dea (2012), hombres y mujeres adolescentes presentan una alta autocrítica luego de observar las imágenes del ideal estético proyectadas en los medios, de dicha comparación se derivan una sensación de fracaso e inadecuación. En la revisión realizada por Ata, Bryant, y Lally (2007) basadas en diversos estudios, encontraron que el hecho de leer revistas o ver televisión aumentaba la insatisfacción con la imagen corporal, el deseo de perder peso y hacer dieta, y actitudes alimentarias desordenadas. Lo que ha sido igualmente reportado por otros autores, que la comparación realizada con las imágenes proyectadas en los medios de comunicación se encontraba relacionada con un ánimo negativo, insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios alterados tales como dietas restrictivas, lo que a su vez sienta las bases para el desarrollo de un TCA (Durkin y Paxton, 2002; Thompson, *et.al.*, 1999; Van den Berg, *et.al.*, 2002; citados en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Levine, Piran y Stoddard, 1999; O'Dea, 2012).

En su informe en relación a la “sexualización” en niñas, la Asociación Americana de Psicología (2007) ya discutía la influencia negativa de los medios de comunicación en la insatisfacción corporal en niñas y concluyeron que dichos medios juegan un papel importante en el desarrollo de insatisfacción corporal.

Además, el tratamiento de las imágenes que se exponen en los medios de comunicación masivo hacen que el ideal estético, antes visto como una figura inalcanzable, ahora sea visto como un modelo representativo de personas reales y no como un producto de imágenes manipuladas (Unikel-Santoncini, *et.al.*, 2006), a pesar que la imagen de la mujer que aparece en los medios no representa en absoluto a la media de la población en general (Mancilla-Díaz, *et.al.*, 2006).

Siendo importante resaltar también, que dichas imágenes se encuentran acompañadas de otras creencias y valores que han de regir la vida de las personas. En el caso de la mujer, el mensaje emitido sería: que la belleza ha de convertirse en su principal proyecto de vida, siendo la delgadez una característica necesaria para ser exitosa pues es un símbolo de

autocontrol, mientras que lo contrario implica debilidad y fracaso, además, que el cuerpo puede ser moldeado por quien realmente trata, promoviendo de igual manera el consumo de productos que lo permitirían, y que, por lo anteriormente expuesto, es normal que una mujer se sienta ansiosa y avergonzada en relación a su cuerpo (Levine, *et.al.*, 1999; Levine y Smolak, 2006).

En resumen, el modelo proyectado por los medios de comunicación (con su gran potencial para establecer modelos de identificación) como estereotipo corporal enfatiza la delgadez en el caso de las mujeres y promueve la musculatura en el caso de los hombres, impulsa la evaluación del aspecto físico como superior a otros atributos, como pueden ser espirituales y/o intelectuales, y se refuerza con un bombardeo de avisos de miles de productos que ofertan restaurar la apariencia juvenil, broncear la piel, eliminar celulitis, entre otros aspectos que también forman parte del mismo ideal estético que proyectan. Dicho ideal entra en conflicto con los mecanismos fisiológicos en gran medida genéticamente determinados (Behar, 2010; Thompson, *et.al.*, 2012) provocando como mayor consecuencia la insatisfacción con la imagen corporal, aspecto que se presenta como antesala del desarrollo de TCAo conductas de riesgo asociadas a los mismos (Fitzsimmons-Craft, 2011; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines y Story, 2006; Stice, *et.al.*, 2011).

2.2.1.2 Influencias sociales

Los modelos socioculturales de TCA sostiene que los valores y actitudes en relación al cuerpo y la figura, su control y otros aspectos relacionados como las expectativas de género, se establecen de forma cultural y pueden contribuir al desarrollo de TCA (Levine y Smolak, 2010).

Como fue mencionado en apartados anteriores, las influencias socioculturales en el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación y el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal que han sido enfatizadas además de los medios de comunicación son el grupo de pares y los padres (Ferguson, Winegard, y Winegard, 2011; Linville, *et.al.*, 2011; Smolak, 2004).

Algunas de las maneras en que los padres y el grupo de pares ejercen esta influencia pueden ser el reforzamiento social, el modelaje, la burla y la comparación, e incluso la constante

participación de charlas en relación al peso o dietas (Quiles, Y., Quiles, M.J., Pamies, Botella y Treasure, 2013).

Basado en la teoría social cognitiva de Bandura, Stice (1998) definió el “reforzamiento social” como los comentarios o acciones de otros que sirven de soporte del ideal de delgadez transmitido en los medios de comunicación, y que por ende, promueven la interiorización de dicho modelo, y contribuyen a la insatisfacción con la imagen corporal.

El modelaje sucede cuando las personas copian comportamientos que otros realizan. En el contexto de los trastornos alimentarios el grupo de pares y la familia pueden modelar dietas restrictivas, comer de forma compulsiva, preocupación por la figura, etc., lo que puede tener un impacto negativo en las actitudes de sus hijos hacia sus propios cuerpos, así como a la adopción de conductas relacionadas con el control del peso (Raich, 2001; Thompson, *et.al.*, 2012; Quiles, *et.al.*, 2013). Igualmente, comentarios negativos y críticas en relación a la apariencia y el peso están ligados al incremento de trastornos alimentarios (Raich, 2001; Quiles, *et.al.*, 2013). Así, la familia puede amplificar la importancia sociocultural que se le da a la apariencia física, así como reforzar o promover conductas de riesgo asociadas a TCA (Raich, 2001).

Sumado a esto, la tendencia a la comparación social en relación a la apariencia ha sido asociado con niveles más altos de insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes (Jones, 2001).

Igualmente, en el caso de las influencias relacionadas al grupo de pares, la constante participación en charlas relacionadas con la imagen y la apariencia acrecientan la sobrevaloración de éstas y contribuye por lo tanto al desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal (Lawler y Nixon, 2011).

En base a este referente, se vuelve de interés el estudio de las diversas explicaciones basadas en teorías sociales del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

2.2.1.2.1 Modelo de aprendizaje social de Bandura

De acuerdo con el Modelo Cognitivo Social de Bandura (1986), existen bases socioculturales en las que las creencias y las conductas alimentarias patológicas se

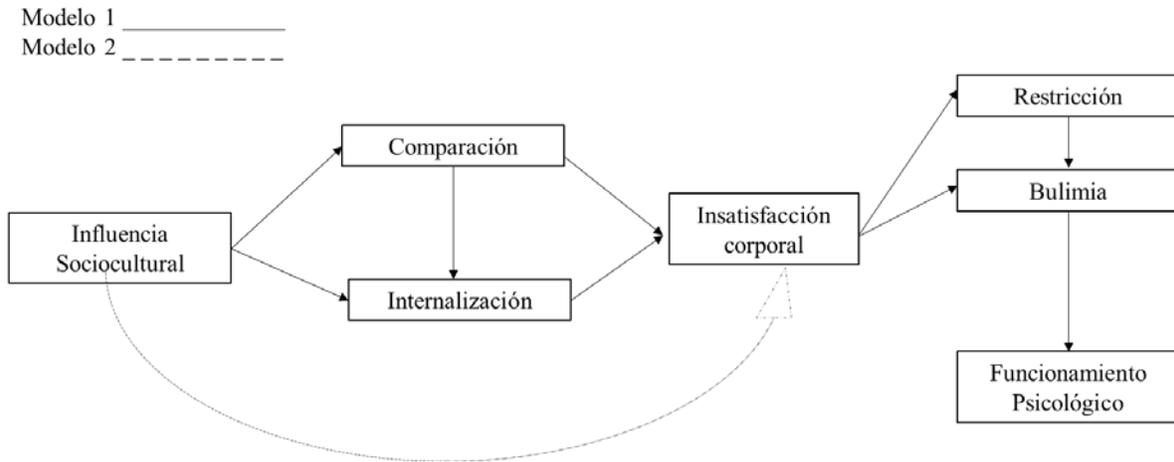
desarrollan. Dentro de estas bases culturales, el modelo estético femenino y masculino, legitimizado e impuesto por la industria y los medios de comunicación juega un papel muy importante (Grace y Comelles, 2007; López-Guimerá, Levine, Sánchez-Carracedo y Fauquet, 2011), puesto que generalmente es incompatible con los parámetros antropomórficos y psicológicos saludables, y, debido a esta naturaleza utópica, es una fuente constante de frustración e insatisfacción para cualquiera que lo busca (Thornton and Maurice, 1997).

Así, los factores socioculturales ejercen su influencia en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria vía mecanismos de aprendizajes socioculturales: procesos que influyen de distintas maneras como los individuos perciben e interpretan su contexto social (Corning, Krumm, y Smitham, 2006, citado en Fitzsimmons-Craft, 2011), por tanto, cuando un individuo enfoca su atención en sí mismo y toma consciencia de los estándares culturales de belleza pero no puede reducir la discrepancia entre ambos genera un sentimiento de malestar (Carver y Scheier, 1981; Knauss, Paxton, y Alsaker, 2008; citados en Fitzsimmons-Craft, 2011).

2.2.1.2.2 Teoría de la Influencia Tripartita

El “Modelo de la Influencia Tripartita” propuesto por Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1999) sugiere que hay tres influencias que forman la base para el posterior desarrollo de disfunciones en la imagen corporal y el comer: el grupo de pares, los padres y los medios de comunicación. El modelo contiene 2 mecanismos principales como factores mediadores entre dichas influencias y trastornos de la imagen corporal y problemas alimentarios: altas tendencias a comparar la apariencia (modelo 1) y la interiorización del ideal social de la apariencia (modelo 2) (Van Den Berg, Thompson, Obremski – Brandon, y Coover, 2002; Keery, Van den Berg, y Thompson, 2004), tal como se muestra en la figura 2. Igualmente, el modelo propone que, a su vez, la internalización funciona como mediador entre la comparación social y la insatisfacción con la imagen corporal (Thompson, *et.al.*, 2012).

Figura 2. Modelo de la Influencia Tripartita: Modelos de efectos de las influencias socioculturales en el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal y problemas de alimentación.



Extraído y traducido de Thompson, *et.al.*, 1999.

Igualmente, diversos estudios han probado la relación de las tres influencias (juntas o por separado) en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Stice (1998) encontró que el reforzamiento social ejercido por la familia, por las amistades y por los medios en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes para tener un cuerpo delgado, se relaciona con la presencia de conductas bulímicas y predice o inicia los síntomas en esta población.

Keery, *et.al.*, (2004) encontraron que la internalización y la comparación social son mediadores de la relación entre la influencia de los padres y el desarrollo de insatisfacción corporal, y tenían una mediación parcial entre la influencia de los pares y la insatisfacción y la influencia mediática y la insatisfacción. Igualmente reportaron que el poder de estas influencias puede llevar a las adolescentes a conductas restrictivas en la alimentación.

De acuerdo con Gunnard, *et.al.* (2012), altos estándares familiares así como la presencia de conflictos con los padres en relación a la apariencia física son predictores de la presencia de trastornos de la conducta alimentaria.

Igualmente, estas influencias pueden ser diferentes en hombres y en mujeres acorde al ideal estético actualmente definido a nivel social y mediático, siendo que las mujeres han

reportado una alta presión por parte de los padres, los amigos y los medios de comunicación para perder peso, los hombres la han experimentado por parte de los amigos y la familia para aumentar su musculatura (Ata, *et.al.*, 2007).

Gondoli, Corning, Blodgett, Bucchianeriy Fitzsimmons-Craft (2011) indicaron que las relaciones sociales implicaban mayor presión por parte de los pares para ser delgado, y a su vez, esta se asociaba a mayor insatisfacción con la imagen corporal. Sus resultados sugerían además, que dentro de la participación en relaciones sociales las relaciones de pareja o la búsqueda de ésta tienen una relación principal, debido a la interiorización del ideal de delgadez como atractivo y la constante comparación con los pares en relación a que tan atractivo se resulta al sexo opuesto.

2.2.1.2.3 Teoría de la Comparación Social

La teoría de la comparación propuesta por Festinger (1954) menciona que existe una tendencia en los individuos a la autoevaluación, para la cual se buscan estándares ante quienes ser comparados, lo que incluye estándares sociales (Fitzsimmons-Craft, 2011). De acuerdo con Festinger (1954), los efectos en el estado de ánimo de dicho proceso de comparación dependen de la dirección de la misma, él autor propuso dos: ascendente y descendente.

La comparación es ascendente cuando el individuo se compara con alguien a quien el individuo considera mejor lo que desencadena un efecto negativo (envidia, insatisfacción, frustración), mientras que la comparación es descendente cuando el individuo se compara con alguien que considera peor lo que produce un efecto positivo (alivio, satisfacción, orgullo) (Gómez-Jacinto, 2005, citado en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Fitzsimmons-Craft, 2011; Myers y Crowther, 2009).

En relación al desarrollo de factores de riesgo de problemas relacionados con el peso y la alimentación, se ha señalado que las mujeres realizan comparaciones sociales en cuanto a su apariencia física con la finalidad de evaluar sus cuerpos, este tipo de comparaciones tiende a ser ascendente, lo que deriva en sentimientos de insatisfacción con la propia imagen corporal (Fitzsimmons-Craft, 2011).

Lo anterior se produce igualmente cuando además de compararse con su grupo de pares, las mujeres se comparan con los estándares del ideal estético representado en los medios de comunicación, como ya ha sido mencionado, el no cumplir con dichos estándares incrementa la insatisfacción con la imagen corporal (Krones, *et.al.*, 2005, citado en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Van der Berg, *et.al.* (2007) han reportado el efecto mediador de la comparación con las imágenes expuestas en los medios de comunicación entre la autoestima, ánimo depresivo, dieta, IMC y la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres.

En el caso de los hombres, diversos estudios han apuntado que se comparan en mayor medida con deportistas quienes tienen las características físicas deseables a nivel social como fuerza y musculatura (Thompson, *et.al.* 2012).

2.2.1 Insatisfacción con la imagen corporal

Como fue expuesto en los apartados anteriores, la interiorización del ideal estético promovida por distintas influencias socioculturales y los medios de comunicación es uno de los antecedentes casi inmediatos de otro de los factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria: la insatisfacción con la imagen corporal.

Distintos autores coinciden con definir la imagen corporal como un constructo que representa como los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a su propio cuerpo, incluyendo la percepción total del mismo y de cada una de sus partes, dando mayor importancia a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y el comportamiento en relación a él, esto es, la evaluación general (positiva o negativa) que las personas realizan de su propio cuerpo (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010; Muth y Cash, 1997; Raich, 2001).

Por lo tanto, la insatisfacción con la imagen corporal incluirá sentimientos y pensamientos subjetivos en relación a la propia apariencia física (Littleton, y Ollendick, 2003; Wood, Becker, y Thompson, 1996) negativos y de rechazo al propio cuerpo.

De acuerdo con Toro (2004), las actitudes hacia la imagen corporal afectan tanto la conducta (restricciones alimentarias, evitación de determinadas situaciones sociales), como

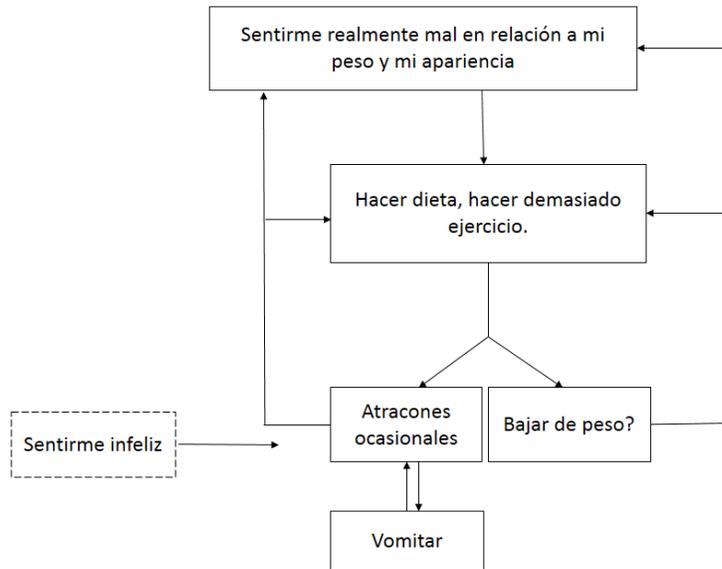
a los pensamientos (como la creencia de que un cuerpo delgado es un cuerpo atractivo) y a las emociones (tristeza, culpa, ansiedad) relacionadas con la comida.

En un estudio prospectivo desarrollado por Stice, *et.al.* (2011), la insatisfacción corporal fue identificada como el factor de riesgo más importante en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes que presentaban más de 24% de insatisfacción con la imagen corporal mostraron 4.0 veces mayor incidencia de trastornos de la conducta alimentaria, lo que a su vez ha sido ratificado por otros autores (Fitzsimmons-Craft, 2011). La insatisfacción con la imagen corporal también está asociada al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, en un estudio longitudinal de seguimiento después de 5 años en hombres y mujeres adolescentes, un nivel bajo de satisfacción corporal predecía niveles altos de dieta, conductas no saludables de control de peso y atracones en ambos sexos (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006a). Igualmente, otros aspectos de índole psicológica han sido asociados a la insatisfacción con la imagen corporal, como la depresión y la baja autoestima (O'Dea, 2012).

De acuerdo con Fairburn (2008), la sobre evaluación de la figura, el peso y su control son el principio y núcleo de la psicopatología tanto como de la bulimia y la anorexia nerviosa como de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. En la Figura 3 se presenta la formulación de caso de una paciente con TCANE donde expresa dicha sobre-evaluación y las conductas sintomáticas consecuentes (Fairburn, 2008).

Así, insatisfacción con la imagen corporal e interiorización del ideal estético son retroalimentados. La sobre-evaluación del peso y la figura a nivel personal surge de la creciente importancia que se asigna a la apariencia externa y al control del peso a nivel social, con una cada vez más prevalente presión social y mediática centrada en la adquisición del cuerpo ideal (Behar, 2010). Así, dicho ideal estético, la exposición a él y la discrepancia percibida con el propio cuerpo, tiene un papel importante en la aparición de pensamientos, sentimientos y actitudes negativas en relación al propio cuerpo.

Figura 3. Formulación de caso de trastorno alimentario no especificado (en las palabras del paciente).



Extraído y traducido de Fairburn (2008).

Tanto la insatisfacción con la imagen corporal, como la interiorización del ideal estético, se encuentran relacionadas con otros factores de riesgo individuales tanto biológicos como psicológicos.

2.2.3 Autoestima

Crocker y Wolfe (2001) sugieren que la apariencia física es uno de los aspectos más relevantes en la autoestima. Tal es la importancia de la influencia de la apariencia en la valoración personal, que se ha encontrado que una disminución en dicha influencia se encuentra asociada a la autoestima de forma positiva (Golan, Hagay y Tamir, 2014), al igual que otros estudios que han puesto de manifiesto que una autoestima baja y emociones negativas son factores psicológicos que contribuyen al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, Shafran y Cooper, 1999).

Por tanto podría sugerirse que la autoestima puede tener un efecto mediador entre la insatisfacción con la imagen corporal y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Brechan y Lundin, 2015).

Dicha mediación mantiene una relación con la edad, de acuerdo con Smolak (2004), la autoestima es mayormente afectada cuando las comparaciones sociales tienen mayor importancia para la persona, así, los roles de mediación de la autoestima y la comparación social en el desarrollo de TCA, así como la relación entre ellos cambia conforme al desarrollo humano.

El género parece también presentar diferencias en cuanto a la autoestima y su relación con los TCA, ya que diversos autores han señalado que en las mujeres existe una elevada relación entre autoestima y atractivo físico (Golan, *et.al.*, 2014; Raich, 2001). Lo anterior cobra relevancia considerando que, en investigaciones dirigidas por Chang, Jarry y Kong (2014) se encontró que cuando la apariencia ocupa un papel central en la autodefinición, esto tiene un efecto mediador entre el miedo a las críticas negativas y el engancharse en conductas de dieta restrictiva.

Otro factor importante para considerar son las influencias sociales en el desarrollo de la autopercepción, principalmente en los adolescentes, para quienes su grupo de pares y su familia tienen una influencia alta como referencia en cuanto a lo que otros piensan acerca de ellos (Ata, *et.al.*, 2007).

Por tanto, la autoestima no solamente constituiría un factor de riesgo en sí misma sino que se encuentra fuertemente vinculada a otros aspectos asociados con el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación.

2.2.4. Edad

El desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación es variante en distintas edades.

Cada vez existen mayores evidencias de que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan a edades tempranas. La preocupación por la imagen corporal, ligada a la

aceptación de los demás, y el llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo para cambiar la imagen están presentes desde la infancia (O'Dea, 2012; Smolak, 2004).

Sin embargo, la literatura pone de manifiesto que es durante la adolescencia que la insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación por el peso se asocian al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, problemas relacionados con el peso y la alimentación y depresión (Behar, 2010; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006a; Smolak, 2004; Stice, 2002).

Lo anterior se encuentra asociado a los distintos cambios que implica este periodo en el desarrollo, tanto en la imagen corporal como en la formación de la identidad a nivel global y el cambio en los contextos socioculturales (Keery, *et.al.*, 2004; Lawler y Nixon, 2011). De acuerdo a investigaciones realizadas, dichos cambios pueden ser el punto de partida para el desarrollo de la preocupación relacionada con el peso y la figura tanto en hombres como mujeres (Ata, *et.al.*, 2007), por lo que la adolescencia se convierte en el momento clave de comienzo en la realización de conductas alimentarias de riesgo (Hood, y Corsica, 2011).

En el caso de los cambios físicos producidos durante la adolescencia, mientras que los hombres evalúan su físico en aspectos relacionados a la fuerza (musculatura principalmente en la parte superior del cuerpo), las mujeres los hacen en relación a la figura y el peso, centrándose principalmente en la delgadez (Golan, *et.al.*, 2014). Por tanto, la menarquia temprana asociada al cambio y aumento de grasa en las zonas que principalmente preocupan a las mujeres (cadera, abdomen, muslos) (Behar, 2010; Golan, *et.al.*, 2014; Raich, 2004) y, caso contrario, el desarrollo tardío en los hombres con la consecuente preocupación de seguir bajos, delgados y frágiles (Raich, 2004) son un punto de partida para la preocupación con el peso y la figura y por ende un factor de riesgo en el subsecuente desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación.

La preocupación desarrollada por la figura en la adolescencia temprana puede mantenerse o incrementarse en edades posteriores. Calzo (2015) en un estudio longitudinal realizado a hombres adolescentes y jóvenes adultos encontró que la preocupación por aumentar la musculatura y el consumo de sustancias para lograrlo estaba mayormente presente a las

edades de 17-18 y 19-20 (respectivamente), un 20% de los hombres que estaban preocupados por ganar musculatura había consumido algún producto para lograrlo al menos una vez. Igualmente, Unikel–Santoncini, *et.al.* (2006), encontraron que, en adolescentes de entre 12 y 19 años, conforme aumentaba la edad en mujeres había más porcentaje de participantes que realizaban conductas de riesgo asociadas a los TCA, así como el hecho de que tanto en hombres como mujeres conforme aumentaba la edad aumentaba la preocupación por engordar.

Así, aunque la adolescencia sea un factor de riesgo que puede mencionarse en común para ambos géneros la manera en que Hombres y mujeres reaccionan en relación a los problemas relacionados con el peso y la alimentación son distintos.

2.2.5 Diferencias por género

A nivel social, ya existen normas distintas para cada género, no solamente en cuanto al ideal estético que se persigue, sino en relación a los distintos roles que han de asumirse asociados a dicho ideal (Martínez, 2004). Por tanto, la naturaleza, los factores de riesgo y el probable desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal es diferente de acuerdo a cada género (Ata, *et.al.*, 2007; Smolak, 2004; Smolak y Murner, 2008), dado que las influencias socioculturales afectan de forma diferente a cada uno de ellos (Knauss, Paxton, y Alsaker, 2007).

Ha sido señalado que las mujeres tienen una mayor respuesta ante los ideales estéticos que los hombres, siendo que las mujeres presentan mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal, interiorización del ideal de delgadez y presión social hacia la delgadez que los hombres (Ata, *et.al.*, 2007; Behar, 2010; Knauss, *et.al.*, 2007; Lawler y Nixon, 2011; Levine, *et.al.*, 1999; Mancilla-Diaz, *et.al.*, 2010).

Se han desarrollado diversas explicaciones de porque el ideal estético es mayormente interiorizado por mujeres que por hombres.

Para las mujeres la construcción de su esquema corporal es principalmente determinado por la objetivación (Martínez, 2004; Smolak y Murner, 2008). Su cuerpo se trata sobre todo como un cuerpo para los demás, tanto a nivel estético como funcional, puesto que ha de ser

bello, pero fértil al mismo tiempo (Martínez, 2004), mientras que al hombre no se le atribuye la misma exigencia, además que socialmente el atractivo femenino es juzgado principalmente en base al peso y la silueta corporal (Behar, 2010). Como consecuencia, las mujeres aprenden a verse a sí mismas como objetos para ser mirados, lo que lleva a la realización de una constante vigilancia y monitoreo del cuerpo, que finalmente conlleva a la percepción de la discrepancia entre el propio cuerpo y el ideal estético dando paso a la insatisfacción con la imagen corporal (Fitzsimmons-Craft, 2011).

Otra de las explicaciones tiene que ver con las exigencias que se plantean a cada género. Por ejemplo, el hecho de que la mujer es mayormente juzgada como “gorda” incluso cuando su peso se encuentra dentro o por debajo de los parámetros de la normalidad mientras que en el caso del hombre eso solo sucede cuando realmente se encuentra con sobre peso (Dornbusch, *et.al.*, 1984; Fredrickson y Roberts, 1997; McCreary, 2002, citados en Smolak, 2004). Igualmente, que durante la pubertad, a los hombres no les es exigido alcanzar un cuerpo con la musculatura de un adulto, mientras que se espera que las mujeres alcancen un cuerpo con el ideal estético promovido para la mujer adulta (Smolak, 2004) que sería delgada y con curvas. Además, que las mujeres experimentan el sentirse mayormente observadas que los hombres (Smolak y Murner, 2008).

Por lo anterior, la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación ha de tomar en cuenta estas diferencias de género en relación a la preocupación por la imagen corporal (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b).

2.2.5 Índice de masa corporal

El índice de masa corporal igualmente ha sido relacionado a la insatisfacción con la imagen corporal y a problemas relacionados con el peso y la alimentación, en algunos estudios como un predictor principal de los mismos (Espinoza, *et.al.*, 2010). Otras líneas de investigación han sugerido que el aumento en índice de masa corporal está asociado a la realización de conductas alimentarias de riesgo, como dietas (Stice, 2002) y otras conductas de riesgo para el control del peso, así como con tendencias dismórficas y conductas de evitación debidas a la imagen corporal (Raich, 2001).

Lo anterior tiene igualmente connotaciones sociales y es diferente de acuerdo a cada género. Debido a la alta estigmatización de la obesidad las mujeres que presentan mayor índice de masa corporal experimentan mayor insatisfacción con la imagen corporal y un mayor deseo de una figura más delgada, mientras que en el caso de los hombres puede relacionarse tanto con el deseo de perder peso como con el deseo de ganarlo (Lawler y Nixon, 2011; Bearman, Presnell, Martinez y Stice, 2006). Igualmente está la autopercepción en cuanto al propio IMC, autores han reportado que en el caso de las mujeres un porcentaje amplio se percibe a si misma con sobrepeso cuando en realidad es un porcentaje mucho menor el que tiene un índice de masa corporal superior a 25 (Behar, 2010).

Además, un IMC menor ha sido relacionado con mayor autoestima, mayor satisfacción con la imagen corporal y poco peligro de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Raich, Torras y Mora, 1997).

Nuevamente, este tipo de preocupaciones mantienen una relación con la edad. Estudios longitudinales realizados en adolescentes mostraron que aquellos que disminuyeron su índice de masa corporal se mostraron mayormente satisfechos con su imagen corporal, principalmente en las mujeres (Eisenberg, Neumark-Sztainer y Paxton, 2006).

Por lo anteriormente expuesto, podemos concluir que los factores de riesgo asociados a los problemas relacionados con la imagen corporal a pesar de ser de naturaleza distinta, personales o sociales, se encuentran íntimamente relacionados. Las influencias socioculturales tienen un impacto importante en el desarrollo de la autoestima, la transmisión de ideales estéticos y las diferencias que se establecen por género, y su influencia conjunta cobra relevancia durante la adolescencia como un periodo crítico de desarrollo no solo físico sino de relaciones interpersonales y búsqueda de identidad y aceptación.

Por tanto, el desarrollo de programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación ha de atender a ambos tipos de factores de riesgo, de forma conjunta.

2.3 Programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación.

2.3.1 Intervención preventiva universal

Acorde a los índices de prevalencia de la realización de conductas alimentarias de riesgo al inicio del marco teórico conceptual, se respalda la necesidad de llevar a cabo prevención en poblaciones no sólo que ya presenten sintomatología de trastornos alimentarios, sino en población en general que presentan creencias, actitudes y conductas asociadas a problemas de alimentación y peso.

La prevención puede ser definida como las acciones encaminadas a la reducción de los factores de riesgo modificables con el objetivo de reducir la incidencia de un trastorno (Sinton y Taylor, 2010).

En materia de prevención de TCA, se han elaborado clasificaciones de los programas de prevención como de primera, segunda, y tercera generación. Tal como lo expone Noordenbos (2016), los programas de primera generación se centran en la enseñanza de las características y consecuencias de los TCA, los de segunda generación están centrados en reducir los factores de riesgo identificados como mayormente asociados al desarrollo de TCA, mientras que los de tercera generación se centran en aspectos relacionados a la promoción de la salud.

Siguiendo la clasificación usualmente referida por distintos autores, existen tres tipos de prevención de acuerdo a los objetivos y alcances de la misma: universal, selectiva, dirigida; la primera de ellas actuaría en población en general, la segunda en grupos de riesgo y la tercera en quienes ya presentan sintomatología asociada al desarrollo del trastorno o conducta que desee prevenirse (Levine y Smolak, 2006; López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Sinton y Taylor, 2010).

Así, la prevención de trastornos de la conducta alimentaria dirigida a población en general correspondería al tipo de prevención “primaria” o “universal”. En el caso de la prevención dirigida a adolescentes se trataría de una “prevención universal-selectiva” (Levine y Smolak, 2006) a pesar que no se realice una selección de participantes basándose en la presencia de sintomatología, se estaría tratando con una población que acorde a lo que

señala la literatura su edad constituye un factor de riesgo (Levine y Smolak, 2006; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006a; Smolak, 2004; Stice, 2002).

Algunos de los objetivos de este tipo de prevención tienen que ver con reducir el impacto del modelo estético transmitido en los medios de comunicación, así como su internalización, además crear una consciencia entre los grupos de pares para disminuir las conversaciones en relación al peso, los comentarios poco saludables asociados a ello, así como la presión para adelgazar (Sinton y Taylor, 2010).

López-Guimerá y Sánchez-Carracedo (2010), mencionan como beneficios de la prevención universal que implica perspectivas amplias, menos intensas y costosas y que permiten que la intervención sea beneficiosa para todo el mundo. Otros autores han puesto de manifiesto que son los entornos escolares los más idóneas para llevar a cabo dicho tipo de prevención (Smolak, 2004). Para O' Oea (2012) estos programas proveen una oportunidad generalizada y sostenible de implementar intervención en imagen corporal en escuelas, respondiendo a la necesidad de prevención temprana en problemas con la imagen corporal y la alimentación, además de crear la oportunidad para que otros alumnos que no hayan tomado el programa también sean beneficiados si a los que sí lo han tomado se les involucra en activismo de difundir el mensaje que les ha sido dado (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b).

Es imprescindible resaltar también el hecho de que una vez que se ha desarrollado un TCA éste se vuelve difícil de tratar, además de costoso, implica la intervención de diversos especialistas debido a los problemas médicos generados como consecuencia de la malnutrición y las conductas purgativas y de compensación (Levine y smolak, 2006), por lo que la apuesta por su prevención implicaría una mejor relación “costo-eficacia” que su tratamiento.

En cuanto a los programas de prevención a poner en práctica, es importante que se dirijan a disminuir los efectos de los aspectos más relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios y conductas de riesgo con la salud y el peso, factores de riesgo tanto individuales como sociales, así como los mediadores entre ellos, complementando lo anterior con el incremento de factores de protección (Levine y Smolak, 2006).

Los resultados de distintos metaanálisis de la eficacia en programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación se muestran a continuación.

Para Stice, Ng y Shaw (2010), los programas que se centran en reducir la internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal y afecto negativo reducen de manera significativa los síntomas iniciales de un trastorno de la conducta alimentaria, siendo de estos 3 la insatisfacción con la imagen corporal uno de los principales a poner en el centro de los programas preventivos (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b; Stice, *et.al.*, 2007) considerando su alta asociación al desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación y predicción de trastornos de la conducta alimentaria clínicos en el futuro.

Igualmente se ha resaltado la importancia de considerar tanto a mujeres como a hombres, puesto que tan consecuencias negativas generan las conductas alimentarias de riesgo en chicas al querer disminuir su peso, como consecuencias negativas para la salud se presentan en los chicos que consumen esteroides o suplementos alimenticios en exceso para ganar musculatura (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b).

Considerar la edad es otra de las tareas para los programas de prevención, siendo que la literatura sugiere que los trastornos de la conducta alimentaria comienzan en un rango de edad de 15 a 19, los programas preventivos han demostrado tener mayores efectos para adolescentes en una media de edad de 15 años (Hood y Corsica, 2011; Stice, *et.al.*, 2007).

Finalmente, además de los factores de riesgo, el contenido y naturaleza de los programas también han de ser tomados en cuenta, de acuerdo a algunos investigadores los programas interactivos, que implican disonancia cognitiva (Berger, Sowa, Bormann, Brix y Strauss, 2008; Stice, *et.al.*, 2007) dados por interventores entrenados más que por interventores internos (como pudieran ser profesores), y de múltiples sesiones resultaban más eficaces (Stice, *et.al.*, 2007).

Una consideración particular en cuanto al contenido está relacionada con el hecho de que diversos autores han mencionado que los programas de prevención que han sido más exitosos incluían la identificación y crítica del modelo estético, el desarrollo de habilidades para un pensamiento crítico que rete la glorificación de la delgadez para las chicas y la musculatura para los chicos como ideal. Es decir, las intervenciones administradas en

escuelas que consideran la *alfabetización de medios* y también los programas preventivos que promueven el desarrollo de una imagen corporal saludable y mejora en la autoestima asociadas a proporcionar herramientas para resistir a las distintas presiones socioculturales para alcanzar el ideal estético (Neumark-Sztainer, *et al.*, 2006b; Neumark-Sztainer, 2009; O'Dea, 2012; Pratt y Woolfenden, 2002; Stice, Marti, Spoor, Presnell y Shaw, 2008; Stice, *et al.*, 2007).

Por tanto, manteniendo la atención en las influencias socioculturales y los medios que permitan disminuir sus influencias negativas, han de ser revisadas diversas consideraciones en relación a la alfabetización de medios y otras teorías en que se encuentran basadas las intervenciones preventivas.

2.3.2 Teorías de base de las intervenciones de prevención en problemas relacionados al peso y la alimentación

2.3.2.1 Modelo de Habilidades generales / Entrenamiento en Habilidades para la vida

Este modelo establece la importancia de entrenar a los jóvenes en habilidades generales para la vida, no únicamente en aquellas relacionadas con las conductas que se desean prevenir (Becoña, 1999, citado en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Lo anterior parte de que de acuerdo a este modelo, los trastornos físicos o mentales se desarrollaran si aspectos generales relacionados con la vulnerabilidad (como por ejemplo el estrés) predominan sobre los que podríand denominarse factores de protección (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010), que de acuerdo a Levine y Smolak (2006) serían relaciones significativas, apoyo social y otros recursos de tipo personal como la autoestima.

Así, la prevención basada en este modelo tiene entre otros objetivos la enseñanza de “habilidades para la vida” que promuevan un mejor enfrentamiento al estrés, mejora en las relaciones interpersonales y otras competencias personales (Albee y Gullotta, 1997).

Levine y Smolak (2006) refirieron el entrenamiento en habilidades para la vida, la generación de competencia social y considerar multiples niveles de intervención, como aspectos que han de incorporar los programas de prevención basados en este modelo.

El programa *Everybody's Different* de O'Dea y Abraham (2000), es uno de los ejemplos de prevención que ha partido de este modelo y ha reportado resultados exitosos en la mejora de la satisfacción con la imagen corporal y autoestima.

2.3.2.2 Modelo feminista

El modelo feminista establece que los roles de género influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, tomando aspectos de la teoría de la objetivación (Fredrickson y Roberts, 1997), la cual establece que las mujeres llegan a ver sus cuerpos como un objeto debido a las presiones socio-culturales y tendencias actuales relacionadas con el ideal estético femenino (Sinton y Taylor, 2010), convirtiendo a la apariencia física en el medio para alcanzar aprobación y éxito (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Otra perspectiva que se retoma en el modelo feminista es el uso de la presión sociocultural por alcanzar el ideal estético como una manera de opresión y selectividad, dado que a la mujer le es exigido alcanzar y mantener un cuerpo que difícilmente coincide con los parámetros biogenéticos de la mayoría de ellas (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Por tanto, la teoría feminista sostiene que el empoderamiento de las adolescentes así como la promoción de la expresión de sus sentimientos y opiniones puede ser un factor protector para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Levine y Smolak, 2006).

Los programas de prevención basados en este modelo se centran en promover en las participantes herramientas que les permitan desarrollar un pensamiento crítico en relación a las expectativas de género relacionadas con la imagen corporal, así como en el promover la aceptación de normas saludables para el peso y la figura e incrementar la satisfacción con la imagen corporal (Sinton y Taylor, 2010).

Ejemplos de los programas desarrollados en base a dicho modelo son el llamado *Go Girls*, realizado por la EDAP (Eating Disorders Awareness and Prevention, Inc.) (citado en Levine, *et.al.*, 1999), cuyo principal objetivo es aprender la relación entre el ideal estético transmitido en los medios de comunicación y su efecto negativo sobre la imagen corporal, el programa *Healthy-Schools Healthy kids* de MacVey, Tweed y Blackmore (2007) y *Full of*

ourselves de Steiner-Adair, *et.al.* (2002) (citados en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

2.3.2.3 Teoría cognitiva social

La teoría cognitiva-social propuesta por Bandura (1986) propone que el comportamiento está influenciado por procesos tanto internos como externos, proponiendo 4 factores principales asociados al desarrollo de actitudes y comportamientos: modelaje, información, instrucciones / persuasión por parte de figuras de autoridad y experiencias previas.

De acuerdo con esta teoría, los TCA serían el resultado de aspectos externos e internos tales como: la presión para ser delgados por parte del grupo de pares y la familia, la exposición a preocupaciones en relación al peso y la figura por parte de la madre, la internalización del ideal de delgadez, antecedentes de depresión y ansiedad, o antecedentes de conductas de riesgo asociadas a los TCA (Sinton y Taylor, 2010).

Los programas de prevención basados en la teoría cognitiva-social de Bandura (1986) se basan en el argumento central de que para cambiar los comportamientos de riesgo asociados a problemas con el peso y la alimentación han de cambiarse en primer lugar las creencias y actitudes que preceden a dichas conductas, así, uno de los objetivos iniciales de dichos programas sería realizar un cambio en la autopercepción del individuo, promoviendo mayor satisfacción con la imagen corporal (O'Dea, 2012).

Algunos ejemplos de los programas de prevención que han sido desarrollados en base a la teoría cognitiva-social y que han tenido resultados exitosos serían el desarrollado por Goldberg, *et.al.* (1996) llamado *ATLAS* (Adolescents training and learning to avoid steroids), programa educativo y de entrenamiento dirigido a atletas hombres adolescentes para la evitación del consumo de esteroides, así como su versión para mujeres *ATHENA* (Athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) que tiene como objetivo la prevención de conductas de riesgo asociadas al desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación en adolescentes mujeres deportistas (citados en Levine y Smolak, 2006), o los desarrollados por Neumark-Sztainer, Butler y Palti (1995) *The Weight to Eat!* y *Free to be me* (Neumark-Sztainer, Sherwood, Collier y Hannan, 2000) y el programa *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos*

críticos en educación secundaria, desarrollado por Raich, Sánchez –Carracedo y López Guimerá (2008).

2.3.2.4 Teoría de la disonancia cognitiva

La teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger (1957) establece que cuando la conducta de un individuo es inconsistente con sus pensamientos y creencias se produce en él tensión psicológica y que, para aliviar la misma, tiene lugar un cambio de actitud de manera que ésta sea consistente con sus comportamientos.

La utilización de la disonancia cognitiva en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria se desarrolla induciendo a las personas a voluntariamente tomar una postura en contra del ideal estético imperante, lo que crearía disonancia cognitiva y en consecuencia reducirían la interiorización de dichos ideales estéticos (Thompson, *et.al.*, 2012).

Uno de los programas que ha utilizado la teoría de la disonancia cognitiva demostrando su eficacia en distintas réplicas del mismo es el desarrollado por Stice y Presnell (2007), *The Body Project (Proyecto cuerpo)*, quienes observaron que la disonancia cognitiva no solamente reducía la aceptación del "ideal de delgadez" sino que era seguida de la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal, el humor negativo, la realización de dieta, y en general la patología bulímica, así como la reducción del riesgo de futura obesidad y TCA, y una mejoría de la función psicosocial.

2.3.2.5 Alfabetización de medios como estrategia de prevención de Problemas relacionados con la alimentación y el peso

Los mensajes emitidos por los medios de comunicación no sólo transmiten información, sino que también reflejan ideas, valores, normas y pautas de comportamiento. Es decir, la función en la sociedad de los medios de comunicación ha pasado de ser de diversión y esparcimiento sólo a educación y transmisión de información (Behar, 2010).

En la actualidad, debido a la creciente influencia de los mensajes emitidos por los medios de comunicación, se vuelve de gran importancia el desarrollo de estrategias que permitan a los adolescentes decodificar e interpretar los mensajes que reciben de los medios a través del análisis crítico de los mismos para reducir así sus efectos negativos y factores de riesgo

asociados (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010); que se provea a niños y jóvenes con las habilidades y la información para resistir mensajes y crear conciencia (Behar, 2004; Loland, 2000; citados en Behar, 2010).

Una de las herramientas utilizadas para el desarrollo de esto es la alfabetización de medios, la cuál está destinada a formar a la gente como pensadores críticos en relación a los mensajes producidos por los medios de comunicación; el uso de la alfabetización de medios para la promoción de la salud en jóvenes permite que a través de la generación de dicho pensamiento crítico desarrollen herramientas que les permitan resistir la influencia de dichos mensajes (Bergsma y Carney, 2006).

En prevención de TCA, los programas psico-educativos en los que se utilice alfabetización de medios pueden reducir la respuesta negativa ante los mensajes e imágenes transmitidas por los medios de comunicación e incrementar la satisfacción con la imagen corporal, así como reducir la comparación social con las figuras expuestas por los medios (Cohen, 2006).

Lo anterior se logra a través de educar a las personas en cuanto a la manera en que los mensajes emitidos en los medios de comunicación se construyen, cuál es el objetivo que persiguen (de índole comercial), las diferentes maneras en que se pueden interpretar dichos mensajes y el poder que tienen los medios de comunicación a través de ello para moldear y cambiar la cultura y sociedad, así como al favorecer a su vez una actitud crítica hacia el bombardeo de imágenes transmitidas por los medios de comunicación que promueven el ideal estético (O'Dea, 2012).

La alfabetización de medios vincula el conocimiento con el análisis de los mensajes emitidos por los medios de comunicación para la generación de activismo, en el cuál nuevamente se accede a los medios para promover mensajes saludables (Levine y Smolak, 2006) que contrarresten aquellos que han sido propuestos por los medios. Otros autores han referido la manera en que el Centro de Media Literacy (CML) divide el aprendizaje por alfabetización de medios, esto es: toma de conciencia, análisis de un mensaje, reflexión y acción (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

En la utilización de alfabetización de medios en prevención el activismo toma relevancia, entendido como el acto de realizar una protesta abierta a los mensajes emitidos por los medios de comunicación (Levine, *et.al.*, 1999), permite que los alcances de la prevención vayan más allá de la población originalmente intervenida.

En general, las intervenciones preventivas que utilizan alfabetización de medios tendrían como objetivo llevar a los participantes a una serie de cuestionamientos en cuanto a los mensajes ante los que hasta el momento habían sido receptores pasivos. Share, Jolls y Thoman (2005) en las guías de alfabetización de medios publicadas por el CML (2005) establecieron que dichas preguntas son:

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

El desarrollo de un pensamiento crítico ante estos cuestionamientos derivará, en el caso de la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, en que los participantes tengan herramientas para resistir la presión social en relación a los mensajes relacionados con la delgadez, con el objetivo de reducir los niveles de actitudes y conductas negativas relacionadas con el peso y la alimentación (Sinton y Taylor, 2010).

La eficacia del uso de la alfabetización de medios ha sido ya documentada, Neumark-Sztainer, *et.al.* (2006b) realizando una revisión del estado actual de la prevención en materia de trastornos alimentarios, presentaron diversos programas que habiendo hecho uso de alfabetización de medios fueron exitosos. Igualmente, llevando una a cabo una revisión literaria de programas preventivos en materia de trastornos alimentarios Stice, *et.al.* (2007) encontraron que aquellos programas que habían tenido efectos exitosos incluían la crítica y el análisis del ideal de delgadez. En relación a estudios específicos que con el uso de alfabetización de medios encontraron resultados favorables podemos mencionar entre otros

a los desarrollados por Neumark-Sztainer, *et.al.*(1995), Neumark-Sztainer, *et.al.*, (2000) y Wilksch, Wade (2009), así como otros programas realizados por la EDAP (Eating Disorders Awareness and Prevention, Inc), tales como el denominado *Go Girls* (citado en Levine, *et.al.*, 1999).

En Barcelona, el uso de la alfabetización de medios ha sido ya parte del contenido de diversos programas de intervención en relación a problemas relacionados con el peso y la alimentación, encontrando resultados favorables inmediatos y que se han mantenido en evaluaciones subsecuentes, tanto en población universal como en quienes presentaban ya factores de riesgo (Espinoza, *et.al.*, 2010; González, Penelo, Gutiérrez y Raich 2011; Raich, *et.al.*, 2008b; Raich, Portell y Peláez-Fernández, 2009).

Ya que lleva a los jóvenes a retar las nociones poco realistas del ideal estético y alentarlos a tener respuestas mayormente equilibradas e informadas a las imágenes de delgadez proyectas en los medios (Ahern, *et.al.*, 2011), la alfabetización de medios ha de considerarse como una herramienta útil para la puesta en práctica de programas de prevención en relación a problemas relacionados con el peso y la alimentación.

2.3.3 Programas de prevención en adolescentes

A continuación se presenta una revisión de programas de prevención de TCA a lo largo del mundo a partir del año 2010, incluyendo sólo los resultados de un programa del año 2008 que resultaban de interés al presente estudio al haberse llevado a cabo en la ciudad de Pachuca, México. Información acerca de programas de intervención de los años anteriores es posible encontrarla en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo (2010), González (2012) y Rosés (2014). Se incluyeron estudios en preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes, así como de prevención universal y selectiva con fines de comparación de resultados con la presente investigación, igualmente, se eligieron preferentemente aquellos que utilizaban alfabetización de medios como estrategia de prevención, aunque se incluyen otros programas con estrategias diferentes.

Tabla 1. Revisión de programas de prevención a lo largo del mundo del 2010 a la fecha

AUTORES	DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Ortega, E. MÉXICO 2008	Diseño cuasi-experimental, con grupos control y experimental que completaron pre y post evaluaciones.	28 mujeres de 12 a 14 años de edad estudiantes de secundaria.	Instrumento <i>ad hoc</i> . De 44 preguntas de opción múltiple.	9 sesiones de una hora de duración con temas relacionados a nutrición, imagen corporal, medios de comunicación e influencias de la publicidad y autoestima.	Se observó una tendencia a disminuir los factores de riesgo asociados a TCA en el grupo experimental aunque no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en relación al grupo control.
Raich, R. M., Portell, M. y Peláez-Fernández, M. A. ESPAÑA 2010	Diseño cuasi-experimental con medidas pre- y post-test.	Mujeres estudiantes de escuela secundaria (n 349). La edad promedio de la muestra fue de 13 años.	Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979; versión española desarrollada por Castro, Toro, Salamero, y Guimera, 1991). Cuestionario De Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26; Toro, Salamero, y Martínez, 1994). Cuestionario de Nutrición (NUT-Q).	3 tipos de intervención grupal: *Crítica del modelo estético femenino *Aprendizaje de conceptos básicos de nutrición *Alfabetización de medios (enfocado al desarrollo de pensamiento crítico ante los mensajes emitidos por los medios de comunicación. “Alfabetización de medios”	Tanto los programas completos y parciales de prevención redujeron la presión percibida por ser delgada, las actitudes negativas hacia la alimentación y el conocimiento de la nutrición en los participantes; sin embargo, un mayor efecto fue encontrado en grupos de alto riesgo (menarquia temprana, sobrepeso y los altamente influenciados por modelos estéticos de belleza que enfatizan la delgadez extrema).
Dunker, K.L.L. Philippi, S.T., e Ikeda J.P.	Programa de prevención selectiva de mujeres con preocupación por el peso	Un grupo de trece niñas entre 12-14 años. La edad promedio de las niñas fue	Programa “Se Liga na Nutrição”	Estudio piloto llevado a cabo para conocer la aceptación del programa	Las adolescentes informaron que el programa les ayudó a

BRAZIL 2010	y la comida.	de 12,5 años.	Cuestionario para la retroalimentación del programa (Evaluación cualitativa)	por parte adolescentes en entornos escolares. La investigación se llevó a cabo en once sesiones interactivas semanales de una hora de duración. “Habilidades para la vida”	desarrollar pensamiento crítico respecto a las normas socio-culturales sobre las prácticas de la imagen corporal, los alimentos y comer.
Richardson S. M., y Paxton S. AUSTRALIA 2010	Los participantes completaron evaluaciones pre, post y a 3 meses de seguimiento.	194 estudiantes mujeres de dos secundarias católicas. Edad promedio: 12.4 años.	Sub escala: Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire. (Heinberg LJ, Thompson JK, Stormer S., 1995). 5 items Physical Appearance Comparison. (Withers GF, Twigg K, Wertheim EH, Paxton S.J., 2002). 5 item Appearance Conversation. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y., 2004). 6-item Weight Teasing subscale of the Perception of Teasing. (Thompson JK, Cattarin J, Fowler B, Fisher E., 1995). Rosenberg Self-Esteem Scale. (Rosenberg, M., 1965).	<i>Happy Being Me Program</i> Los participantes fueron asignados a grupos control o experimental. El grupo experimental participó en las tres sesiones (50 min.) del programa.	Las participantes del grupo experimental obtuvieron mejores resultados en los factores de riesgo asociados a la insatisfacción con la imagen corporal, dieta restrictiva y autoestima.

			<p>Body Satisfaction Visual Analogue Scale (Durkin SJ, Paxton S.J., 2002).</p> <p>9 item Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorder Inventory. (Garner DM, Marion P, Olmstead MA, Polivy J., 1983).</p> <p>Eating Disorder Examination Questionnaire Restraint. (Fairburn CG, Beglin SJ., 1994)</p> <p>Eating Disorder Inventory Bulimia subscale (Garner DM, Marion P, Olmstead MA, Polivy J.,1983).</p>		
<p>McCabe M. P., Ricciardelli L. A., y Karantzas G.</p> <p>AUSTRALIA</p> <p>2010</p>	<p>Diseño cuasi experimental.</p> <p>Los participantes completaron evaluaciones pre, post y seguimientos a 3, 6 y 12 meses</p>	<p>421 estudiantes de sexo masculino de cinco escuelas secundarias, con edad entre 11 a 15 años.</p>	<p>Body Image Dissatisfaction Scale (10 items), and Strategies to Increase Muscles Scale (6 items) and Food Supplements Scale (10 items) from the Body Image and Body Change Questionnaire (McCabe y Ricciardelli, 2004).</p> <p>Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, 1991).</p>	<p>Programa de autoestima e imagen corporal de 5 sesiones semanales de 1 hora de duración, administradas por un investigador experto externo.</p>	<p>El programa fue más efectivo para los participantes que fueron identificados con factores de riesgo en la pre evaluación, en la disminución del afecto negativo.</p>

			<p>Versión corta de: Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond y Lovibond, 1995).</p> <p>General Self Scale (10 items) from Marsh's Self-Description Questionnaire (Marsh, 1990).</p> <p>Sociocultural Influences on Body I-mage and Body Change Questionnaire (McCabe y Ricciardelli, 2001).</p> <p>Opposite-Sex Peer Relations Scale (10 items) and the Same-Sex Peer Relations Scale (10 items) from the Self-Description Questionnaire-II (Marsh, 1990).</p>		
<p>Wilksch, S. M.</p> <p>AUSTRALIA</p> <p>2010</p>	<p>Diseño experimental con medidas de pre y post evaluación y seguimiento a 6 meses y 2.5 años.</p>	<p>540 estudiantes 273 chicas y 267 chicos. (Edad M. de 13.62 años) 24 grupos completos en total</p>	<p>Eight eating disorder risk factors (Wilksch y Wade, 2009)</p> <p>12 items de: shape and weight concern scale of the EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994)</p>	<p><i>Media Smart</i></p> <p>Programa de 8 sesiones impartidas dos veces a la semana de 50 minutos de duración.</p> <p>“Alfabetización de medios”</p>	<p>El programa fue efectivo en grupos considerados de alto y bajo riesgo de desarrollo de TCA tanto en hombres como en mujeres.</p>

				Igualmente se contó con un grupo control.	
González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., y Raich, R. ESPAÑA 2011	Diseño cuasi-experimental. Pre-test, post-test (1 mes después), 7 y 30 meses de seguimiento.	443 adolescentes (254 chicas y 189 varones) con una edad media de 13,5 años.	Datos socio biográficos. Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979), la adaptación española (Castro, Toro, Salamero, y Guimerá, 1991). Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC26; Toro, Castro, Gila, y Pombo, 2005; Toro, Salamero, y Martínez, 1994). Índice de Masa Corporal (IMC).	Basado en el libro: “Alimentación, modelo de belleza estética femenina y los medios de comunicación: Cómo entrenar estudiantes críticos en escuelas secundarias” (Raich, Sánchez-Carracedo, y López-Guimerà, 2008; Raich, Sánchez-Carracedo, López-Guimerà, et al., 2008). Los participantes fueron asignados a una de tres posibles condiciones: alfabetización de medios (ML) (n = 143), alfabetización de medios, nutrición (ML + NUT) (n = 99), o grupo control (n = 201). “Alfabetización de medios”	Los participantes de los dos programas de prevención obtuvieron puntajes más bajos que los participantes en el grupo de control en las puntuaciones de las evaluaciones de seguimiento en la interiorización del ideal de delgadez y en la evaluación de actitudes negativas hacia la alimentación.
López-Guimerá, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J. Portell, M. y Raich, R.	Asignación aleatoria de los participantes a grupos control o experimental. La evaluación se realizó en	263 estudiantes de sexo femenino de segundo grado en la educación secundaria en España, con una edad media de	Índice de Masa Corporal (IMC). <i>Eating Attitudes Test (EAT)</i> (Garner y Garfinkel, 1979),	Programa de alfabetización de medios con un formato interactivo y dos componentes: Nutrición y alfabetización	Ambas modalidades del programa tuvieron efectos positivos en la disminución de las actitudes negativas hacia la alimentación y

<p>ESPAÑA</p> <p>2011</p>	<p>tres momentos: pre, post y seis meses de seguimiento.</p>	<p>13,41 años.</p>	<p>in its Spanish adaptation (Castro, Toro, Salamero, y Guimerá, 1991),</p> <p>Cuestionario De Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC26; (CIMEC-26) (Toro, Salamero, y Martinez, 1994)</p> <p>Indicador de la adhesión a las actividades (ACT).</p>	<p>de medios. La muestra fue asignada al programa completo, programa parcial o grupo control.</p> <p>“Alfabetización de medios”</p>	<p>dieta. Mostrándose resultados mayormente significativos en las evaluaciones de seguimiento en los grupos asignados solo a alfabetización de medios para la subescala de dieta.</p>
<p>Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R.</p> <p>ESPAÑA</p> <p>2013</p>	<p>Diseño cuasi experimental con pre y post evaluaciones además de seguimiento a 7 y 30 meses.</p>	<p>443 adolescentes (254 mujeres y 189 hombres) con una media de edad de 13,4 años).</p>	<p>Peso y altura (in situ).</p> <p>Qüestionari d'imatge corporal (QÜIC) / Cuestionario de Imagen Corporal.</p>	<p>Programa interactivo que incluye:</p> <p>1 sesión de nutrición de 90 min.</p> <p>2 sesiones de alfabetización de medios de 90 min.</p> <p>2 sesiones de activismo de 60 min.</p> <p>“Alfabetización de medios”</p>	<p>A los 30 meses de seguimiento, los participantes mostraron una disminución de problemas relacionados con la imagen y mayor satisfacción con la imagen corporal que el grupo control.</p>
<p>Stice, E., Rohde, P., Durant, S., Shaw, H. y Wade, E.</p> <p>EUA</p> <p>2013</p>	<p>Programa de prevención selectiva.</p> <p>Selección de mujeres con preocupaciones en relación a la imagen corporal.</p>	<p>Estudio 1</p> <p>Las participantes fueron 171 mujeres (edad M = 20,9) estudiantes de dos universidades en Texas.</p> <p>Dicha muestra fue de 49% euro americanas,</p>	<p>Ideal-Body Stereotype Scale-Revised (Stice et al., 2006).</p> <p>Items de Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (Berscheid, Walster, y Bohrnstedt, 1973)</p>	<p>En el Estudio 1, los estudiantes fueron asignadas al azar a:</p> <p>*grupos con pares como interventores,</p> <p>*grupos con interventores clínicos externos, o</p> <p>*grupo control</p>	<p>Los resultados indicaron que la prevención TCA basada en la disonancia llevada a cabo por grupos de pares son factibles y producen una mayor reducción de los síntomas y factores de riesgo de</p>

	Se realizaron evaluaciones previas y posteriores, así como seguimiento a un año.	21% asiáticas, 20% hispanas, 4% africanas americanas, 2% Indígena / nativas de Alaska, 2% herencia racial mixta, y el 1% Nativa de Hawai / Pacífico Islander. Estudio 2 Las participantes fueron 148 mujeres (edad M = 21,0) estudiantes de dos universidades en Texas. Dicha muestra fue de 41% euro americanas, 28% asiáticas, 17% hispanas, 7% áfrico-americanas y 7% herencia racial mixta.	Dutch Restrained Eating Scale (DRES; van Strien, Frijters, Van Staveren, Defares, y Deurenberg, 1986) Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, y Garbin, 1988) Eating Disorder Diagnostic Interview (EDDI) (Burton y Stice, 2006; Stice et al., 2009). Eating Disorder Diagnostic Survey (Stice, Fisher, y Martínez, 2004; Stice, Mazotti, et al., 2000; Stice, Telch, et al., 2000)	En el Estudio 2, las estudiantes fueron asignadas al azar a cualquiera de los grupos dirigidos ya sea por pares o por clínicos, o a condición de control en lista de espera. “Disonancia cognitiva”	TCA que la mínima intervención en el grupo de control, pero indican que los efectos son menores en comparación a cuando el programa fue administrado por interventores clínicos externos.
Wilksch S. M. y Wade T. D. AUSTRALIA 2013	Diseño experimental, Los participantes completaron evaluaciones en línea al inicio y post-intervención	115 estudiantes hombres y mujeres de escuela secundaria. (M = 12.71 años)	- Cuestionario: Eating Disorder Examination-Questionnaire (Fairburn y Beglin, 1994) Field et al., 2003) - Dutch Eating Behavior Questionnaire—Restraint scale (DEBQ-R) (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986) - Eating Disorder Inventory—Body	<i>Life Smart</i> Los participantes del grupo experimental recibieron 8 lecciones del programa <i>Life smart</i> durante 4 semanas (2 sesiones semanales de 50 min).	Se encontraron resultados positivos en la reducción de la preocupación por el peso y la imagen principalmente en mujeres.

			<p>Dissatisfaction scale (EDI-BD: Garner, Olmstead, y Polivy, 1983) de 9 items.</p> <p>The 9-item Internalization—General Scale de la: 30-item Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg,</p> <p>- Versión corta de 10 preguntas de: Children’s Depression Inventory—(CDI) (Kovacs, 1992).</p> <p>- Escala de 9-items: Concern over Mistakes scale tomados de la escala: Multidimensional Perfectionism (Frost, Marten, Lahart, y Rosenblate, 1990)</p> <p>- Mcknight Risk Factor Survey (McKnight Investigators, 2003)</p> <p>Project Eating Among Teens (EAT-II: Haines et al., 2006)</p> <p>6 preguntas relacionadas con la cantidad de tiempo pasando actividades físicas</p>		
--	--	--	---	--	--

			de GUTS (Field et al., 2003)		
Stice, E., Butryn, M., Rohde, P., Shaw, H. y Marti, C.N. EUA 2013	Programa de prevención selectiva. Selección de mujeres con preocupaciones en relación a la imagen corporal. Se realizaron pre y post evaluaciones y seguimiento a 1 año	Las participantes fueron 408 mujeres (edad media de 21,6 años) estudiantes de siete universidades en Óregon, Texas y Pensilvania.	<p>Ideal-Body Stereotype Scale-Revised (de 6 ítems) (Stice et al., 2006)</p> <p>Preguntas de la escala: Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (Berscheid, Walster, y Bohrnstedt,1973)</p> <p>Dutch Restrained Eating Scale (DRES; van Strien, Frijters, Van Staveren, Defares, y Deurenberg, 1986) de 10 ítems.</p> <p>Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, y Garbin, 1988) con 21 preguntas.</p> <p>Eating Disorder Diagnostic Interview (EDDI) (Burton y Stice, 2006; Stice et al., 2009).</p> <p>Preguntas adaptadas de la escala: Social Adjustment Scale (SAS; Weissman y Bothwell,1976)</p> <p>Versión adaptadaa de la escala: <i>Patterns of Help</i></p>	<p>Intervención denominada: “Proyecto Cuerpo”</p> <p>Los participantes fueron asignados al azar a la intervención experimental (n = 203) o a una condición de grupo control con folleto educativo (n = 205).</p> <p>El proyecto consistió en 4 sesiones grupales semanales de 1-hora con 5 a 9 participantes.</p> <p>Los facilitadores del <i>Body Project</i> fueron entrenados de manera previa, supervisados durante las intervenciones y llevaron estas siguiendo el manual del programa.</p> <p>“Disonancia cognitiva”</p>	<p>Los participantes del grupo experimental mostraron significativamente mayor disminución de los factores de riesgo y síntomas del trastorno alimentario en comparación con los grupos controles en post-test y 1-año de seguimiento.</p> <p>Igualmente mostraron mejoras significativas en el funcionamiento psicosocial, pero no en la reducción de estrategias poco saludables de prevención del aumento de peso.</p>

			<i>Seeking Behavior Scale</i> (Lane y Addis, 2005).		
Gómez Péresmitré, G. <i>et.al.</i> MÉXICO 2013	Programa de prevención selectiva con diseño cuasi-experimental, con mediciones pre y post.	58 estudiantes mujeres entre los 11 y 16 años (M= 13.43).	Se utilizó del cuestionario de alimentación y salud (Gómez Peresmitré, 2001) las siguientes escalas: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)- Escala de siluetas corporales.	Una vez hecha la selección inicial de los participantes (quienes eligieran como figura ideal una imagen corporal extremadamente delgada), fueron asignaron al azar a dos distintos programas de prevención selectiva: Psicoeducación (n=28) y Realidad Virtual Reforzada (n=30).	No se detectaron diferencias en los resultados entre los programas. Al evaluar el efecto de los dos programas por separado (pretest y posttest) se obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos en variables asociadas con imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo. Y una disminución importante en el porcentaje de participantes que se encontraba en riesgo de TCA.
Bird, E. L, Halliwell, E., Diedrichsb P. C. y Harcourt D. REINO UNIDO 2013	Diseño cuasi experimental. Con evaluación pre, post y seguimiento a los 3 meses	88 hombres y mujeres entre 10–11 años de edad.	Cuestionario de datos sociodemográficos. Body Satisfaction Visual Analogue Scale (Durkin y Paxton, 2002). -Internalization-General subscale of the Socio-cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg,	<i>Happy Being Me</i> Programa de sesiones de una hora de duración, semanales, durante 3 semanas. Los participantes fueron asignados a grupos control y experimental.	Para las niñas, la intervención tuvo resultados favorables relacionados a la satisfacción con la imagen corporal, conversaciones relacionadas con la apariencia, tendencia a la comparación de la figura y comportamientos alimentarios en la post intervención, aunque sólo el cambio en la

			<p>Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004).</p> <p>-Appearance Conversation with Friends subscale, tomada de la escala: Factor Loadings for Appearance Culture Among Peers Scale (Jones et al., 2004).</p> <p>-Physical Appearance Comparison Scale (Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991).</p> <p>-Perception of Teasing Scale (Thompson, Cattarin, Fowler, y Fisher, 1994) de 11 items.</p> <p>-Cognitive Restraint subscale of the Three Factor Eating Questionnaire (Stunkard y Messick, 1985)</p> <p>-Emotional Eating subscale of the Three Factor Eating Questionnaire (Stunkard y Messick, 1985)</p> <p>Self-Esteem Scale (Robins, Hendin, y Trzesniewski, 2001).</p>		<p>satisfacción con la imagen corporal se mantuvo en el seguimiento.</p> <p>En los niños del grupo experimental hubo notables mejorías en la comparación y en la internalización del ideal estético en la post-intervención; sin embargo, ninguno de estos cambios se mantuvo en el seguimiento.</p>
Ross A., Paxton S. J., y Rodgers R. F.	Diseño cuasi experimental con pre y post evaluación.	60 niñas entre 11-12 años. Con una edad promedio	Body-Esteem Scale (Mendelson, Mendelson, y	<i>Y's Girl</i>	Las participantes del grupo experimental reportaron un

<p>AUSTRALIA</p> <p>2013</p>		<p>de 11,25 años.</p>	<p>White, 2001) -The Contour Drawing Rating Scale (Thompson y Gray, 1995).</p> <p>Internalization Subscale of the Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004).</p> <p>Peer Trust sub- scale of the Inventory of Parent Peer Attachment Scale (Armsden y Greenberg, 1987).</p> <p>Physical Appearance Comparison Scale (Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991).</p> <p>Appearance Comments Scale (Jones, Vigfusdottir, y Lee, 2004).</p> <p>Eating Disorder Inventory-Bulimia subscale (Garner, Olmstead, y Polivy, 1983).</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965).</p>	<p>6 sesiones de una hora de duración.</p> <p>Intervención dirigida a mejorar la imagen corporal en mujeres pre-adolescentes enfatizando los factores de riesgo asociados a la insatisfacción con la imagen corporal.</p>	<p>aumento en la satisfacción con la imagen corporal, la autoestima, internalización del ideal de delgadez, comparación corporal, y una disminución en la discrepancia entre la figura actual y la figura ideal respecto a las del grupo control,</p>
<p>Franko D. L., Cousineau T. M., Rodgers R. F. y</p>	<p>Diseño experimental Los participantes</p>	<p>Los participantes fueron 178 estudiantes.</p>	<p>Cuestionario demográfico;</p>	<p><i>BodiMojo</i></p>	<p>Las mujeres del grupo experimental reportaron</p>

Roehrig J. P EUA 2013	completaron evaluaciones al inicio, post-intervención 4-6 semanas después y seguimiento a 3 meses.	65 hombres (37%) y 113 mujeres (64%) (Hombres M = 15.4 años). (Mujeres M = 15.2 años).	- Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BES) (Mendelson, Mendelson, y White, 2001). Eating Disorder Inventory (EDI)-Body Dissatisfaction Scale. (Garner, 2004). Physical Appearance Comparison Scale (PACS). (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991) Encuesta de satisfacción al final de la intervención.	Los participantes fueron asignados a condiciones de grupo experimental o de control, los participantes del grupo experimental utilizaron el programa <i>BodiMojo</i> por 4 semanas en sesiones de 45 minutos.	una disminución en la insatisfacción con la imagen corporal y en la comparación de la imagen corporal, sin embargo, los resultados no se mantuvieron para el seguimiento. En el caso de los hombres no hubo diferencias significativas entre los grupos experimentales y de control.
Niide, T., Davis, J., Tse, A., y Harrigan, R. HAWAI 2013	Diseño con evaluaciones pre y post evaluación.	297 hombres y mujeres preadolescentes.	Children's Body Figure Rating Scale (FRS) Children's version of the Eating Attitudes Test (ChEAT) Piers-Harris second edition (PH-2) Drive for Muscularity Scale (DMS)	<i>Health Body Image Curriculum (HBI)</i> Programa de 10 sesiones de duración. "Alfabetización de Medios"	Posterior a la intervención se aumentaron los niveles de satisfacción con la imagen corporal y una disminución en actitudes alteradas de alimentación.
Wilksch, S. y Wade, T. AUSTRALIA 2014	Diseño experimental con medidas de pre y post evaluación y seguimiento a 6 meses y 2.5 años.	540 estudiantes 273 chicas y 267 chicos. (Edad M de 13.62 años)	Child Depression Inventory Forma condensada (Kovacs, 1992) 10 preguntas Cuestionario-3, (Thompson et al., 2004) 30-items.	4 escuelas (1 pública, 1 católica y 2 privadas) participaron en el estudio. Los participantes fueron distribuidos al azar al programa "Smart Media" (126 mujeres; 107	Los resultados fueron evaluados de forma diferenciada acorde a la puntuación en la escala de depresión. Los participantes con puntajes altos del grupo

			<p>Eating Disorder Inventory (EDI): Body Dissatisfaction, 9 preguntas (Girls (Garner et al., 1983)</p> <p>Eating Disorder Examination Questionnaire, (Fairburn y Beglin, 1994) 12 preguntas.</p> <p>Dutch Eating Behaviour Questionnaire Restraint, (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986) 10 items</p> <p>EDI: Feelings of Ineffectiveness, (Garner et al., 1983)</p> <p>Perceived Sociocultural Pressure Scale, (Stice, Ziemba, Margolis, y Flick, 1996) 6 preguntas.</p>	<p>hombres) o al grupo control (147 mujeres, 160 hombres).</p> <p>Media Smart: programa de 8 sesiones de duración</p> <p>“Alfabetización de medios”</p>	<p>experimental puntuaron significativamente más bajo en preocupación con la imagen corporal e interiorización del ideal de delgadez que los participantes con depresión del grupo control posterior a la intervención</p> <p>Mientras que los participantes con puntajes bajos de depresión en la condición experimental tuvieron puntajes bajos en la preocupación con la imagen corporal en el seguimiento a 2.5 años.</p>
<p>Stice, E., Marti, C. N. y Cheng, Z.</p> <p>EUA</p> <p>2014</p>	<p>Prevención selectiva.</p> <p>Los participantes completaron evaluaciones pre, post y a 1 año de seguimiento.</p>	<p>Estudio 1, 426 mujeres estudiantes universitarias (Media 21.6 años).</p> <p>Estudio 2, 192 mujeres estudiantes universitarias (Media 20.9 años).</p>	<p>Ideal-Body Stereotype Scale-Revised (Stice et al., 2006)</p> <p>Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (Berscheid, Walster, y Bohrnstedt, 1973)</p> <p>Dutch Restrained Eating</p>	<p>Body Project: Programa de 8 sesiones de duración basado en la teoría de disonancia cognitiva.</p> <p>En el Estudio 1, 426 estudiantes universitarias fueron asignadas al azar al “Body Project”, o al grupo control.</p> <p>En el Estudio 2, 189</p>	<p>El proyecto “Body Project” es eficaz de manera similar (en las variables internalización del ideal de delgadez, insatisfacción con la imagen corporal, afecto negativo y sintomatología de TCA) para mujeres universitarias de grupos minoritarios: Afroamericanas, Asiáticas-</p>

			<p>Scale (DRES; van Strien, Frijters, Van Staveren, Defares, y Deurenberg, 1986) de 10 items.</p> <p>Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, y Garbin, 1988) de 21 preguntas.</p> <p>Eating Disorder Diagnostic Interview (EDDI)</p>	<p>estudiantes universitarias fueron aleatoriamente asignadas a grupos liderados por pares (que previamente han recibido la intervención “body project”) o a la condición de control (grupo en espera de intervención).</p> <p>“Disonancia cognitiva”</p>	<p>Americanas, Europeo-Americanas e Hispánicas, incluso cuando las participantes y las facilitadoras tenían o no la misma pertenencia étnica minoritaria.</p>
<p>Golan M, Hagay, N, y Tamir, S.</p> <p>ISRAEL</p> <p>2014</p>	<p>Diseño cuasi experimental con pre y post evaluación.</p>	<p>210 adolescentes (media 13,5 años) participaron en el grupo de intervención (55% mujeres y 45% hombres).</p>	<p>Cuestionarios aplicados de manera digital:</p> <p>Datos sociodemográficos</p> <p>SATAQ-3,</p> <p>Escala de autoestima Rosenberg,</p> <p>Figure body images (FBG),</p> <p>EAT-26</p> <p>Eating DisordersInventory-2.</p>	<p>Programa “In favor of myself” (“En favor de mi mismo”) de ocho sesiones de 90 minutos en grupos de 15 a 20 participantes.</p> <p>“Alfabetización de medios”</p>	<p>En comparación con los chicos, las mujeres reportaron al inicio del estudio una mayor autoestima, siendo ésta mayormente evaluada por su apariencia, y su autoimagen mayormente influenciada por popularidad, apariencia, comunicación interpersonal y personas que admiran. Igualmente presentaron mayor insatisfacción con su imagen corporal, mayor discrepancia entre su figura actual y su figura ideal y mayores intentos por alcanzar el ideal de delgadez.</p>

					Al final de la intervención, las mujeres reportaron una reducción en la importancia dada a la apariencia en relación a la autoimagen y un aumento a la importancia dada a otros factores como los logros escolares.
Mora, M., <i>et.al.</i> ESPAÑA 2015	Diseño cuasi experimental, con evaluaciones pre y post intervención, así como seguimientos a 5 y 13 meses.	200 adolescentes de ambos sexos de 12-15 años de edad (M=13.4) de segundo año de educación secundaria.	Cuestionario de datos sociodemográficos Eating Attitudes Test (EAT-26) Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire (SCOFF) Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire-R (SATAQ-R) Contour Drawing Rating Scale (CDRS) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Programa interactivo de alfabetización de los medios de comunicación multimedia (ML + NUT, alfabetización de medios y nutrición)	Intervención 1: programa interactivo de alfabetización de los medios y nutrición. Impartido por psicólogos especialistas. Intervención 2: Programa con los mismos contenidos que la intervención 1 pero dado a los participantes a través de las artes escénicas: Teatro. Impartido por actores profesionales. Cada intervención fue llevada a cabo una vez a la semana en 10 sesiones de 120 minutos cada una. "Media literacy"	Los participantes en ambos grupos experimentales mostraron puntuaciones significativamente más altas de autoestima que el grupo control. El grupo de la intervención 1 también presentó puntuaciones más bajas de internalización de ideales estéticos que el grupo control.

			Programa centrado en los mismos temas que utilizan artes escénicas (teatro en vivo).		
Diedrichs P. C., <i>et al.</i> REINO UNIDO 2015	Diseño cuasi experimental cuyas evaluaciones se llevaron a cabo una semana antes de la intervención, inmediatamente después a la intervención y a las 4 a 9.5 semanas posteriores	1707 adolescentes británicos entre los 11 y 13 años (50.83% mujeres / 49,17% hombres).	Body Esteem Scale for adolescents and adults (Mendelson, Mendelson, y White, 2001) Project-EAT III Body Areas Satisfaction Scale (Neumark-Sztainer et al., 2007) Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004) Purpose-built measure derived from existing scales of sociocultural pressures (Stice y Bearman, 2001; Thompson et al., 2004) Social Comparison to Models and Peers Scale (Jones, 2001) Project EAT-III Teasing Scale (Neumark-Sztainer et al., 2007) Appearance conversations with friends subscale of the culture among friends (Jones, Vigfusdottir, y Lee, 2004) 10-item positive and	<i>Dove Confident Me</i> 1 sola sesión de 90 minutos de duración, cuyos contenidos fueron modelo estético, comparación social y activismo. Los participantes fueron asignados a dos grupos controles y uno experimental. “Alfabetización de Medios”	Los resultados mostraron mejora en apreciación de la imagen, afecto negativo, dieta restrictiva y sintomatología de TCA, sin embargo, estos resultados no se mantuvieron a largo plazo. No hubo diferencias significativas entre los grupos experimental y control respecto a satisfacción corporal, comparaciones de apariencia, burlas, las conversaciones de apariencia y autoestima.

			<p>negative affect schedule for children (Ebesutani et al., 2012)</p> <p>Rosenberg Self-esteem Scale shortened (Neumark-Sztainer et al., 2007; Rosenberg, 1965)</p> <p>Dutch Eating Behaviour Questionnaire, (van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986)</p> <p>SCOFF (Morgan, Reid, y Lacey, 1999)</p>		
<p>Wilksch, <i>et al.</i></p> <p>Australia</p> <p>2015</p>	<p>Diseño experimental con pre y post evaluaciones y seguimiento a los 6 y 12 meses.</p>	<p>1316 adolescentes hombres y mujeres con una media de edad de 13.21 años.</p>	<p>Las evaluaciones se basaron en proyectos anteriores de los autores, así como en los proyectos</p> <p>Project Eating Amongst Teens (Haines et al. 2006)</p> <p>Growing Up Today Study (Field et al. 2003).</p>	<p>Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a las siguientes posibles condiciones:</p> <p>Media Smart</p> <p>Life Smart</p> <p>Helping, Encouraging, Listening and Protecting Peers (HELPP)</p> <p>Grupo control</p>	<p>Las participantes mujeres de “Media Smart” redujeron la preocupación por el peso y la figura respecto al grupo control en el seguimiento a los 12 meses.</p> <p>Las participantes de Media Smart y HELPP obtuvieron resultados similares comparándolas con las participantes de Life Smart a los 12 meses.</p> <p>En el caso de los hombres, los participantes de Media Smart y HELPP redujeron la internalización del ideal estético en el seguimiento a los 6 meses.</p>

<p>Sánchez-Carracedo, <i>et al.</i></p> <p>ESPAÑA</p> <p>2016</p>	<p>Diseño multicéntrico, no aleatorio, controlado.</p> <p>Se realizaron pre y post evaluaciones y seguimiento a 1 año.</p>	<p>565 adolescentes mujeres, de 13 a 14 años de edad.</p> <p>152 integrantes del grupo experimental y 413 del grupo control.</p>	<p>Cuestionario sociodemográfico.</p> <p>IMC</p> <p>Cuestionario: Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3)</p> <p>Evaluación: Children Eating Attitudes Test (ChEAT)</p> <p>Perception of Teasing Scale (POTS)</p> <p>Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3)</p> <p>“Negative Affect Scale” (PANAS-N) de 10 items.</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</p> <p>Versión española de SCOFF.</p> <p>Cuestionarios de retroalimentación de la intervención.</p>	<p>La intervención está basada en la teoría cognitiva social, alfabetización de medios y disonancia cognitiva.</p> <p>Tiene dos componentes:</p> <p>Nutrición: 2 sesiones de 60 minutos de duración.</p> <p>Alfabetización de medios: 3 sesiones de 60 minutos de duración más 3 sesiones de activismo.</p>	<p>Las participantes del grupo experimental mostraron reducciones en la internalización del ideal de delgadez, actitudes negativas de alimentación y burlas relacionadas al peso en el seguimiento a un año.</p>
<p>Watts, A., Mason, S., Loth, K., Larson, N. y Neumark-Sztainer, D.</p> <p>EUA</p>	<p>ProyectoEAT-I</p> <p>Seguimiento a 10 años (1999 – 2009).</p>	<p>3442 Estudiantes de secundaria en el área metropolitana Minneapolis</p> <p>La edad promedio de los</p>	<p>El nivel socioeconómico de la familia (SES) se evaluó con una variable de 5 niveles derivada de la educación de los padres (Sherwood et al., 2008).</p>	<p>Proyecto EAT (Alimentación y actividad física en adolescentes y adultos jóvenes), examinó a 10 años patrones</p>	<p>Los resultados revelaron que la prevalencia de sobrepeso aumentó significativamente desde la adolescencia a la edad adulta con el</p>

2016		participantes fue de 14,9 años al inicio del estudio y el 25,3 en el seguimiento.	<p>IMC</p> <p>Cuestionarios acerca de conductas relacionadas la ingesta de comida rápida.</p> <p>Características sociodemográficas.</p>	<p>longitudinales en sobrepeso y comportamientos relacionados con el peso desde la adolescencia hasta la edad joven-adulta en función del nivel socioeconómico de la familia (SES) y la influencia del nivel educativo.</p>	<p>mayor cambio visto aquellos con bajo nivel socioeconómico.</p> <p>Cambios en la conducta de la adolescencia a la edad adulta también difirieron de acuerdo al nivel socioeconómico de las familias (SES); la prevalencia de la ingesta de comida rápida aumentaron más drásticamente en los de SES bajo, en comparación con las familias de SES alto.</p>
Castillo, I, Solano, S. y Sepulveda, A. MÉXICO 2016	Diseño cuasi experimental. Se realizó pre y post intervención y seguimiento a tres meses.	45 estudiantes hombres y mujeres de entre 19 y 21 años. Estudio realizado en el Estado de Zacatecas.	<p>Eating Disorder Examination-Questionnaire, EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994</p> <p>Body Shape Questionnaire, BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1 987</p> <p>Male Body Attitudes Scale, MBAS; Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005</p> <p>Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R; Derogatis, 1975</p> <p>General Health Questionnaire, GHQ-1 2;</p>	<p>Programa preventivo de alteraciones alimentarias y obesidad, llamado "StopOBEyTA"</p> <p>El grupo experimental recibió una intervención de ocho sesiones, dirigida a promocionar los hábitos alimentarios saludables e imagen positiva. El grupo control se dividió en dos subgrupos, uno recibió ocho sesiones dirigidas a mejorar los hábitos de estudio y el otro no recibió intervención.</p>	<p>Se produjo una reducción en las conductas alimentarias no saludables, una mejora de la autoestima y mayor satisfacción corporal, hubo un descenso en el nivel de perfeccionismo y nivel global de psicopatología en el grupo experimental comparado con los grupos control. Estos cambios se mantuvieron a los tres meses.</p>

			Goldberg y Williams, 1 988 Multidimensional Perfectionism Scale, MPS; Hewitt y Flett, 1991 Rosenberg's Self-Esteem Scale, RSE; Rosenberg, 1965		
Mora, <i>et.al.</i> ESPAÑA 2016	Diseño cuasi experimental, prospectivo, longitudinal. Con pre y post evaluaciones, y seguimiento a los 6 y 12 meses.	178 adolescentes entre 12 y 15 años con una media de edad de 13,3 años.	*Cuestionario sociodemográfico *Questionnaire on specific cognitions related to eating disorders (cuestionario de Cogniciones Específicas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, CE-TCA) (Abellán, Penelo, & Raich, 2012)	Programa de alfabetización de Medios (programa de 10 sesiones de 60 min. de duración) Programa de Teatro en vivo (programa de 10 sesiones de 60 min. de duración). Grupo control	Tanto los participantes que recibieron el programa de alfabetización de medios como los que recibieron el de Teatro, obtuvieron puntuaciones más bajas comparadas al grupo control en la post evaluación en las cogniciones maladaptativas asociadas a los TCA.
Dunstan C. J., Paxton S. J., y McLean S. A. AUSTRALIA 2016	Diseño cuasi experimental, se realizaron evaluación pre y post intervención así como seguimiento a seis meses.	Las participantes fueron 200 mujeres entre 11 y 14 años, estudiantes de educación secundaria.	*Eating Disorder Inventory – Body Dissatisfaction Subscale (EDI-BD; Garner, Olmstead, y Polivy, 1983). *Sociocultural Attitudes Toward Appearance Scale-3 – Internalization-General Media Subscale (SATAQ-I: Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004).	<i>Happy Being Me Co-educational</i> Programa de seis sesiones de duración, dirigida a la reducción de la imagen corporal. Los participantes fueron asignados a 3 condiciones experimentales: *Programa administrado a	Se encontró una mejora en la satisfacción con la imagen corporal en ambos grupos experimentales, que se mantuvieron al seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre la intervención universal y la selectiva.

			<p>*Physical Appearance Comparison Scale (Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991)</p> <p>*Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965).</p> <p>*McKnight Risk Factor Survey – Weight Teasing – Peers subscale (Shisslak, Renger, Sharpe, Crago, y McKnight, 1999).</p> <p>*Appearance Conversations Scale (Jones et al., 2004).</p> <p>*Dutch Eating Behavior Questionnaire – Restraint Subscale (DEBQ-Restraint: Van Strien, Frijters, Berger, y Defares, 1986)</p>	<p>grupos de hombres y mujeres (Intervención universal)</p> <p>*Programa administrado a grupos con solo mujeres (Intervención selectiva)</p> <p>*Grupo control</p>	
--	--	--	---	--	--

Abreviaturas: “n” número de muestra, “min” minutos, “M” media, “TCA” Transtornos de la conducta alimentaria, “ML” Media literacy, “NUT” nutrición, “IMC” Índice de masa corporal, “SES” Nivel socioeconómico.

2.4 Estudios transculturales en Investigación de problemas relacionados con el peso y la alimentación. Iberoamérica.

Anteriormente, existía una concepción generalizada de que los trastornos de la conducta alimentaria eran exclusivos de las sociedades occidentales industrializadas (Gordon, Pérez y Joiner, 2002; Nasser, 1997; Tsai, 2000; citados en Espinoza, 2011), entendidas como tales Europa Occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia

Se entendía que las diferencias étnicas al definir actitudes y patrones alimentarios e ideales estéticos, (Anderson-Fye y Becker, 2004) podían resultar en factores de riesgo o factores de protección en las diferentes culturas en cuanto al desarrollo de TCA. Existía la creencia generalizada de que las mujeres de sociedades no occidentalizadas asociaban de forma positiva el hecho de tener una figura más redondeada a la fertilidad y la feminidad así como el mantener los roles de género tradicionales interiorizados, lo que serviría como un factor de protección a los TCA (Nasser y Katzman, 1999).

Sin embargo, la creciente globalización de los mensajes emitidos por los medios de comunicación hizo suponer que algunos valores que se creían exclusivos de dichas zonas podrían haberse permeado a las sociedades en vías de desarrollo (Toro, 2006). Anderson-Fye y Becker, 2004 coinciden que es la exposición global al ideal estético de delgadez el que se relaciona con el aumento de problemas relacionados con el peso y la alimentación en sociedades en vías de occidentalización.

Así, algunos autores han sostenido que en el caso de los países en vías de desarrollo, que pasan un proceso de aculturación con países desarrollados, el riesgo de aparición de un trastorno de la conducta alimentaria aumenta cuando las personas desarrollan un mayor grado de aculturación a los ideales estéticos occidentales (Miller y Pumaniega, 2001). La adopción de estos nuevos valores y estándares hace que las diferencias étnicas de las que hablaban Anderson-Fye y Becker, 2004, acaben siendo difusas, así como sus propiedades como factores de protección.

Diversos estudios han sido llevados a cabo señalando que la identificación con los modelos estéticos occidentales repercutía en un incremento de la insatisfacción con la imagen corporal y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en países como: Japón,

India, Israel, Egipto, entre otros (Apter, *et.al.*, 1994; Ford, Dolan y Evans, 1990; Kamata, Nogami y Momma, 1987; Katzman, 1995; Khandelwal y Saxena, 1990; Lee y Lee, 1996; Mukai, Crago y Shisslak, 1994; citados en Nasser y Katzman, 1999).

Cabe señalar que aunque la aculturación es definida como el proceso por el cual las personas modifican y adoptan valores, actitudes y estilos de vida, debido al contacto que tienen con otra cultura y que repercuten en la identidad del individuo (Berry, Trimble, Olmedo y Lonner, 1986, citado en Gómez-Peresmitré, *et.al.*, 2013), diversos autores han señalado que ésta puede producirse sin la movilización de las personas debido a la influencia ideológica que actualmente puede ser difundida a nivel global debido a los medios de comunicación (Gómez-Peresmitré y Acosta, 2000), poniéndose en marcha el mismo “estrés de aculturación”, que surge de lidiar con la ambigüedad y confusión entre los antiguos y nuevos valores culturales (Levine y Smolak, 2010).

Además de la exposición a los ideales estéticos, la transición en países en vías de desarrollo implica otros aspectos que se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria, como el aumento en los recursos, nuevos estilos de producción y consumo de alimentos, que acaban implicando un cambio en las actitudes hacia la comida y el comer (Gordon, 2001); igualmente, cambios en las expectativas de género, que por ejemplo, en el caso de la mujer, pasaron de definir la feminidad como el asumir los roles tradicionales asociados a la familia y maternidad a definirla en función a la apariencia y la belleza física (Nasser y Katzman, 1999).

Así, considerando los antecedentes expuestos, concluyendo que la literatura ha puesto de manifiesto que las alteraciones de la conducta alimentaria no se limitan a las sociedades occidentales del primer mundo, sino que están presentes igualmente en sociedades en vías de desarrollo (Anderson-Fye y Becker, 2004; Gordon, 2001; Miller y Pumariaga, 2001; Soh, Touyz y Surgenor, 2006), la realización de investigaciones transculturales ha sido un campo de estudio creciente en el área de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que responden a la necesidad de entender las influencias socioculturales para la identificación tanto de aspectos universales como locales relacionados con TCA (Levine y Smolak, 2010).

Debido al trasfondo histórico y cultural, así como el mantenimiento de un idioma compartido como consecuencia de ello, estudios transculturales entre sociedades en vías de desarrollo de América Latina y España, un país occidental, facilitarían una comparación más cercana y podrían aportar mayor información en cuanto a la presencia de factores de riesgo en ambos tipos de sociedades. A su vez, un mayor entendimiento del comportamiento de los factores de riesgo puede contribuir al desarrollo de estrategias de prevención (Gómez-Peresmitré, *et.al.*, 2013), e incluso permitir el uso de estrategias de prevención comunes si como nos señala la literatura existe una exposición global a aspectos como el ideal estético transmitido en los medios de comunicación (Toro, 2006) que a su vez se encuentra relacionado con otros factores de riesgo como la interiorización del ideal estético y la insatisfacción con la imagen corporal (Ahern, *et.al.* 2011; Toro, 2006)

En cuanto a estudios transculturales que involucran a países latinoamericanos y España podemos mencionar los siguientes.

La investigación realizada por Rodríguez y Cruz, (2006) entre mujeres españolas y latinoamericanas en un rango de edad mayor a 18 años de edad, residentes en España, mostró que no había diferencias ni en imagen corporal ideal, ni en insatisfacción con la imagen corporal. Para el 2013 un estudio similar fue efectuado entre el mismo tipo de poblaciones por Cruz-Sáez, Salaberria, Rodríguez y Echeburúa, los resultados mostraron que al igual que en el año 2006, para el año 2013 no había diferencias entre las adolescentes en cuanto a expectativas de imagen y nivel de insatisfacción corporal, sin embargo, un porcentaje mayor de adolescentes latinoamericanas tenía más miedo a ganar peso, presentaban peores hábitos alimentarios y habían reportado dieta.

En el año 2008, Espinoza, Penelo y Raich, realizaron un estudio comparativo de satisfacción corporal y dieta entre adolescentes españolas y chilenas, encontrando que existían niveles similares de influencia del modelo estético corporal, pero las adolescentes chilenas tenían mayor satisfacción con su imagen corporal aunque realizaran mayormente dieta para el control del peso. En el año 2009, las autoras replicaron el estudio incluyendo tanto a hombres como mujeres adolescentes encontrando resultados similares, que no existían diferencias por país en cuanto a la interiorización del ideal estético, actitudes de alimentación y riesgo de alteraciones alimentarias, sin embargo los adolescentes chilenos

presentaron puntajes más altos en satisfacción corporal y realización de dieta. Comparando por género, las mujeres presentaron mayor interiorización del ideal de delgadez y mayor insatisfacción corporal.

Otros estudios se han centrado en la exploración de las diferencias en conductas restrictivas y su relación con otros factores de riesgo y el desarrollo mismo de TCA. Gómez-Peresmitré, Jaëger, Pineda y Platas (2010), encontraron que al comparar hombres mexicanos y alemanes de una media de edad de 20 años los hombres mexicanos tuvieron un IMC mayor y realizaban en mayor medida dieta restrictiva.

Gómez-Peresmitré, Jaëger, Pineda y Platas (2012) compararon mujeres mexicanas y alemanas de una media de edad de 20 años. Encontraron mayores indicadores de riesgo de conductas restrictivas en las mujeres mexicanas con un mayor nivel de insatisfacción corporal, además de haber elegido una figura delgada como la más atractiva.

Gómez-Peresmitré, et.al. (2013) realizaron un estudio comparando mujeres adolescentes de México, España y Argentina describiendo los factores de riesgo de la conducta por atracón. Encontraron la existencia de factores coincidentes en los 3 países, el *comer por compensación psicológica* fue el factor predictor más importante para la realización de dicha conducta en las 3 culturas, la preocupación por el peso y la figura fue un factor predictor coincidente en México y Argentina, mientras que el IMC fue un factor compartido entre México y España.

En un estudio realizado entre mujeres anoréxicas y bulímicas de los países de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela los resultados sugirieron que a pesar de las diferencias culturales las mujeres tenían rasgos consistentes en cuanto a creencias y percepciones que las mujeres tenían para justificar las conductas que realizaban relacionadas con síntomas bulímicos o de anorexia (Sierra-Márquez, 2015).

Francisco, et.al. (2015), realizaron un estudio exploratorio de las diferencias de los factores de riesgo para la insatisfacción con la imagen corporal y actitudes alteradas en la conducta alimentaria en hombres y mujeres adolescentes de España y Portugal, sin encontrar diferencias significativas entre ambos países. Una autoestima más alta fue relacionada con

menor interiorización del ideal estético, lo que moderaba menores actitudes alteradas en la alimentación, mientras que el índice de masa corporal fue relacionado con insatisfacción corporal e interiorización con el ideal de delgadez.

En un estudio realizado sobre la autopercepción del atractivo corporal entre estudiantes universitarios hombres y mujeres de entre 18 y 25 años de edad, mexicanos y argentinos, se encontró que los mexicanos valoraban de forma más positiva las partes de su cuerpo que los argentinos, sólo en la muestra mexicana, los hombres presentaban una mayor valoración de sí mismos que las mujeres. En cuanto a los argentinos en general, se encontró que valoraban positivamente partes de su cuerpo que a su vez asociaban con la feminidad y la masculinidad, como el vello facial en el caso de los hombres y los senos y el cabello en el caso de las mujeres (Aguilar, Valdez, Pliego, Torres y González, 2015).

Haciendo referencia a estudios transculturales más globales, podemos mencionar los llevados a cabo por Holmqvist y Frisén (2010), quienes realizaron un meta análisis de 36 estudios que exploraban la insatisfacción corporal en distintas culturas, encontraron que en países con un estilo de vida mayormente occidental existe una mayor insatisfacción corporal, sin embargo, en países de Europa y Australia se encontraban mayores niveles de satisfacción con la imagen corporal que los americanos. Jaeger, *et.al.* (2002) evaluando a mujeres universitarias de Alemania, España, Francia, Gabón, Ghana, India, Irán Italia, Reino Unido, Sudáfrica, Suiza y Túnez, reportaron la existencia de mayores niveles de insatisfacción con la imagen corporal en las universitarias de España, Francia e Inglaterra. Y el realizado por McArthur, Holbert y Peña (2005) con adolescentes de Argentina, Chile, Cuba, Guatemala, Panamá y Perú, donde la mayoría de los participantes prefirieron un cuerpo delgado como ideal estético en hombres y uno delgado o muy delgado como ideal estético femenino.

2.4.1 Estudios transculturales de problemas relacionados con el peso y la alimentación entre México y España

De entre los países de América Latina que ha cobrado relevancia en relación a problemas de la conducta alimentaria se encuentra México.

Aspectos que han de ser considerados son los siguientes: México es un país que se encuentra en vías de desarrollo, y que, como tal, se encuentra en un proceso de aculturación en relación a países desarrollados, lo que implica aspectos de identificación con la cultura percibida como central y dominante (Hannerz, 1995).

En cuanto al ideal estético, tiene la misma exposición a los medios de comunicación donde imperan modelos que representan a nivel global el ideal de delgadez que refiere la literatura (Acosta y Gómez Peresmitre, 2003 citado en Mancilla-Díaz et al., 2006; Toro, 2006).

Paralelo a esto, un aspecto preocupante, son los altos índices de obesidad entre la población mexicana siendo el país con el segundo lugar de obesidad en población adulta considerando igualmente que más del 70% de la población adulta tiene exceso de peso (Dávila-Torres, González-Izquierdo y Barrera-Cruz, 2015), así como el primer lugar de obesidad infantil a nivel mundial (UNICEF, México, s.a.). Así, mientras en Índice de masa corporal (IMC) en la población aumenta, los estereotipos de belleza a los que se encuentran expuestos siguen manteniendo los estándares globales de delgadez en la mujer y de tendencia a la musculatura en el hombre, cambios coincidentes con los reportados en los países en vías de occidentalización (Zipfel, 2000, citado en Behar, 2010).

Si consideramos que las características físicas promedio de la población mexicana difieren en gran medida de dicho ideal estético, por ejemplo, en el caso de las mujeres, la estatura promedio es de 152 cm, lo que condiciona la longitud de las piernas y el hecho de que a menor talla el IMC aumente (Unikel-Santoncini, *et.al.*, 2006), es de esperar que, tal y como se ha reportado en diversos estudios, aunado a la interiorización del ideal estético hay una presencia importante de insatisfacción con la imagen corporal, que a su vez explica la también elevada realización de conductas alimentarias de riesgo asociadas a problemas relacionados con el peso y la alimentación (Arellano, *et.al.*, 2009; Gayou-Esteva y

Riberiro-Toral, 2014; León, *et.al.*, 2008; Saucedo-Molina y Unikel, 2010; Unikel-Santocine, *et.al.* 2010).

Lo anterior ha llevado a la necesidad de la realización de estudios tanto para conocer en mayor medida la prevalencia de TCA y factores de riesgo, como la necesidad de llevar a cabo medidas preventivas.

Como se mencionó anteriormente, estudios transculturales pueden ser de beneficio para poblaciones en vías de desarrollo, no solamente para una mejor comprensión de los problemas relacionados con el peso y la alimentación, sino para tener un punto de partida de estrategias preventivas que han demostrado ser exitosas, partiendo de la premisa de que si se comparten los mismos factores de riesgo y el mismo comportamiento de los mismos para el desarrollo de sintomatología de TCA se pueden por tanto compartir estrategias de prevención dirigidas a dichos factores de riesgo compartidos (Francisco, *et.al.*, 2015; Munguía, Mora y Raich, 2016).

España, como país occidentalizado, es uno de los países que mayormente pueda ser objeto de comparación con México, no sólo por el idioma en común, sino debido a la presencia de algunos mismos aspectos culturales que han quedado de la historia compartida por tres siglos (Acosta, Llopis, Gómez-Peresmitré y Pineda, 2005).

Estudios transculturales realizados entre México y España orientados a la evaluación en cuanto a la presencia de factores de riesgo para ambas poblaciones y que enmarcan aspectos compartidos o diferenciadores entre ambos países serían los siguientes:

Gómez- Peresmitre y Acosta (2000) reportaron la existencia de un modelo ideal de imagen corporal compartido en estudiantes mujeres de 17 años de edad en México y España, sin embargo, los niveles de insatisfacción corporal fueron significativamente superiores en las adolescentes mexicanas que en las españolas. Los mismos autores para el año 2003 encontraron que en adolescentes hombres y mujeres españoles y mexicanos no existían diferencias por país en cuanto a la insatisfacción corporal, pero si encontraron diferencias por sexo, siendo las mujeres quienes estaban mayormente insatisfechas (Acosta y Gomez Peresmitré, 2003).

Para el 2001, Raich *et.al.* obtuvieron resultados diferentes, al evaluar la prevalencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo encontraron que las mujeres universitarias españolas estaban significativamente más insatisfechas con su imagen corporal que las mexicanas, además de presentar una tendencia mayor a puntajes más altos de sintomatología de TCA, mientras que el perfeccionismo era mayor entre las mexicanas.

Acosta, *et.al.*, (2005) compararon adolescentes entre 15 y 18 años de edad hombres y mujeres, encontrando que los adolescentes españoles se preocupaban más por el peso y la comida que los mexicanos, con un porcentaje mayor en mujeres que realizaban dieta, sin embargo, los adolescentes mexicanos reportaban un inicio más temprano en la realización de dietas (entre 12 y 14 años). Igualmente, encontraron diferencias de género en cuanto al deseo de tener un peso menor en ambos países, siendo las mujeres quienes lo presentaban en mayor medida, sin embargo, de éstas, había un porcentaje más alto en las mexicanas (51,5%) que en las españolas (28,2%).

En el año 2006, Toro, *et.al.* encontraron que la probabilidad de desarrollo de TCA era prácticamente igual en una muestra de adolescentes mujeres de ambos países, a pesar de que existiesen diferencias en relación al tipo de conductas de riesgo realizadas, mientras que las adolescentes mexicanas realizaban mayormente dieta, actividades físicas y vomito para bajar de peso, las españolas reportaron mayormente atracones. Igualmente hubo diferencias en cuanto a factores de riesgo e influencias socioculturales, mientras las españolas reportaron mayor insatisfacción, las mexicanas reportaron mayor presión por parte de su grupo de pares y sus padres para bajar de peso.

En estudios más recientes llevados a cabo por Mancilla-Diaz et al. (2010), se evaluaron las influencias socioculturales y las conductas alimentarias no saludables en España y México tanto en hombres como en mujeres, no encontrando diferencias significativas por país, los grupos que presentaron sintomatología de TCA eran preferentemente mujeres en ambos países, estos grupos igualmente tenían puntuaciones significativamente más altas en el total del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), dentro de estas mujeres había un porcentaje más alto de mexicanas que de españolas, lo que implica que las mujeres mexicanas fueron mayormente vulnerables a la influencia de la publicidad.

Y, finalmente, en el 2016 Munguía, *et.al.*, al evaluar a adolescentes mujeres de una media de edad de 15 años, mexicanas y españolas, encontraron que los factores de riesgo de insatisfacción corporal, interiorización de delgadez y autoestima se comportaban de la misma manera en ambos países de estudio. La insatisfacción corporal y la interiorización de delgadez se relacionaron con el incremento de la sintomatología de TCA y actitudes restrictivas, mientras que sobre la preocupación por el peso, la comida y la figura las variables antes mencionadas mantuvieron la misma relación y se sumó a ello una baja autoestima. El país no tuvo ningún efecto ni por sí mismo, ni en su interacción con el resto de las variables (de forma independiente o conjunta).

Así, sumándonos a las conclusiones de Mancilla-Díaz et al. (2010), podemos afirmar que el efecto de las influencias socioculturales ha cambiado a lo largo del tiempo conforme han cambiado también las culturas. Podemos observar el mismo patrón en cuanto a la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en ambos países, dado que partiendo de los resultados reportados por los distintos estudios transculturales no se podría establecer una conclusión única en cuanto a si un país los presenta en mayor medida que otro ya que lo anterior ha ido variando con el tiempo entre cada estudio.

Sin embargo, los resultados han puesto de manifiesto aspectos en común entre ambos países. Como la presencia de un mismo ideal estético (Gómez- Peresmitre y Acosta, 2000), la misma probabilidad de presentar sintomatología de TCA (Toro, *et.al.*, 2006) y el mismo comportamiento de los factores de riesgo sobre la sintomatología de TCA (Mancilla-Díaz *et.al.*, 2010; Munguía, *et.al.*, 2016). Además, el punto coincidente por la mayoría de los estudios, es que independientemente del país, las diferencias que se encontraron fueron por género, siendo las mujeres quienes tenían mayores puntajes en factor de riesgo, sintomatología, realización de conductas de riesgo y presencia de presiones socioculturales para bajar de peso (Acosta y Gómez- Peresmitre, 2003; Acosta, *et.al.*, 2005; Mancilla-Díaz *et.al.*,2010).

Así, si las evidencias apuntalan a que no hay diferencias significativas por país en cuanto al desarrollo de sintomatología de TCA o problemas relacionados con el peso y la alimentación así como en la exposición y adopción del mismo ideal estético (con su consecuente impacto sobre el desarrollo de otros aspectos con insatisfacción con la imagen

corporal o sintomatología de TCA, tal como lo señala la literatura), podemos sugerir que es posible que puedan llevarse estudios de prevención e intervención en ambos países enfocándonos a dichos aspectos, pudiendo verse favorecidas ambas poblaciones y el intercambio de recursos.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. Objetivos e hipótesis

3.1 Objetivo general

Objetivo: conocer la eficacia de un programa de prevención universal de problema relacionados con el peso y la alimentación, haciendo uso de la alfabetización de medios. Comparando los resultados entre dos muestras adolescentes de España y México.

3.1.1 Hipótesis general

Hipótesis general: el programa de prevención universal será eficaz en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación en ambos países.

3.2 Objetivo específico

Objetivo específico:

Conocer el impacto del programa de intervención en la disminución de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, influencia del modelo estético-corporal y autoestima, comparando los resultados entre ambos países.

3.2.1 Hipótesis específicas

Hipótesis específicas:

1. El programa de intervención será eficaz en la disminución de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen, influencia del modelo estético-corporal y aumento de la autoestima en ambos países.
2. El impacto del programa de intervención sobre las actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, influencia del modelo estético corporal y autoestima, independientemente del país en el que se aplique, podrá variar considerando aspectos tales como: género, índice de masa corporal, nivel socioeconómico e interiorización de los roles de género.

METODOLOGÍA

4. Metodología

4.1 Participantes

La muestra se compuso de 228 participantes, 127 mexican@s (68 mujeres y 59 hombres) y 101 español@s (60 mujeres y 41 hombres) con una media de edad de 14,87 (DE=0,62) años (tabla 2).

En España, a lo largo del estudio, se tuvo un porcentaje de absentismo de 1,99% para la post evaluación, conformándose éste de alumnos que no asistieron a clase en el día de la evaluación, y un porcentaje de pérdida de 28,72% para el primer seguimiento y de 37,63 para el segundo seguimiento. La causa más importante es que dejaron de ser estudiantes en la institución educativa.

En México, a lo largo del estudio, se tuvo un porcentaje de absentismo de 3,15% para la post evaluación, conformándose éste de alumnos que no asistieron a clase en el día de la evaluación, y un porcentaje de pérdida de 17,33% para el primer seguimiento y de 18,9% para el segundo seguimiento. La causa más frecuente fue que estos alumnos no se encontraban más estudiando en la institución educativa, ya fuera por deserción escolar, o por expulsión debido a bajo rendimiento académico.

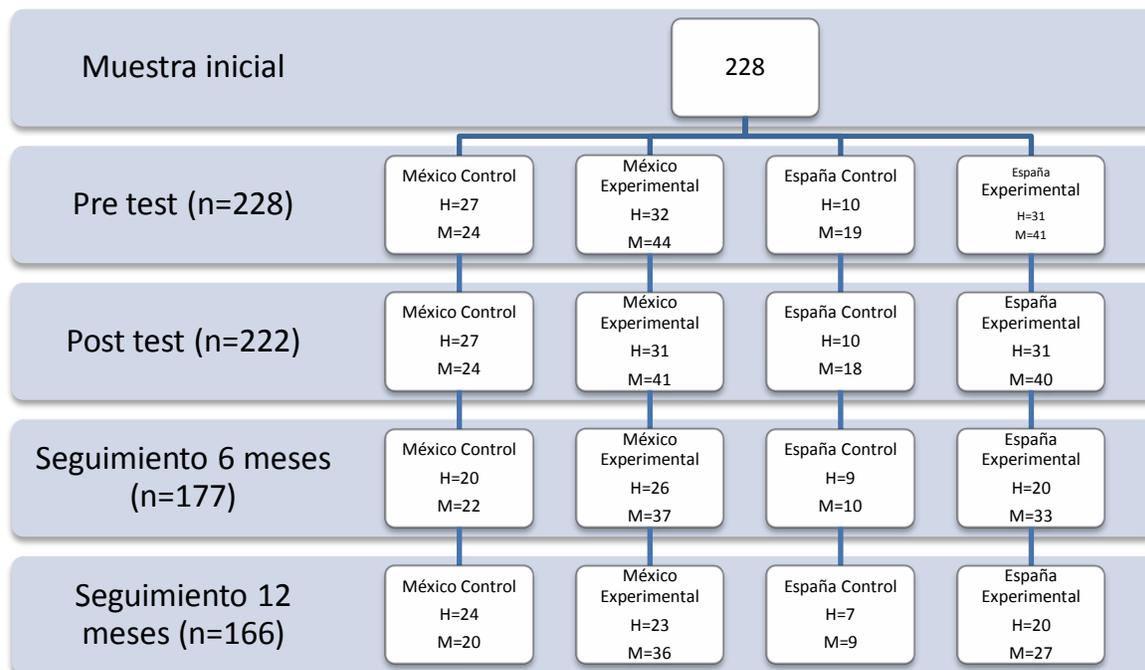
La muestra para cada uno de los momentos del estudio se muestra en el diagrama de la figura 4.

Características de inclusión y exclusión de la muestra

Se excluyeron del estudio a aquellos alumnos que no contaran con el consentimiento informado firmado por parte de los padres de familia y / o que no dieran ellos su consentimiento para formar parte de la investigación. Los casos que no contaban con dicho consentimiento no se tomaron en cuenta para el número de participantes antes reportado.

Al tratarse de una investigación de prevención universal no se contaron con otras características de exclusión de la muestra.

Figura 4. Diagrama de flujo del número de participantes a lo largo del estudio.



Abreviaturas: “n” número de participantes, “H” hombres, “M” mujeres.

Características socio económicas

Se tomó en cuenta las diferencias en el Producto Interior Bruto entre ambos países que en el periodo comprendido de 2012 y 2013, fechas en que fue llevada a cabo la intervención en España. Para dicho país sus valores más bajos reportados fueron 249,889 millones de euros, mientras que los más altos fueron de 266,318 millones de euros (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2016). Para México, en el año 2013, fecha en que fue llevada a cabo la investigación, su valor más bajo fue de 13,478,895 millones de pesos, mientras que el más alto fue de 13,506,324 millones (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2016). A fin de igualar el nivel socioeconómico de los participantes se realizó un muestreo por conglomerados eligiendo de manera intencionada las escuelas que cumplieran las siguientes características para formar parte del estudio: en España, que fueran concertadas o públicas y se encontraran ubicadas en la ciudad de Barcelona; en México que las escuelas fueran públicas o incorporadas a una institución de administración pública y se encontraran ubicadas en una zona urbana, eligiéndose la ciudad capital del Estado de Hidalgo, Pachuca, perteneciente a la zona centro del país. Finalmente participaron 4 institutos en la ciudad de

Barcelona y 4 escuelas preparatorias de la ciudad de Pachuca. Las escuelas de Barcelona se encontraban ubicadas en los distritos del *Eixample* (264,780 habitantes) y *Horta-Guinardó* (167,743 habitantes) (Ayuntamiento de Barcelona, 2014). Las escuelas de Pachuca se encontraban ubicadas 3 en la ciudad de *Pachuca* (277,375 habitantes) y 1 más en el municipio de *Mineral de la Reforma* (150,176 habitantes) (INEGI, 2015), perteneciente a la zona metropolitana de Pachuca. La media del nivel socioeconómico reportado por los adolescentes tanto españoles como mexicanos corresponde a un nivel medio, grupo 3 del Índice Hollingshead (1975), y no se encontraron diferencias significativas ($p=0,386$) entre ambos países (tabla 2).

Índice de Masa Corporal

En relación al Índice de Masa Corporal (IMC) (tabla 2), en la pre-evaluación, el IMC medio fue de 21,65 (DE=2,68) para mujeres en México y de 21,90 (DE=2,99) en España, para los hombres el IMC fue de 22,24 (DE=4,03) en México y de 21,84 (DE=3,82) en España, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos países tanto para hombres ($p=0,615$) como para mujeres ($p=0,614$). El IMC medio tanto para hombres como para mujeres en ambos países corresponde a un IMC normal dentro de los parámetros de referencia de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007), los cuales, para la edad media de los participantes corresponde para mujeres a una media de 20, considerándose sobre peso un valor $>+1DE$ (23.3) y delgadez un valor $<-2DE$ (15.7). En el caso de los hombres, a pesar de que los valores son altos, aún se encuentran dentro del valor normal que corresponde a una media de 19.5, considerándose sobre peso un valor $>+1DE$ (22.4) y delgadez un valor $<-2DE$ (15.8).

4.2 Diseño

La investigación corresponde con un diseño Cuasi-experimental, longitudinal-prospectivo. Se utilizó un muestreo por conglomerados, eligiendo intencionalmente las escuelas participantes del estudio, no así a los participantes, quienes fueron asignados por cada institución educativa donde se llevó a cabo el programa de prevención.

Tabla 2. Descripción de la muestra

Descripción de la muestra			
		España	México
	Total	N=101	N=127
	N=228	(Hombres=41) (Mujeres=60)	(Hombres=59) (Mujeres=68)
Edad (años)	14,87 (DE=0,62)	14,91 (DE=0,75)	14,84 (DE=0,49)
Índice de masa corporal	H=22,08 (DE=3,93)	H=21,84 (DE=3,82)	H=22,24 (DE=4,03)
	M=21,77 (DE=2,82)	M=21,90 (DE=2,99)	M=21,65 (DE=2,68)
Nivel socioeconómico	3,42 (DE=1,32)	3,34 (DE=1,24)	3,49 (DE=1,38)

Abreviaturas: “N” número de participantes, “H” hombres, “M” mujeres, “DE” Desviación estándar”.

De acuerdo a la taxonomía de Creswell y Plano Clark (2007) de diseños de Métodos Mixtos, la aportación cualitativa que se presenta en la investigación corresponde al “Diseño incrustado” de tipo dominante en su variante experimental. Dominante, debido a que se cuenta con un tipo de datos principales (cuantitativos) y se obtuvieron datos alternativos cualitativos como un apoyo secundario, y corresponde a un modelo de tipo experimental, la más utilizada para los diseños cuasi-experimentales de carácter secuencial (como la presente investigación) en que los datos cualitativos se obtienen en uno o todos los momentos de un proceso de intervención (Anguera, Camerino y Castañer, 2012).

4.3 Variables

Las variables independientes del estudio corresponden a tipo intra e inter sujetos. Del tipo inter son el país de aplicación (España o México) y la condición del grupo, experimental o de control. La variable de tipo intra sujetos corresponde a los momentos de evaluación (posterior a recibir la intervención o su tiempo equivalente en los grupo control, y seguimientos a los 6 y 12 meses).

Las variables dependientes fueron: actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, influencia del modelo estético-corporal y autoestima.

Igualmente se consideraron otros aspectos que pudieran influir, tales como género, el índice de masa corporal, nivel socioeconómico e interiorización de los roles de género.

4.4 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación (Anexo 9.1) para evaluar tanto las variables dependientes como las posibles variables confusoras fueron los siguientes:

- *Cuestionario de datos socioeconómicos*: Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y económicos diseñado *ad hoc* donde se incluían preguntas en relación a fecha y lugar de nacimiento, estatus socioeconómico, realización de dieta y edad de menarquia y cambios físicos correspondientes a la pubertad en varones . El apartado de evaluación del estatus socioeconómico se construyó para ser calculado de acuerdo al Índice Hollingshead's (1975), basado en el nivel de estudios y la ocupación de los padres de la siguiente manera: La escala del nivel de estudios de los padres (1 al 7) se multiplica por 3, mientras que la escala del nivel de ocupación (1 al 9) se multiplica por 5, y se hace la sumatoria de ambas. Los resultados obtenidos, que van de 8 a 66, se clasifican en 5 grupos: nivel alto, nivel medio-alto, nivel medio, nivel medio-bajo y nivel bajo.

· *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)* Toro, Salamero y Martínez (1994). Adaptación mexicana de Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000).

Cuestionario de 26 ítems que evalúa la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato para adelgazar.

Las subescalas de medida son: I preocupación por la imagen corporal, II Influencia de los anuncios, III influencia de los mensajes verbales, IV influencia de los modelos sociales y V influencia de las situaciones sociales.

Se responde en una escala de 3 puntos y todos los ítems están redactados de forma directa. La puntuación total se obtiene de la sumatoria de los puntos de todos los ítems, los puntajes

altos reflejan una mayor influencia del ideal estético. La consistencia interna obtenida por Toro *et al* (1994) fue de 0,93, en la adaptación Mexicana, el índice de consistencia interna fue de: 0,94, el que obtuvimos en la presente muestra fue de: 0,93.

· *Body Shape Questionnaire (BSQ)* de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Adaptación española de Raich, Mora, Soler, *et.al.*, (1996). Adaptación mexicana de Vázquez, Galán, Aguilar, *et.al.*,(2011).

Cuestionario de 34 preguntas que evalúa la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Se responde en una escala de frecuencia (1 a 6) de ocurrencia de alteraciones actitudinales de la imagen corporal asociadas a la anorexia y a la bulimia nerviosa, así como sus antecedentes y consecuentes.

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 34 ítems. En la adaptación Española los índices de consistencia interna oscilaron entre 0,95 y 0,97; en la adaptación mexicana al calcular el alfa de Cronbach se obtuvo un coeficiente de 0,98. El índice de consistencia interna en nuestra muestra fue de: 0,97.

· *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)* (1965). Traducción y validación española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007).

Cuestionario de 10 ítems que evalúa el nivel de satisfacción de una persona con ella misma, con un formato de respuesta en escala tipo Likert; 5 ítems están enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa. Un puntaje alto es interpretado como una autoestima alta. En la adaptación española el índice de consistencia interna obtenido fue de 0,85. El índice de consistencia interna en nuestra muestra fue de 0,84. La adecuación de la escala para adolescentes en México ha sido evaluada por González-Forteza, y Ruiz (1993) y González-Forteza, Andradey Jiménez (1997), quienes obtuvieron índices de consistencia interna satisfactorios.

· *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)* de Fairburn y Beglin (1994), adaptación española de Villarroel, Penelo, Portell y Raich (2009); adaptación mexicana de Penelo, Negrete, Portell y Raich (2013).

Cuestionario de 38 preguntas que mide actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con la alimentación. La presencia de conductas asociadas a TCA es evaluada por 7 ítems de respuesta dicotómica. La evaluación de los aspectos actitudinales asociados a TCA se realiza a partir de 22 ítems, con formato de respuesta en una escala tipo Likert de 7 puntos. Anteriormente, el cuestionario contaba con 4 subescalas: Restricción, Preocupación por la alimentación, Preocupación por el peso y Preocupación por la figura. Como resultado del análisis factorial de la validación y adaptación del cuestionario a población mexicana (Penelo, *et.al.*, 2013), se encontró que 3 de las anteriores subescalas, dado a su similitud en relación a los elementos actitudinales que evaluaban, podían agruparse en una sola, quedando así un modelo de dos subescalas: restricción y preocupación por la comida el peso y la figura. La puntuación de cada una de las subescalas se obtiene con un promedio de los ítems que las componen y la puntuación total del cuestionario con el promedio de las dos subescalas.

En la adaptación española, la consistencia interna fue de 0,95 para la puntuación global. En la adaptación Mexicana la consistencia interna fue de 0,80 para la subescala de restricción, de 0,92 para la subescala de preocupación por la comida, el peso y la figura y de 0,94 para la puntuación total. El índice de consistencia interna en nuestra muestra fue de 0,80 para la subescala de restricción, de 0,95 para la subescala de preocupación por la comida, el peso y la figura y de 0,95 para la puntuación total.

· *Test de Siluetas para Adolescentes (TAS)* de Maganto y Cruz (2008). Evalúa: Modelo estético corporal, Insatisfacción con la imagen corporal, Distorsión de la imagen corporal y Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Está compuesto por 8 ítems que evalúan diferentes aspectos de la imagen corporal del sujeto, todos ellos hacen referencia a las 16 siluetas que se presentan en el test y que están distribuidas en dos filas que representan las siluetas de 8 varones y de 8 mujeres. Las siluetas están ordenadas de izquierda a derecha y muestran progresivamente un incremento del tamaño corporal en anchura, pero no en altura, con relación al incremento del peso. Los ítems 1 y 2 evalúan el modelo estético

corporal vigente. El ítem 3 permite conocer cómo percibe el sujeto el tamaño de su propia imagen corporal y el ítem 4 cuál es su imagen ideal. El ítem 5 explora la imagen ideal del sexo contrario, mientras que los ítems 6, 7 y 8 hacen referencia a las atribuciones sociales sobre la imagen corporal.

El índice de insatisfacción con la imagen corporal (índice TSA-I) se obtiene a partir de las respuestas a los ítems 3 y 4, restando la silueta ideal de la silueta actual. Un valor igual a 0 indica que el sujeto está satisfecho con su imagen corporal, valores que se alejan por encima o por debajo del 0 indican una insatisfacción derivada del desajuste entre la percepción y los deseos del sujeto de estar más grueso (valores positivos) o delgado (valores negativos). Valores negativos ≥ 3 en mujeres se consideran insatisfacción con riesgo de TCA, mientras que valores negativos ≥ 2 en varones se consideran insatisfacción con riesgo de TCA. El índice de consistencia interna obtenido en nuestra muestra fue de 0,80.

· *BEM Sex-Rol Inventory (IBRS)* de Bem (1974), adaptación al español de Behar (2000).

Cuestionario de evaluación de masculinidad-feminidad y roles de género, formado por 60 rasgos de la personalidad en que los participantes se puntúan a sí mismos basándose en una escala de 7 puntos tipo Likert. Indica el grado en que una persona es culturalmente influenciada por los roles de género, es decir, su nivel de interiorización de las definiciones culturales de género, haciendo una división de 4 categorías: femenina, masculina, andrógina e indiferenciada (o neutra).

Los ítems corresponden a características estereotípicas que conforman tres subescalas: femenina, masculina y neutra, con 20 ítems cada una. El puntaje promedio es de 4,5, puntajes superiores a éste en las subescalas masculina y femenina corresponde a la categoría andrógina (que implica la posesión a la vez de rasgos masculinos y femeninos) mientras que menores en ambas subescalas a una categoría indiferenciada. Altos en masculinidad y bajos en feminidad se catalogan como masculinos, mientras que altos en feminidad y bajos en masculinidad se catalogan como femeninos.

El índice de consistencia interna obtenido en nuestra muestra fue de 0,91 para la puntuación total, 0,84 para la subescala de masculinidad, 0,80 para la subescala de feminidad y de 0,64 para la subescala “neutral”.

Debido a que para el año en que fue llevada a cabo la investigación, el cuestionario no contaba con validaciones publicadas en ninguno de los países de estudio, y puesto que la traducción con la que se contaba fue realizada en Chile, se llevó a cabo una verificación conceptual, que de acuerdo a como es definida por Mintz y Kashubeck-West (2004), tuvo como objetivo el asegurarnos que las palabras que constituyen el cuestionario fueran comprendidas en el sentido original del mismo en los diferentes contextos socioculturales, evitando así tener una respuesta poco fiable por una posible confusión en el significado del término.

Para lo anterior se siguió el siguiente procedimiento: El cuestionario fue revisado por los responsables de la investigación (nativos de México y Cataluña) y se seleccionaron las palabras que pudieran generar confusión en su significado. Posteriormente, se envió el cuestionario a otros investigadores expertos en el área de estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en ambos países (Anexo 9.2), solicitándoles que revisaran el cuestionario respondiéndolo, que prestaran atención a las palabras que les fueron previamente señaladas (las identificadas por los primeros revisores) y que escribieran una pequeña definición de las mismas e indicaran si les habían parecido confusas o no. Igualmente, se les solicitó que en caso de identificar alguna otra palabra que les pareciera tener un significado ambiguo la señalaran y siguieran el mismo procedimiento que con las anteriores. Finalmente, se les solicitó una sugerencia de, si es que lo consideraban necesario, de qué alternativa darían a dicha palabra.

Una vez revisadas las respuestas de los investigadores, buscando el consenso entre sus respuestas, se procedió a anexar a la versión traducida del instrumento con que se contaba una frase alternativa que resultaba de mejor comprensión y / o un sinónimo o pequeña explicación de la palabra original entre paréntesis, con lo que se llegó a la versión final del cuestionario que fue utilizada en la investigación. Esta versión fue diferente para ambos países, las palabras señaladas como posibles generadoras de confusión por los revisores iniciales, así como las palabras y frases que finalmente fueron modificadas para los

cuestionarios de cada país (acorde a las respuestas de los investigadores) se encuentran en la tabla 3.

Tabla 3. Revisión conceptual de la adaptación al español del BEM Sex-Rol Inventory (IBRS) (Behar, 2000).

Posibles palabras generadoras de confusión (dadas de forma inicial a los investigadores)	Palabras y / o frases modificadas en España (acorde a las observaciones de los investigadores)	Palabras y / o frases modificadas en México (acorde a las observaciones de los investigadores)
12. Teatral	14. Te gusta que te adulen (halaguen – elogien)	6. Cambiante (voluble)
14. Susceptible de adular	35. Deseosa (o) de calmar los sentimientos dolorosos de otros	9. Consciente (concienzudo)
27. Veraz		12. Teatral (dramático o exagerado)
35. Deseoso de calmar sentimientos dolorosos		14. Te gusta que te adulen (halaguen – elogien) (fácil de halagar)
60. Convencional		23. Empática (o) (capaz de ponerme en la situación del otro)
		27. Veraz (honesto)
		35. Deseosa (o) de calmar los sentimientos dolorosos de otros (dispuesto a consolar a los demás)
		36. Arrogante (Engreído)
		41. Cálida (o) (cariñoso)
		42. Solemne (formal)
		53. No utiliza un lenguaje vulgar (procuro no decir groserías)
		60. Convencional (conservador)

Ítems del cuestionario BEM Sex-Rol Inventory (IBRS)

4.5 Materiales

- ® Raich, R.M., Sánchez -Carracedo. D. y López Guimerá, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria (2nd ed.) Barcelona: Graó.
- Documento no publicado: Raich, R.M., L. González M. y Rosés M. (2011). Modelo estético masculino. Evolución y crítica.

4.6 Procedimiento

Como fase inicial, la investigación fue presentada y aprobada para su realización por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Barcelona.

En Barcelona, se inició con la investigación de acuerdo al procedimiento a continuación descrito en las escuelas durante el año 2012 y 2013, en México se inició en el año 2013.

Para ambos países, el procedimiento fue el siguiente: se contactó a diversas instituciones educativas en la ciudades de Barcelona y Pachuca que cumplieran con la característica de ser concertadas o públicas y se realizó la presentación de la investigación ante los directivos de las mismas entregando una carta con la presentación del grupo de investigación, así como con la descripción y calendarización del estudio (Anexo 9.3).

De las escuelas que estuvieron de acuerdo en participar, se asignó la condición de escuela con grupo experimental o grupo control de acuerdo a la disposición horaria que desde un principio estableciera la propia institución. Igualmente, la dirección de la escuela eligió y nos asignó a un grupo para que participara en la investigación (en el caso de que contaran con dos o más grupos en el rango de edad requerido).

Previa firma de consentimiento informado por parte de los padres (Anexo 9.4) y autorización verbal de los alumnos el procedimiento fue el siguiente (figura 5): se realizaron las evaluaciones correspondientes. En cada una de ellas los participantes respondieron un cuestionario de datos personales y socioeconómicos y los instrumentos seleccionados, esto es, una batería de pruebas estandarizadas que evalúan: actitudes alteradas hacia la alimentación, influencia del modelo estético-corporal, satisfacción con la

imagen corporal, autoestima, así como otros aspectos que se consideró pudieran estar interactuando con dichas variables como la interiorización de los roles de género.

Cada evaluación, tuvo una duración de 1 hora y se realizó en los grupos en 4 momentos diferentes:

1. Antes de iniciar la intervención
2. Al terminar la intervención (o en su tiempo equivalente para los grupos controles)
3. En un seguimiento a los 6 meses posteriores a la segunda evaluación, y
4. En un seguimiento a los 12 meses posteriores de la segunda evaluación.

Adicionalmente se tomaron medidas de peso y altura para calcular el índice de masa corporal, durante la primera evaluación y las dos evaluaciones de seguimiento.

Al grupo experimental se le aplicó la intervención de prevención universal cuyos contenidos principales son:

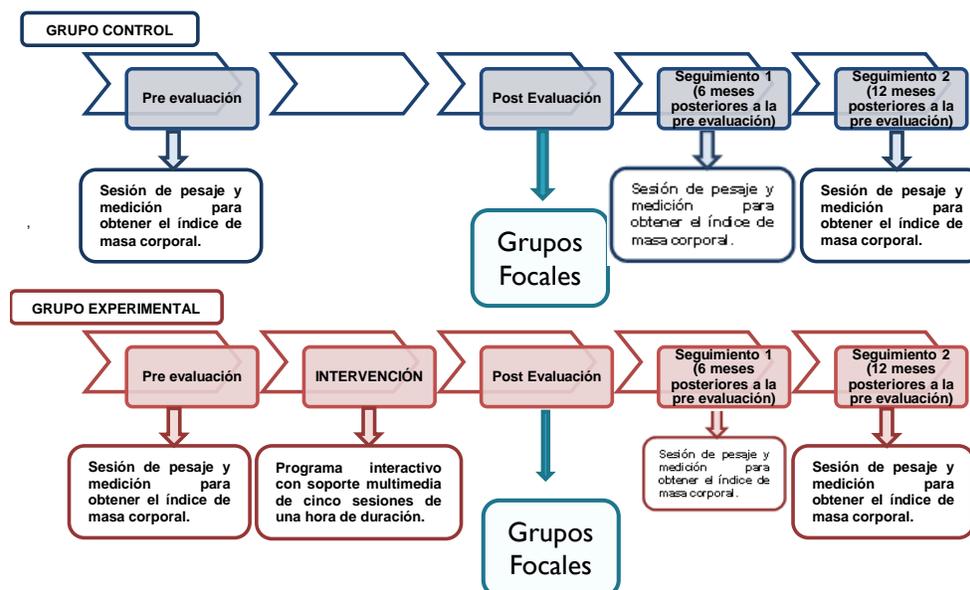
Unidad I. Modelo estético masculino y femenino a lo largo de la historia y entre diferentes culturas (incluida la nuestra): Promover la reflexión sobre el modelo estético femenino y masculino que impera en la sociedad actual, comprobar los cambios sobre este modelo a lo largo de la historia y entre culturas diversas y cuestionar la creencia de que el ideal de belleza actual sea el único y objetivo.

Unidad II. Modelo estético femenino y masculino en los medios de comunicación: Desarrollar una actitud crítica hacia los mensajes que transmiten los medios de comunicación sobre el ideal de belleza y cómo conseguirlo. Conocer la información oculta, los trucos, manipulaciones y engaños que utiliza la publicidad para transmitir el modelo estético femenino y masculino actual y la manera de conseguirlo.

Unidad III. Activismo: Generar una actividad de crítica a la publicidad a través del análisis y crítica de un anuncio publicitario y la realización de un video-parodia de crítica al mismo.

Igualmente, se realizó, en una sesión de una hora, una entrevista a grupos focales con 10 estudiantes de cada grupo (experimentales o de control), tanto hombres como mujeres, que aceptaron de forma voluntaria llevar a cabo la entrevista.

Figura 5: Procedimiento de intervención.



Momentos de la intervención para grupos control y experimental.

4.7 Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 19 (IBM Corp., 2010) para realizar los análisis estadísticos de la evaluación cuantitativa de los datos.

Para la realización del análisis cualitativo de las entrevistas a los grupos focales se utilizó el programa Atlas-TI (©2002-2016-ATLAS.ti).

RESULTADOS

5. Resultados

5.1 Resultados Cuantitativos

5.1.1. Descripción del análisis

Se realizó el análisis de valores perdidos para todas las escalas admitiendo menos del 20% de los mismos para el cálculo de las puntuaciones medias con imputación de valores perdidos.

Para la comparación de medias del IMC entre los participantes de ambos países a lo largo del tiempo se realizó la prueba T de student para muestras independientes.

Se realizaron pruebas para evaluar el posible papel confundidor de las siguientes covariables: índice de masa corporal, nivel socioeconómico e interiorización de los roles de género. Dado que en ningún caso estas posibles variables confundidoras se asociaron de forma estadísticamente significativa con las variables independientes ni con las variables dependientes, se descartó la necesidad de ajustar los modelos por dichas variables.

Para conocer la eficacia del programa sobre las distintas variables de estudio se utilizaron modelos de análisis de la varianza con el procedimiento *Modelo Lineal General (GLM)* para medidas repetidas. Se consideró un diseño factorial mixto $2 \times 2 \times 3$ (país \times grupo \times momento) siendo el tercer factor de medidas repetidas, lo que nos permitió evaluar tanto el efecto de cada uno de los factores como de la interacción de los mismos. El modelo se ajustó por la medida de la pre-evaluación y por el sexo. A pesar de que los grupos se encontraban equilibrados se decidió ajustar por el sexo de acuerdo a que la literatura nos señala que existen diferencias tanto en la prevalencia de TCA en hombres y mujeres, como en la presencia de sus factores de riesgo en ambas poblaciones (Apartado 2.2.5 Diferencias por género). Los ajustes por la pre evaluación nos permitieron asegurar que los cambios producidos por el programa a lo largo de los diferentes momentos de evaluación (post evaluación y seguimientos) pueden atribuirse al programa y no a diferencias basales de la muestra. Al no hallarse términos de interacción estadísticamente significativos, se evaluaron los efectos principales.

Igualmente se calculó el tamaño del efecto utilizando el procedimiento estadístico *d* de Cohen, para comparar la magnitud de las diferencias del efecto del programa sobre las variables de estudio entre grupos experimentales y de control considerando ambos países. Para dicho estadístico el tamaño del efecto es considerado pequeño si el valor absoluto fluctúa entre 0,20 y 0,50, medio si los valores se encuentran entre 0,50 y 0,80 y grande en valores igual o mayores a 0,80.

5.1.2. Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre ambos países en el IMC (tabla 4) tanto para hombres como para mujeres, ni en la pre evaluación ($p=0,615$ en hombres y $p=0,614$ en mujeres), el primer seguimiento a los 6 meses ($p=0,729$ en hombres y $p=0,158$ en mujeres) o el segundo seguimiento a los 12 meses ($p=0,975$ en hombres y $p=0,167$ en mujeres).

Tabla 4. Índice de Masa Corporal

País	Sexo	Índice de masa corporal pre evaluación	Índice de masa corporal primer seguimiento	Índice de masa corporal segundo seguimiento
España	Hombres	21.84 (DE=3.82)	22.75 (DE=3.73)	22.70 (DE=4.17)
	Mujeres	21.90 (DE=2.99)	22.93 (DE=2.94)	22.64 (DE=3.21)
México	Hombres	22.24 (DE=4.03)	22.71 (DE=4.31)	23.05 (DE=4.29)
	Mujeres	21.65 (DE=2.68)	22.01 (DE= 2.95)	21.83 (DE= 2.46)

Abreviaturas: “DE” Desviación estándar”.

En la tabla 5 se muestran las medias observadas en las distintas variables de estudio por país, condición (grupo control o experimental) y a lo largo del tiempo (pre evaluación, post evaluación seguimiento 1 y seguimiento 2).

En la tabla 6 se encuentran los resultados del análisis de la varianza ajustados por las medidas de pre evaluación y por sexo.

Tabla 5. Medias en las escalas de medición

MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR						
Medidas	País	Condición	Pre Evaluación	Post Evaluación	Seguimiento 1	Seguimiento 2
EDEQr	México	Experimental	0,463 (0,749)	0,469 (0,774)	0,537 (0,876)	0,455 (0,650)
		Control	0,800 (0,983)	0,666 (0,852)	0,876 (1,185)	0,943 (1,225)
	España	Experimental	0,946 (1,521)	0,926 (1,475)	0,751 (1,019)	0,853 (1,065)
		Control	0,994 (1,282)	1,025 (1,330)	0,875 (1,022)	0,962 (1,033)
EDEQewsc	México	Experimental	0,784 (0,876)	0,626 (0,725)	0,719 (0,846)	0,657 (0,753)
		Control	1,270 (1,224)	0,976 (1,135)	1,227 (1,349)	1,072 (1,205)
	España	Experimental	1,509 (1,545)	1,476 (1,581)	1,358 (1,482)	1,418 (1,481)
		Control	1,713 (1,617)	1,034 (1,097)	1,139 (1,029)	1,205 (1,408)
EDEQpt	México	Experimental	0,623 (0,770)	0,547 (0,709)	0,628 (0,820)	0,556 (0,661)
		Control	1,035 (1,000)	0,821 (0,956)	1,052 (1,222)	1,008 (1,141)
	España	Experimental	1,228 (1,321)	1,201 (1,449)	1,054 (1,135)	1,136 (1,222)
		Control	1,354 (1,335)	1,029 (1,184)	1,007 (0,948)	1,084 (1,193)
BSQ	México	Experimental	47,17 (16,86)	46,26 (15,91)	46,43 (17,52)	47,31 (16,60)
		Control	59,71 (29,50)	56,15 (28,61)	60,21 (31,59)	56,95 (29,71)
	España	Experimental	69,74 (39,57)	70,20 (40,71)	65,47 (35,74)	68,80 (38,36)
		Control	78,28 (42,26)	64,31 (31,16)	59,50 (24,57)	66,31 (35,56)
CIMEC	México	Experimental	7,68 (7,71)	6,50 (7,00)	7,31 (7,52)	6,97 (7,24)
		Control	10,06 (8,04)	8,36 (7,29)	10,33 (9,16)	8,69 (7,50)
	España	Experimental	13,88 (11,42)	13,66 (11,92)	13,44 (12,90)	13,76 (12,84)
		Control	15,03 (10,95)	11,88 (10,27)	12,06 (7,03)	12,81 (9,90)
RSES	México	Experimental	33,83 (4,66)	34,48 (4,27)	34,50 (4,65)	34,62 (3,65)
		Control	33,00 (4,883)	34,00 (5,05)	33,77 (5,37)	34,97 (4,11)
	España	Experimental	30,47 (7,04)	30,00 (7,24)	29,43 (7,31)	30,20 (6,91)
		Control	30,41 (4,37)	32,25 (4,82)	31,87 (4,68)	32,75 (5,44)
TSA-I	México	Experimental	-0,158 (0,805)	-0,155 (0,812)	-0,155 (0,767)	-0,164 (0,895)
		Control	-0,441 (0,930)	-0,654 (0,867)	-0,526 (0,834)	-0,410 (0,751)
	España	Experimental	-0,613 (1,086)	-0,680 (1,007)	-0,646 (1,136)	-0,634 (1,078)
		Control	-0,552 (0,994)	-0,656 (0,870)	-0,656 (0,651)	-0,812 (0,910)

Abreviaturas: “EDEQr” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de restricción; “EDEQewsc” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de preocupación por la comida el peso y la figura; “EDEQpt” Eating Disorder Examination Questionnaire, puntuación total; “BSQ” Body Shape Questionnaire; “CIMEC” Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal; “RSES” Escala de Autoestima de Rosenberg; “TSA-I” Índice de insatisfacción con la imagen corporal en el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA).

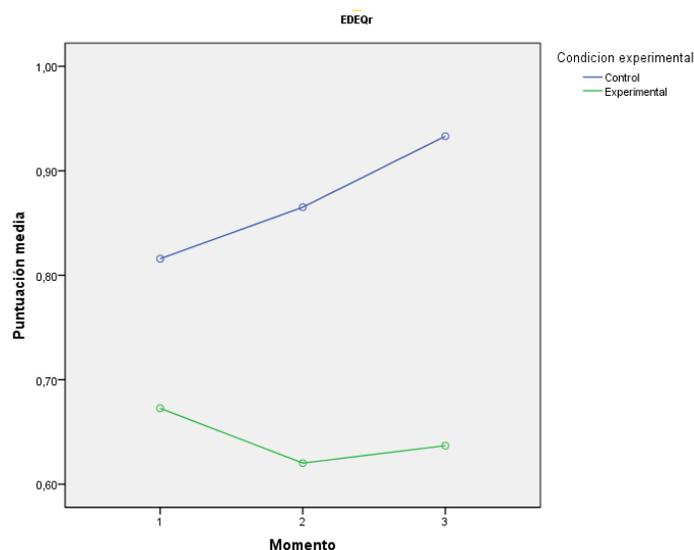
Tabla 6. Análisis de la Varianza

Análisis de la Varianza, efectos intra e inter sujetos (Ajustado por Pre evaluación y Sexo)														
Factor	EDEQr		EDEQewsc		EDEQpt		BSQ		CIMEC		RSES		TSA-I	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
PaisdeAplic	0.171	0.680	0.011	0.916	0.41	0.839	0.260	0.611	1.555	0.214	2.875	0.092	1.869	0.174
Condicion	4.315	0.040	0.284	0.595	1.984	0.161	0.280	0.598	0.522	0.471	0.732	0.394	3.969	0.048
momento	2.385	0.125	0.449	0.639	1.636	0.203	3.678	0.057	0.146	0.703	7.160	0.008	1.657	0.193
momento*PaisdeAplic	1.033	0.311	1.266	0.284	1.081	0.300	2.107	0.149	1.376	0.243	1.026	0.313	0.857	0.425
momento*Condicion	0.466	0.496	1.568	0.210	1.018	0.315	0.672	0.414	0.631	0.428	0.546	0.461	0.093	0.911
PaisdeAplic*Condicion	0.468	0.495	0.026	0.871	0.183	0.670	0.001	0.973	1.120	0.292	0.590	0.444	0.299	0.586
momento*PaisdeAplic*Condicion	0.928	0.337	0.027	0.973	0.320	0.573	1.235	0.268	0.410	0.523	0.233	0.630	1.548	0.214

Abreviaturas: “F” estadístico F de Snedecor; “p” significación $\leq 0,05$; “EDEQr” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de restricción; “EDEQewsc” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de preocupación por la comida el peso y la figura; “EDEQpt” Eating Disorder Examination Questionnaire, puntuación total; “BSQ” Body Shape Questionnaire; “CIMEC” Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal; “RSES” Escala de Autoestima de Rosenberg; “TSA-I” Índice de insatisfacción con la imagen corporal en el Test de Siluetas para Adolescentes.

En la variable actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, en la sub escala de restricción del EDEQ el factor condición fue estadísticamente significativo ($p=0,040$), los participantes del grupo control obtuvieron puntuaciones más altas respecto al grupo experimental (IC95% DM: 0,228). No se encontraron efectos estadísticamente significativos de la interacción de los factores.

Grafica 1. Comparación entre grupo experimental y control en la subescala de restricción del EDEQ

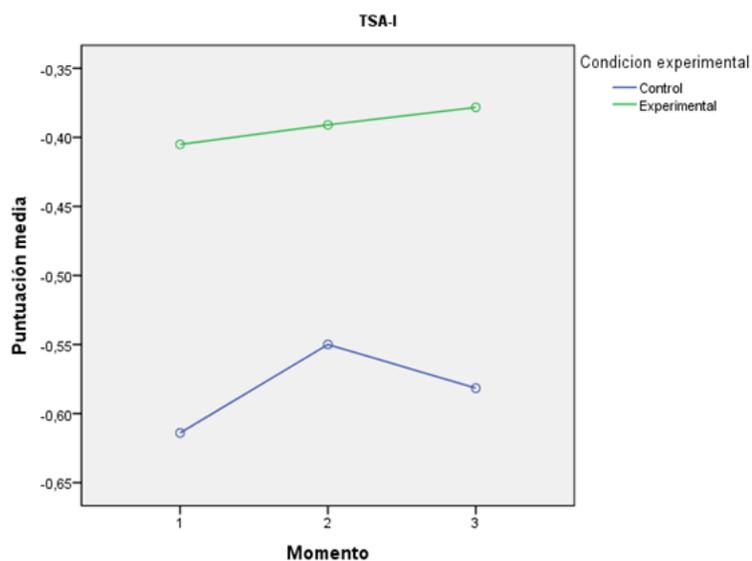


Abreviaturas: EDEQr Subescala de restricción del EDEQ

En el resto de mediciones asociadas a la variable actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, EDEQ sub escala de preocupación por la comida, el peso y la figura, así como su puntuación total, no se encontraron efectos estadísticamente significativos de ningún factor o de la interacción de los mismos.

Respecto a la variable de insatisfacción con la imagen corporal, en la puntuación obtenida en el TSA (TSA-I), el factor condición fue estadísticamente significativo ($p=0,048$), los participantes del grupo control obtuvieron puntuaciones más altas respecto al grupo experimental (IC95% DM: -0,190). No se encontraron efectos estadísticamente significativos de la interacción de los factores.

Grafica 2. Comparación entre grupo experimental y control en el TSA-I



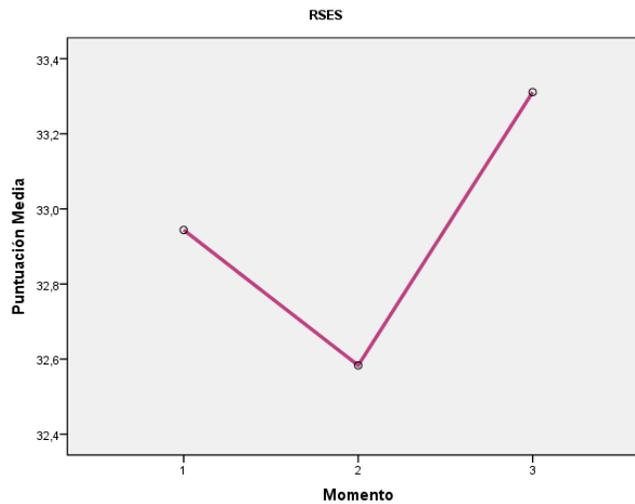
Abreviaturas: TSA-I Índice de insatisfacción con la imagen corporal en el Test de siluetas para adolescentes

En cuanto al resto de medidas asociadas a la variable insatisfacción con la imagen corporal, esto es el BSQ, no se encontraron efectos estadísticamente significativos de ningún factor o de la interacción de los mismos.

En relación a la variable de interiorización del ideal de delgadez, en su escala de medida CIMEC, no se encontraron efectos estadísticamente significativos de ningún factor o de la interacción de los mismos.

El factor momento fue estadísticamente significativo en la variable de autoestima en la medida del RSES ($p=0,008$). Se encontró una diferencia de medias (IC95% DM:-0,728) estadísticamente significativa ($p=0,039$) entre las medidas del seguimiento 1 y el seguimiento 2. La diferencia de medias entre la post evaluación y el primer y segundo seguimiento no fue estadísticamente significativa. No se encontraron efectos estadísticamente significativos de la interacción de los factores.

Grafica 3. Resultados en la post evaluación y seguimientos 1 y 2 en el RSES



Abreviaturas: RSES Escala de autoestima de Rosenberg

A pesar de que el tamaño del efecto entre el grupo experimental y el control tomando en cuenta ambos países en todas las variables oscila entre los parámetros considerados como bajos ($d \leq -0.3108$), se puede observar un aumento de este para las variables de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación e insatisfacción con la imagen corporal de la post evaluación al seguimiento 1. Lo anterior no se mantuvo para el segundo seguimiento cuando el tamaño del efecto bajo de nuevo. Para la variable de interiorización del ideal de delgadez el tamaño del efecto fue nulo ($d \leq -0.1246$). Para la variable de autoestima, se encontró un tamaño del efecto pequeño para el seguimiento 2 ($d = -0.2494$) y nulo para la post evaluación y el primer seguimiento ($d \leq -0.094$).

Tabla 7: Tamaño del efecto: Grupo experimental vs grupo control considerando ambos países.

Medida	Momento	Tamaño del efecto
EDEQr	Post Evaluación	-0.2588
	Seguimiento 1	-0.3108
	Seguimiento 2	-0.3059
EDEQewsc	Post Evaluación	-0.1764
	Seguimiento 1	-0.2136
	Seguimiento 2	-0.0799
EDEQpt	Post Evaluación	-0.2271
	Seguimiento 1	-0.2755
	Seguimiento 2	-0.1909
BSQ	Post Evaluación	-0.22
	Seguimiento 1	-0.2314
	Seguimiento 2	-0.0894
CIMEC	Post Evaluación	-0.0868
	Seguimiento 1	-0.1246
	Seguimiento 2	0.0063
RSES	Post Evaluación	-0.0036
	Seguimiento 1	-0.094
	Seguimiento 2	-0.2494
TSA-I	Post Evaluación	0.2163
	Seguimiento 1	0.2333
	Seguimiento 2	0.0988

Abreviaturas: “EDEQr” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de restricción; “EDEQewsc” Eating Disorder Examination Questionnaire, sub escala de preocupación por la comida el peso y la figura; “EDEQpt” Eating Disorder Examination Questionnaire, puntuación total; “BSQ” Body Shape Questionnaire; “CIMEC” Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal; “RSES” Escala de Autoestima de Rosenberg; “TSA-I” Índice de insatisfacción con la imagen corporal en el Test de Siluetas para Adolescentes.

5.2 Análisis cualitativo

5.2.1. Descripción del análisis

Se realizaron en total 9 entrevistas focales, 4 correspondientes a los grupos experimentales (2) y grupos control (2) de México, y 5 correspondientes a los grupos experimentales (4) y grupos control de España (1).

Las entrevistas a grupos focales realizadas con 10 estudiantes de cada grupo, tanto hombres como mujeres que aceptaron realizar la entrevista de forma voluntaria, fueron audio-grabadas (previo consentimiento informado firmado por parte de los padres de familia y verbal de los alumnos) para su posterior transcripción en documentos de procesadores de textos, los cuales fueron utilizados para el análisis haciendo uso del programa Atlas – TI.

Se realizó un “análisis de contenido” de las entrevistas. La definición de categorías se realizó de la siguiente manera:

Para la definición de categorías de primer orden se partió de las temáticas abordadas durante la realización del focus-group. La guía de entrevista semiestructurada (Anexo 9.5) dio lugar a 11 categorías comunes y 1 categoría más para los grupos experimentales: dieta, moda, estereotipos de belleza para chicos, estereotipos de belleza para chicas, transmisión del modelo estético, interiorización del modelo estético, implicaciones de la interiorización del modelo estético, anuncios publicitarios de estética o para adelgazar, influencias sociales, prevención, temas de importancia en la juventud y, para los grupos experimentales, la categoría de retroalimentación del programa. Dicha guía se construyó basándose en la investigación realizada por González, *et al.* (2012), en la que se llevó a cabo un estudio cualitativo de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de 13 años de edad.

Para la obtención de categorías de segundo orden se realizó un procedimiento inductivo: dos investigadores por separado, a partir de la lectura de las entrevistas, fueron extrayendo todas las categorías posibles de las que se podría partir en el análisis.

Posteriormente se realizó de manera conjunta un proceso de revisión de categorías siendo el porcentaje inicial común de acuerdo del 75%. Ya que el resto de categorías se

diferenciaban sólo en nomenclatura, pero para ambos investigadores el contenido de cada una era el mismo, se llegó al acuerdo de mantener las categorías redefiniendo y uniéndolas en función del contenido al que hacían referencia. Por tanto, ninguna categoría fue desechada del estudio.

Igualmente, ambos investigadores estuvieron de acuerdo en añadir 2 categorías más como de primer orden, debido a que no fueron temas que se tenía previsto tratar durante las entrevistas, sin embargo, fueron mencionados de forma repetitiva por los participantes de las entrevistas y daban un aporte importante a la investigación. Éstas fueron: factores de riesgo y protección y expectativas de género.

De tal manera se llegó a la siguiente clasificación de categorías de primer y segundo orden (tabla 8).

El segundo paso consistió en la revisión del grado de acuerdo en la categorización sobre las unidades de análisis (entrevistas), el cual se obtuvo a partir del índice propuesto por Cohen, denominado *Índice Kappa*. Los coeficientes Kappa se calcularon por separado para cada una de las entrevistas (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis cualitativo: Índice de concordancia entre evaluadores.

País	Grupo	Índice Kappa
México	Entrevista 1. Experimental	0,670
	Entrevista 2. Experimental	0,775
	Entrevista 3. Control	0,642
	Entrevista 4. Control	0,714
España	Entrevista 1. Experimental	0,626
	Entrevista 2. Experimental	0,718
	Entrevista 3. Experimental	0,685
	Entrevista 4. Experimental	0,686
	Entrevista 5. Control	0,613

Índice de concordancia entre evaluadores por grupo y por país.

Tabla 8. Análisis cualitativo: Categorías de 1er y 2do orden.

Categorías de primer orden	Categorías de segundo orden
DIETA	Dieta para adelgazar
	Dieta equilibrada o sana
	Dieta para adelgazar equilibrada / sana
	Dieta para adelgazar no saludable
	Elección de la dieta vs imposición por los padres
	Problemas de peso y alimentación
MODA	Tendencias, estilos y ropa
	Nivel socioeconómico, grupos sociales, aceptación, discriminación y moda
	Modelo estético y moda
	Personalidad y moda
	Moda en redes sociales, tecnología y música
ESTEREOTIPOS DE BELLEZA PARA CHICOS	Manera de ser / personalidad
	Manera de vestir
	Aspecto físico (facciones fuertes - varoniles de cara, cuerpo cuidado con musculatura sin exagerar y estatura alta)
	Características físicas no deseadas (relacionadas a la manera de ser, musculatura exagerada o de pastillas)
ESTEREOTIPOS DE BELLEZA PARA CHICAS	Manera de ser / personalidad
	Manera de vestir
	Aspecto físico (delgada, cara guapa, buena de cuerpo – curvilíneo-y cabello cuidado-bonito)
	Características físicas no deseadas (relacionadas a la manera de ser, no en extremo delgada, musculosa o con cirugías)
TRANSMISIÓN DEL MODELO ESTETICO	Referencias del modelo estético (juguetes o dibujos, famosos, deportistas, modelos). Medios de comunicación masiva como agentes de transmisión del modelo.
	Preferencias particulares en el modelo estético
	Cambio en el modelo estético a lo largo del tiempo o entre culturas
	Desvalorización del modelo estético
INTERIORIZACIÓN DEL MODELO ESTÉTICO	Aspectos que influyen en la interiorización (autoestima, búsqueda de aceptación, edad, personalidad e influencias sociales)
	Creencias asociadas al modelo estético
IMPLICACIONES DE LA	Desarrollo de TCA (bulimia / anorexia) o realización de conductas

INTERIORIZACION DEL MODELO ESTETICO	alimentarias de riesgo (dejar de comer, hacer dieta, vomitar).
	Insatisfacción con la imagen corporal
	Obsesionarse con alcanzar el modelo estético
	Enfermar o afectar la salud
	Autoestima baja (sentirse mal con uno mismo)
	Cambios en la personalidad y/o comportamientos
	Influencia en las relaciones sociales (aislamiento y discriminación)
	Diferencias en hombres y mujeres (mujeres más propensas y hombres cada vez más expuestos)
	Uso de métodos no saludables para conseguir el modelo estético (consumo de productos, cirugías).
	Maneras sanas de conseguir el modelo estético (deporte)
ANUNCIOS PUBLICITARIOS DE ESTETICA O PARA ADELGAZAR	Tipos de productos
	Implicaciones del uso de productos
	Interiorización y/o acreditación de anuncios publicitarios
	Desacreditación de anuncios publicitarios
INFLUENCIAS SOCIALES	Medios de comunicación masiva (MCM) (televisión, anuncios publicitarios, revistas, redes sociales e internet, música y cine) y famosos como promotores de ideal estético
	Influencias sociales en la moda (grupo de pares y sociedad en general)
	Influencias sociales en la dieta (padres)
	Influencias sociales en el modelo estético (grupo de pares, búsqueda de pareja y sociedad en general)
PREVENCION	Sugerencias en Prevención (de TCA y/o problemas de peso y alimentación, y de interiorización de modelo estético y/o estilos y comportamientos de moda)
	Prevención (posible o no)
	Aspectos importantes a dónde dirigir la prevención (autoestima, publicidad-MCM, grupo de pares-amigos, padres, edad)
	Propuesta de actividades
	Promoción de cambio de manera de pensar y comportamientos asociados
TEMAS DE IMPORTANCIA EN LA JUVENTUD	Relaciones sociales (amigos, pareja, familia, redes sociales –internet-, sexo)
	Diversión (música, deportes, tv, internet, vida social, fiestas -salir de fiesta-, hobbies, ser feliz)
	Futuro, estudios, seguridad

	Manera de ser y de pensar, autoestima y satisfacción personal
	Comida
RETROALIMENTACION DEL PROGRAMA	Evaluación (aspectos positivos / negativos) de las actividades y el contenido
	Propuestas de actividades (recomendaciones y sugerencias)
	Aprendizajes y / o cambios en la manera de pensar (desarrollo de pensamiento crítico a partir de alfabetización de medios)
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION	Factores de protección (familia, autoestima, amigos, pareja, edad)
	Factores de riesgo (la exposición a los estereotipos y a la publicidad, el consumo de alcohol o drogas, edad)
EXPECTATIVAS DE GENERO	Influencias en las expectativas de género (familia), aspectos asociados a la feminidad y a la masculinidad.
	Diferencias en la interiorización del ideal estético por género
	Diferencias en la presión social y mediática dirigida a hombres y mujeres

Abreviaturas: TCA Transtornos de la conducta alimentaria, MCM Medios de comunicación masiva

Los resultados obtenidos del índice de kappa en todas las entrevistas corresponden a un nivel de “Acuerdo Satisfactorio”, utilizando la escala de valoración de Landis y Koch (1977) (Tabla 10), la cual ha sido la mayormente utilizada para la interpretación de dicho índice. Por lo que se puede concluir que los resultados obtenidos entre evaluadores replican de manera satisfactoria las categorizaciones realizadas, por lo que estas pueden tomarse como válidas y confiables.

Tabla 10. Escala de valoración del índice Kappa de Landis y Koch (1977)

Kappa (k)	Grado de acuerdo
<0,00	Sin acuerdo
0,00 – 0,20	Acuerdo insignificante
0,21 – 0,40	Acuerdo justo
0,41 – 0,60	Acuerdo moderado
0,61 – 0,80	Acuerdo satisfactorio
0,81 – 1,00	Acuerdo casi perfecto

Interpretación del grado de acuerdo entre evaluadores.

5.2.2. Análisis

DIETA:

Todos los grupos mencionaron que existe una diferencia entre las dietas para adelgazar y mantener una dieta sana.

Asociaban la dieta para adelgazar con realizar restricciones en el tipo de alimentos que se consumían, los grupos tanto de México como de España mencionaron la reducción en el consumo de grasas, calorías y azúcares, sin embargo los grupos mexicanos añadieron la evitación del consumo de carbohidratos y los grupos españoles mencionaron la reducción de las cantidades de comida a ingerir. Igualmente, hubo diferencias en el tipo de alimentos que mencionaron se comen en una dieta para adelgazar, los grupos españoles mencionaron un aumento en consumo de cereales y alimentos con alto contenido en fibra, mientras que en México hablaron de un consumo prioritario o único de frutas y verduras. El grupo control en España no hizo aportaciones diferentes a los grupos experimentales, mientras que en México los grupos controles añadieron la evitación del consumo de carne roja, lácteos y comida chatarra. Solo uno de los grupos experimentales en España mencionó que a las mujeres puede importar más hacer dieta mientras que para los hombres al estar en la adolescencia en proceso de crecimiento necesitan comer más. En uno de los grupos experimentales en España también se mencionó que hacer dieta no es suficiente para adelgazar, sino que depende del metabolismo.

Tanto en México como en España, los grupos experimentales llegaron a la conclusión que hacer dieta para adelgazar es perjudicial para la salud. Uno de los grupos experimentales en España añadió que estas dietas no funcionan a largo plazo. En México los grupos control sólo mencionaron que las dietas para adelgazar son perjudiciales para la salud si se llevan a un extremo, y que las dietas para adelgazar dadas por un médico son sanas siempre y cuando se lleven a cabo al pie de la letra, igualmente, uno de los grupos asociaba el hecho de hacer dieta con estar a la moda.

En cuanto a la dieta equilibrada, tanto en España como en México (grupos control y experimentales) mencionaban la dieta equilibrada como aquella en que se consumen todos los alimentos haciendo un énfasis en que esto debe ser en cantidades adecuadas, sin

excederse y sin restringirse de nada (incluyendo alimentos como bollería –en España- o tacos –en México-). En México, se asocia el mantenimiento de una dieta equilibrada con el tener buena salud.

En España, los grupos experimentales y de control mencionaron que el hecho de llevar una dieta equilibrada hace adelgazar, mientras que en México solo lo mencionó uno de los grupos experimentales. Sólo algunos de los participantes mencionaron que esto solo pasa si antes de llevar una dieta equilibrada se llevaba una dieta no saludable.

Los grupos de España, experimentales y controles, mencionaron que la dieta esta impuesta y es determinada por los padres sea sana o no.

En México los grupos controles mencionaron que la elección de la dieta está asociada al estado de ánimo (depresión) y que restringirse del consumo de algún tipo de alimentos o pasar periodos largos de ayuno puede llegar a provocar sobrepeso.

MODA:

Los grupos experimentales y control de los dos países definieron moda como seguir tendencias, o aquello que impera en un momento, tanto en la manera de vestir, un tipo de cuerpo (modelo estético), el peinado, comidas o maneras de comer y maneras de actuar y pensar. En el grupo experimental mexicano, el bajar de peso para alcanzar un ideal de delgadez fue mencionado como un comportamiento producto de querer estar a la moda.

A diferencia del resto de grupos, el grupo experimental mexicano aunque también definió la moda como seguir estereotipos priorizaron su gusto particular antes de vestir acorde a una determinada moda socialmente impuesta.

Los grupos experimentales de México y España mencionaron que son los medios de comunicación masiva (siendo la televisión la mayormente mencionada) los que imponen lo que está de moda. En cambio el grupo control español mencionó que la moda es definida por las principales marcas de ropa.

En relación a las influencias sociales en la moda, el grupo experimental de España mencionó que existe una presión social, principalmente a manera de juicio en relación a la

apariciencia física y a la manera de vestir, por tanto, la búsqueda de aprobación es una de las principales razones que tienen los jóvenes para seguir los estándares de moda. La exclusión social y resultar poco atractivo fueron mencionadas como consecuencias de no seguir con la moda, y motivos de temor al rechazo por ser diferentes por parte de los adolescentes.

Tanto el grupo control como el grupo experimental de España coincidieron en que la discriminación es una de las mayores consecuencias de no seguir la moda. Mientras el grupo control de España mencionó que la apariciencia y la vestimenta pueden llegar a ser motivos para definir a la gente como buena o mala, los grupos experimentales de México también mencionaron la discriminación por no estar a la moda, pero no en relación a seguir una manera de vestir, sino por no seguir el ideal estético.

Los grupos experimentales de España y México mencionaron que la moda se asocia a seguir ideologías y ser parte de un subgrupo. Las modas relacionadas a subgrupos tanto para los grupos de España y de México fueron: chonis, suak, hipsters y punks.

Los grupos experimentales y de control de España coincidieron en que la moda está asociada al nivel socioeconómico, con una mayor presión social por seguir los estándares en grupos con un nivel socioeconómico más alto. Igualmente coincidieron en que la presión es diferente de acuerdo al lugar donde se viva, existiendo mayor presión en las grandes ciudades que en las pequeñas o pueblos.

En el grupo control de España, asocian la moda al poder, identificando a la persona que viste bien como una persona con más poder, más cultura, y por tanto con más oportunidades de triunfar o tener éxito en la vida. El grupo experimental de México también mencionó que se busca seguir la moda porque el vestir bien (definido como vestir de marca) se asocia a tener poder, tener dinero y ser popular.

A diferencia del resto de grupos, el grupo experimental mexicano mencionó que la moda también tiene que ver con seguir lo que es más popular en las redes sociales y / o ganar popularidad en las mismas.

Todos los grupos control y experimentales de los dos países realizaron una desacreditación a los comportamientos de moda mencionando que seguir la moda implica no tener personalidad o tener que dejarla de lado para poder seguirla y encajar.

ESTEREOTIPO DE BELLEZA PARA CHICOS:

Tanto en México como en España (grupos control y experimental) las características físicas propias del estereotipo de belleza en chicos fueron un cuerpo fuerte, cuidado y con musculatura (no exagerada), preferentemente de constitución ancha, facciones fuertes y varoniles y estatura alta.

En México se añadió el tener ojos claros.

Como características físicas no deseadas, tanto en México como en España (grupos control y experimental) se encontraron una musculatura exagerada o de pastillas y descuidos en la higiene corporal. Sólo en México se mencionó el tener vello corporal o facial como algo no deseado.

En ambos grupos se mencionó que la personalidad hace a un chico poco atractivo.

Otros aspectos asociados a características que hacen atractivos a los chicos fueron la manera de vestir y la manera de ser (seguridad en ellos mismos, valientes o arriesgados). Para la elección de una pareja a largo plazo la personalidad llegó a ser una característica casi o igual de influyente en los participantes.

ESTEREOTIPO DE BELLEZA PARA CHICAS:

Tanto en México como en España (grupos control y experimental) las características físicas que se mencionaron predominantemente del estereotipo de belleza en chicas fueron el ser delgada (característica mayormente mencionada), de cara guapa y buena de cuerpo, que se definía como un cuerpo curvilíneo (con pecho y nalgas). Otras características fueron un cabello cuidado y bonito, preferentemente largo, y en cuanto a la estatura la que se mencionó mayormente fue una estatura alta, aunque no como un imperativo.

En México se añadió el tener ojos bonitos.

Sólo uno de los grupos experimentales de España y los grupos control en México mencionaron el tener medidas: 90-60-90.

Como características físicas no deseadas, tanto en México como en España (grupos control y experimental) se encontraron no ser en extremo delgada, musculosa o con cirugías. Sólo en España se mencionó la obesidad como algo no deseado.

En ambos grupos se mencionó que la personalidad hace a una chica poco atractiva.

Sin ser características físicas imperantes, se mencionaron el tener piel bronceada y una sonrisa bonita como características físicas propias del estereotipo de belleza en ambos sexos.

Otros aspectos asociados a características que hacen atractivas a las chicas fueron la manera de vestir y la manera de ser (asociada a una actitud sexy y buenos modales). Para la elección de una pareja a largo plazo la personalidad llegó a ser una característica casi o igual de influyente que el físico en los participantes.

TRANSMISIÓN DEL MODELO ESTÉTICO:

Los grupos experimentales tanto de España como de México mencionaron que el estereotipo de belleza tanto masculino como femenino que se va conociendo e interiorizando a lo largo de la vida desde la infancia, ya que se transmite a través de los juguetes, la muñeca Barbie fue la más mencionada.

Los medios de comunicación masiva fueron identificados como los medios de transmisión de dicho modelo estético por el grupo experimental de España, siendo los más mencionados la televisión, las revistas, el internet, y las modelos de pasarela (o de revistas), otros que igualmente se mencionaron aunque en menor medida fueron los videojuegos y los maniqués de las tiendas de ropa.

Ambos grupos experimentales, tanto de España como de México identificaron a los famosos, aquellos con profesiones donde se ve mucho el cuerpo (cantantes, actores, deportistas y modelos) como referencias de dicho ideal estético; ambos grupos coincidieron

también que la característica predominante tanto en hombre como mujeres famosos es la delgadez.

Ambos grupos experimentales realizaron también una desacreditación del modelo estético, en el caso del grupo de España, los participantes mencionaron que ellos en lo particular no tenían deseos de parecerse a la gente famosa puesto que, mencionaban, el alcanzar el ideal de delgadez no es sinónimo de felicidad, igualmente, que dicho modelo es incongruente de alcanzar (como el hecho que implica estar delgada pero con senos grandes en el caso de la mujer, lo que no es naturalmente común) y que los beneficiados de la aceptación de dicho modelo no son las personas, sino las empresas. El grupo Mexicano mencionó que el querer alcanzar dicho ideal puede traer consecuencias a la salud.

Igualmente los grupos experimentales mencionaron que el modelo estético imperante en la actualidad no ha sido el mismo, sino que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y que también existen culturas con un modelo diferente y que dichos cambios se han visto mayormente en las chicas que en los chicos. En el caso del grupo experimental de España asociaron dicho cambio a cambios también en los roles de género, como que la mujer ya no solo permanece en casa con tareas relacionadas con el cuidado de la familia sino que es motivada a participar en actividades que antes concernían sólo al hombre. En el caso del grupo mexicano mencionaron que dicho cambio tiene que ver con el momento social e histórico, por ejemplo, tiempos de abundancia o escasez de alimento, o tiempos de guerra o de paz.

El grupo experimental mexicano mencionó que en el caso de este país se perdió el ideal estético que antes correspondía más a las características físicas de la media poblacional, poniendo por ejemplo el caso de la mujer, que antes era considerada guapa un poco voluminosa y de piel morena, de facciones anchas como la nariz y la boca, aunque fueran un poco toscas, un ideal que ahora ha cambiado a ser un modelo que ya no es 100% propio de los mexicanos, como es el tener la piel blanca, el cabello rizado, y los ojos de color en el caso de las mujeres, y en el caso del hombre el tener barba, mientras en México los hombres tienden a ser más lampiños. Igualmente mencionaron la intromisión de empresas asiáticas en la moda, o en la venta de ropa, lo que acaba siendo de influencia puesto que las tallas que exportan son tallas pequeñas que tampoco coinciden con la media poblacional.

En el grupo control de España las mujeres afirmaron la creencia de que a lo largo del tiempo se ha buscado siempre una mujer que sea delgada y delicada y que se asocia a ella con el estar en casa arreglándose y poniendo interés en su figura, sin cuestionar que el modelo haya podido cambiar a lo largo del tiempo.

El grupo control mexicano también mencionó que el modelo estético es algo que es enseñado desde la infancia, mencionaron también a los juguetes como referentes de este ideal.

Ambos grupos control, de España y México, mencionaron que los medios de comunicación masiva, pero principalmente la publicidad, son los que transmiten dicho ideal estético, el grupo mexicano mencionó a igualmente las letras de las canciones que actualmente se escuchan como trasmisoras también del ideal estético. El grupo mexicano mencionó que el hecho de que el modelo imperante cambie entre culturas depende de la publicidad, si es la misma o no en distintos lugares es que se podrá tener el mismo prototipo. El grupo español mencionó que el estar en contacto con los medios de comunicación masiva, como la televisión, hace que la gente se acostumbre a ver dicho prototipo y a pensar que es normal y que todos podríamos alcanzar dicho cuerpo ideal.

En cuanto a la veracidad del modelo estético que es transmitido en los medios de comunicación, en el caso del grupo control de España había opiniones divididas en cuanto a si las personas famosas tienen el modelo estético de forma natural y los trucos publicitarios solo ayudan a resaltar lo ya existente o si los famosos pasan principalmente por cirugías para alcanzar el ideal estético. En el caso del grupo control Mexicano, mencionaron que el ideal es difícil de alcanzar de manera natural y que aun famosos o deportistas llegan a consumir productos para tener el cuerpo que tienen, como suplementos alimenticios en el caso de los varones.

En los mexicanos del grupo control hubo puntos de vista divididos en cuanto a querer parecerse a un famoso, ya que algunos mencionaron que el recibir cumplidos por parecerse a famosos les subía la autoestima.

Todos los grupos, control y experimental de ambos países coincidieron en que existe un modelo estético imperante, pero que existen preferencias particulares en relación a las

características físicas que resultan atractivas principalmente al momento de elegir una pareja, y en el caso de elegir una pareja a largo plazo, el aspecto físico pasaba a segundo término, siendo aspectos como la personalidad más importantes.

INTERIORIZACIÓN DEL MODELO ESTÉTICO:

Todos los grupos mencionaron la autoestima como el aspecto que influye principalmente en la interiorización del ideal estético, relacionándolo igualmente con la búsqueda de aceptación y las relaciones interpersonales. La autoestima y la autoaceptación fueron mencionadas como un factor de protección para la no interiorización del ideal estético.

Los grupos experimentales de España y México, así como el grupo control de México, coincidieron que las personas con buena autoestima se sentirá bien consigo mismo y estará conforme con su cuerpo, aunque no tengan características propias del modelo estético, por lo que no les importará tanto alcanzarlo, y se dejaron influenciar en menor medida por las críticas y la opinión de los demás. Mientras que en una persona con baja autoestima estas situaciones pasarían a la inversa. El grupo también hizo mención a que el ideal estético es interiorizado y se busca alcanzarlo para tener la aceptación de los demás, para a su vez esa aceptación repercute de forma positiva en la autoestima, debido a la falta de autoaceptación.

En cuanto a las relaciones interpersonales, los grupos experimental de México, como los grupos controles de ambos países, coincidieron en que la influencia social por el grupo de pares o por la sociedad misma es importante para la interiorización del ideal estético, por la búsqueda de aceptación y el no querer ser diferentes a los demás y recibir críticas por ello. El grupo experimental de México mencionó al grupo de pares como la influencia más importante, aunque también mencionó a los padres como de quienes se puede aprender conductas de riesgo relacionadas con querer alcanzar el ideal estético. El grupo control mexicano también mencionó la influencia de los padres, pero por el hecho de poner moteos (aunque sean cariñosos) que hacen referencia a la apariencia física de sus hijos (“gordit@”), y mencionó que muchas conductas de riesgo asociadas a TCA, como vomitar, se hacen por imitación del grupo de pares.

Otro aspecto relacionado con la interiorización del ideal de delgadez fue la edad. El grupo control de España mencionó que el ser jóvenes los hace más vulnerables a la presión mediática por alcanzar el ideal estético, que el no sentirse bien en relación a la apariencia física es algo propio de la adolescencia y también el querer cambiar dicha apariencia para sentirse mejor, mientras que en la edad adulta hay auto aceptación y no se quiere más hacer cosas para cambiar el ideal de delgadez, este hecho de dejar de darle importancia a la apariencia física lo mencionaron como parte natural del proceso de madurar. Igualmente mencionaban aspectos relacionados con la edad adulta que favorecen esto, como el trabajo, el tener hijos y estar al cuidado de ellos, pero principalmente el tener una pareja estable por lo que “ya no hay necesidad de gustarle a nadie más” puesto que “ya hay alguien que te conoce y acepta tus defectos”. Hicieron mención también del hecho de que el tipo de ocupaciones de la edad adulta es diferente al de los jóvenes, por lo que ya no hay tanto tiempo dedicado a estar en contacto con los medios de comunicación masiva (como la televisión), por lo que la comparación con los modelos cesa.

En el caso del grupo experimental de México, el punto de vista era opuesto, mencionando que seguir el ideal no tiene que ver con la edad, puede ser cualquier persona a cualquier edad que se sienta mal consigo misma. Pero si mencionaban que a la edad adolescente es más difícil reconocer que se tiene un problema.

En cuanto a la búsqueda de pareja basada en el físico como factor de influencia para la interiorización del ideal de delgadez, los grupos experimentales de España y México, coincidieron en que esto tiene que ver con creencias asociadas, como que los hombres son más exigentes a la hora de elegir a una mujer por su físico, o que las chicas solo elegirán a los chicos con musculatura marcada. El grupo control de México también menciono que si se piensa que solo el físico hace atractiva a una persona esto hace que su autoestima baje y retroalimenta la interiorización del ideal de delgadez.

En cuanto a otros aspectos, solo el grupo control de España mencionó que la interiorización del ideal de delgadez está relacionada con la personalidad, el grado de perfeccionismo que una persona pueda tener, mientras que solo el grupo experimental de México menciono que la moda también es una influencia debido a que se debe tener determinado tipo de cuerpo para poder llevar lo que se lleva hoy en día. El grupo control de México mencionó que el

género igualmente influye, puesto que en mayor medida las mujeres están más expuestas a querer alcanzar el ideal de delgadez y llegan a realizar conductas de riesgo asociadas a TCA para ello.

En cuanto a las creencias asociadas al modelo estético, el grupo experimental de España realizó una desacreditación de dichas creencias mencionando que, no es el hecho de estar delgado lo que hace feliz, sino el sentirse bien con uno mismo. Igualmente, que la atracción tampoco tiene que ver completamente con el físico, específicamente que las personas que se aceptan más a sí mismas son las que parecen mayormente atractivas. Desmitificaron que las personas famosas, que son las principales representantes del modelo estético, sean completamente felices por haberlo alcanzado. Y mencionaron otra creencia generalizada, que las personas con una apariencia más cercana a la del modelo estético tienen más facilidad para relacionarse con los otros por su físico, y que las personas con sobre peso tiene menos relaciones interpersonales o son más callados, pero a la opinión de este grupo, la falta de relaciones interpersonales de una persona con sobre peso no tiene que ver con la personalidad de éste sino con el estigma social que se le impone y la discriminación que viene con el mismo. Igualmente, que debido a las motivaciones para alcanzar el ideal de delgadez, el lograrlo puede acabar siendo inútil, como el tener una pareja, que no por alcanzar el ideal de delgadez se puede garantizar el encontrar lo que estás buscando. Finalmente, hubo participantes que consideraron que mucha gente no necesita bajar de peso, pero que existe la presión de ser más y más delgada, por lo que no había ninguna necesidad de dejar de comer alimentos denominados prohibidos por las dietas por intentar alcanzar el ideal estético y que es necesario desmitificar la idea de alimentos buenos y malos, que no siempre el dejar de consumir este tipo de alimentos llevará a alcanzar el ideal de delgadez, sino a afectar a la salud.

En el caso del grupo control de México, hubo algunos comentarios de aprobación hecho de intentar lograr alcanzar el ideal estético, como que se puede seguir ese modelo siempre y cuando con ello se sientan bien consigo mismos, quizá no hasta alcanzar el ideal, pero si hasta sentirse bien con uno mismo. O que personas con sobrepeso que son guapas les sería conveniente adelgazar para verse aún mejor.

IMPLICACIONES DE LA INTERIORIZACIÓN DEL MODELO ESTÉTICO:

Todos los grupos tanto experimentales como de control de ambos países mencionaron como implicaciones de la interiorización del modelo estético la realización de conductas alimentarias de riesgo. Las que fueron mayormente mencionadas fueron el dejar de comer o hacer dieta y vomitar.

Los grupos control y experimental de México, así como el grupo experimental de España definieron la realización de conductas alimentarias de riesgo como una consecuencia de obsesionarse por alcanzar el modelo estético. El grupo control de México definió dicha obsesión como querer alcanzarlo a cualquier costo, haciendo cualquier cosa.

En cuanto a las implicaciones personales, la mayormente mencionada por los grupos tanto experimentales como de control de España fue el sentirse mal consigo mismo / insatisfacción con la imagen corporal, seguido de desarrollar una baja autoestima al sentirse menos que el resto o acomplejarse. En el grupo experimental seguida en número de menciones fue el enfermar o afectar la salud de manera general, sin implicar específicamente que se desarrolle un TCA, mientras que en el grupo control tuvo el mismo número de menciones el desarrollar un TCA y tener consecuencias para la salud sin que implique tener un TCA. En el grupo experimental también se mencionaron la frustración, depresión, y sólo un participante mencionó el suicidio por no alcanzar el modelo.

En el grupo experimental mexicano estos aspectos, insatisfacción con la imagen corporal, desarrollo de TCA, realizar conductas alimentarias de riesgo y afectar la salud sin llegar a un TCA, tuvieron el mismo número de menciones, aunque los participantes se concentraron más en las implicaciones de tipo social.

En cambio, en el grupo control mexicano, la consecuencia mayormente mencionada fue el desarrollo de TCA, seguido de la insatisfacción con la imagen corporal y el llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo sin llegar a un TCA.

Solo el grupo control mexicano mencionó que podía existir un contagio en el grupo de pares en relación a la realización de comportamientos de riesgo asociados a TCA, tanto por estar en un círculo social en el que se habla de ello (preocupación por la imagen o dietas) lo

que puede llevar a convencer a otros de que también están mal. Otra modalidad que mencionaron fue la imitación, como el ver que a alguien le ha funcionado el vomitar, y entonces imitar la conducta.

En cuanto a las consecuencias sociales, los grupos experimentales de España y México así como el grupo control de México mencionaron el aislamiento social, atribuyéndolo a distintas causas como tener una baja autoestima, por estados de ánimo bajos, o por distanciarse de la gente que se cree si cumple las características asociadas al modelo estético al sentirse menos que ellos y también, porque aquellos que no cumplen con el estereotipo pueden ser excluidos y discriminados por los grupos de su entorno social. El grupo experimental de España agregó el dejar de hacer cosas que antes hacían por concentrarse en hacer cosas por alcanzar el ideal estético, mientras que el grupo control de México mencionó el dejar de hacer cosas que antes resultaban placenteras por sentirse insatisfechos con su imagen corporal.

La exclusión social también fue mencionada por el grupo control de España.

En ambos países grupos tanto experimentales como de control coincidieron en que las mujeres están más expuestas a interiorizar el modelo y desarrollar este tipo de conductas, aunque mencionaron que los hombres están cada vez más expuestos; sólo un participante del grupo experimental mexicano mencionó que afecta a hombres y mujeres por igual. Análogamente los grupos control y experimental de España diferenciaron el modelo que se interioriza para mujeres (la delgadez) y para hombres (el ganar musculatura).

El grupo control de España mencionó además que las mujeres tienen una mayor presión social, mayor tendencia a la comparación con otras mujeres lo que las lleva a la conclusión que el resto son más delgadas.

En el grupo experimental de España y el control de México diferenciaron también entre maneras sanas de conseguir el ideal como hacer deporte, en comparación a maneras que pueden poner en riesgo la salud como las cirugías o el consumo de productos. El grupo control de México agregó como una manera saludable el reducir el consumo de grasa en la alimentación.

El grupo control mexicano concluyó que, por tanto, se podía seguir el ideal estético siempre y cuando se hiciera de manera sana y que para ellos podrían seguirse modelos que lo representaban de manera saludable como los deportistas, en vez de aquellos que están en los anuncios publicitarios.

ANUNCIOS PUBLICITARIOS DE ESTÉTICA O PARA ADELGAZAR:

El grupo experimental de España mencionó a los anuncios como uno de los promotores del ideal estético, no sólo por los modelos que utiliza sino por fomentar la idea de que tienen los productos necesarios para alcanzar dicho ideal.

En relación a los tipos de productos anunciados, el grupo experimental de España mencionó en mayor medida productos de dieta o light, pastillas para adelgazar, pastillas, inyecciones o suplementos alimenticios para ganar musculatura, y otros que fueron mencionados: las cirugías y las máquinas para hacer ejercicio en casa. El grupo control de España mencionó de forma puntual el creciente número de productos de estética o para conseguir el ideal estético dirigido a hombres, mencionando productos como cremas antiarrugas y para la caída del cabello, y anuncios de depilación y máquinas para ejercitarse.

Los grupos experimentales tanto de España como de México realizaron una desacreditación de los anuncios publicitarios, ambos los definieron como perjudiciales para la salud. El grupo experimental de España mencionó que además de no dar una garantía de que funcionasen implican un gasto económico alto.

El grupo experimental de México agregó que otras de las implicaciones de este tipo de anuncios es que afectan de forma negativa a la autoestima y que pueden ser favorecedores del desarrollo de TCA, lo que tiende a retroalimentarse pues mencionaban que son precisamente las personas con una autoestima más baja las más proclives a consumir dichos productos para querer alcanzar el ideal de delgadez.

El grupo experimental de España realizó igualmente una desacreditación de las dietas y / o productos de dieta, mencionando que pueden funcionar a corto plazo pero que el peso perdido vuelve a recuperarse igual o en mayor medida.

En el caso del grupo control de España mencionaron que podrían seguirse vendiendo productos para “cuidarte y sentirte bien” sin que se recalcará la idea de alcanzar la perfección, y sin llevar al cuerpo a un extremo.

En cuanto a si este tipo de productos aportaran algún tipo de beneficios, los grupos experimentales tanto de España como de México y el grupo control de España mencionaron a las empresas que los comercializan como las únicas beneficiadas, mientras que la sociedad en general no recibe ninguna aportación, al contrario, puesto que la estrategia de este tipo de anuncios es presentar el ideal de delgadez para favorecer la insatisfacción con la imagen corporal y que la autoestima baje, haciendo los anuncios una labor de convencimiento de que a través del consumo de dichos productos el ideal puede ser alcanzado y sólo una vez que ha sido así la persona podrá sentirse bien consigo misma.

El grupo experimental mexicano hizo un énfasis en el uso de trucos publicitarios, como el photoshop, concluyendo que las imágenes proyectadas por los anuncios no son 100% reales, sino una forma de manipulación y engaño. Así mismos, agregaron que las discrepancias entre el modelo estético, la realidad y los resultados que ofertan los productos son exageradas y que su mero consumo no funciona ni para alcanzar el ideal de estético ni las connotaciones o creencias asociadas a ello, como el ser más atractivo o sentirte bien contigo mismo.

El grupo control de España sólo realizó un reconocimiento que de haber un ideal estético más apegado a la realidad dichos productos dejarían de verse como necesarios y de ser consumidos.

De los participantes del grupo control mexicano salieron afirmaciones como que la información dada en los anuncios es veraz, que son productos que proporcionan beneficios como aumentar la autoestima en mujeres, y otros mencionaron estar a favor de la cirugía plástica no sólo como un método correctivo o de estética siempre y cuando no se haga un abuso de la misma. En cuanto a la efectividad de los productos para adelgazar hubo opiniones divididas, mientras algunos afirmaban que los productos funcionan otros decían que no o al menos no a largo plazo y que son productos que se usan por no querer hacer esfuerzos, pudiendo llegar a los mismos resultados de forma natural, como hacer ejercicio.

Igualmente mientras algunos mencionaban que eran perjudiciales para la salud otros mencionaban que eso dependía del uso que cada uno les diera. En cuanto a las implicaciones de su uso solo mencionaron el gasto económico. Igualmente se mencionó que el modelo de ideal estético no existe de forma natural y que los famosos que lo tienen consumen este tipo de productos para mantenerlo.

INFLUENCIAS SOCIALES:

En relación a las influencias sociales para la interiorización del ideal estético, todos los grupos, tanto experimentales como de control de ambos países, mencionaron el grupo de pares, la búsqueda de pareja y la sociedad en general, como las mayores influencias.

El grupo experimental de España mencionó creencias asociadas a la búsqueda de la pareja como el que alcanzar el ideal estético los vuelve más atractivos, mientras que el grupo experimental de México mencionó que son mayormente los hombres quienes buscan como pareja alguien que haya alcanzado el ideal de delgadez. El grupo control mexicano mencionó que mientras los hombres buscan a las mujeres delgadas las mujeres prefieren a los chicos con musculatura, creencia asociada e interiorizada al ideal estético.

Todos los grupos tanto experimentales como controles mencionaron que es el grupo de pares el que tiene mayor credibilidad en juicio y opinión en relación a la imagen. Los grupos control y experimental de España mencionaron principalmente la comparación, competencia y crítica entre mujeres en relación a la imagen. El grupo experimental de México mencionó que el grupo de pares es de influencia en general para la manera de comportarse en los adolescentes, aunque recalcaron que el grado en que se busque la aceptación y opinión de los demás tiene que ver con la autoestima. El grupo control mexicano agregó que el grupo de pares también tenía una influencia en la búsqueda de pareja, ya que la persona con la que se quiera tener una relación debe ser aprobada como guap@ o no por los amigos; en general, mencionaron al grupo de pares como influencia por la imitación de comportamientos, estilos y figura y por la búsqueda de aceptación.

En cuanto a la sociedad en general, los grupos de España experimental y control, mencionaron la presión social basada en los juicios que se hace a las personas por la imagen y la falta de aceptación si dicha imagen no es la socialmente aprobada.

El conseguir un trabajo también fue mencionado por los grupos experimentales y control de España y México aunque en menor medida.

Para los grupos experimentales y de control de España ni los padres ni la familia en general fueron identificados como influencia en la interiorización del ideal. En el grupo experimental y de control de México los padres fueron mencionados como influencia pero solo durante la infancia por imitación de conductas, insatisfacción con la imagen corporal en los padres o charlas asociadas a la búsqueda del modelo estético. El grupo control agregó el decirles directamente a los niños que deben adelgazar.

En cuanto a los medios de comunicación masiva, todos los grupos mencionaron la televisión como de mayor influencia, seguido de los anuncios publicitarios, y los famosos que cumplen con el modelo estético (cantantes, actores, modelos). Con menores menciones estaban las revistas, las redes sociales o internet, la música y el cine.

Los grupos control y experimental de España hicieron también aclaratorio que el lugar de residencia (zona rural o urbana) influye en la cantidad de anuncios y mensajes a los que estas expuesto.

En cuanto a los famosos, el grupo experimental Mexicano mencionó también a los personajes de fantasía, como las princesas, como de influencia para los niñ@s.

En cuanto a las influencias sociales en la moda, todos los grupos mencionaron a la sociedad en general como la mayor influencia para la interiorización de ropa, estilos y comportamientos de moda, enfatizando la discriminación y juicio que socialmente se emite por la manera de vestir. En los grupos de España esto fue asociado al lugar de residencia (distrito / barrio) y con mayor presión cuanto más alto sea el nivel socioeconómico. EL grupo experimental de España mencionó también la influencia de la cultura, como el asumir modas que vengan de otras sociedades occidentales como Estados Unidos.

El grupo de pares fue igualmente mencionado por todos los grupos, el grupo experimental mexicano lo asoció a la búsqueda de aceptación y a la imitación. La búsqueda de la pareja solo fue mencionada por los grupos control de España y México, mientras que los padres,

la familia en general, o la búsqueda de trabajo no fueron mencionados como de influencia en la interiorización de estilos y comportamientos de moda.

En cuanto a la influencia de los medios de comunicación masiva en la moda, todos los grupos recalcaron la alta exposición a los anuncios publicitarios y las tiendas de marca, incluyendo los grupos españoles (experimental y de control) los maniqués y los escaparates. Los famosos también fueron mencionados por todos los grupos como promotores de la moda. La televisión fue mencionada por los grupos españoles y sólo por el grupo control de México, el grupo experimental de México agregó la música y las redes sociales. El grupo control mexicano definió a la sociedad en que vivimos como una sociedad de consumo que define moda, modelo estético, conductas, marcas que se deben comprar y productos que se tienen que consumir.

En cuanto a las influencias sociales en la elección de la dieta los grupos españoles y el grupo control mexicano mencionaron a los padres como la principal influencia. Referente a de donde obtenían información en relación a la realización de dietas o alimentación en general la televisión y la sociedad en general fueron mencionados por los grupos españoles mientras las revistas fueron mencionadas por el grupo control mexicano.

En el grupo experimental mexicano no mencionaron influencias sociales o de los medios de comunicación masiva para la elección de la dieta. En cambio, mencionaron que en el desarrollo de la personalidad puede existir la influencia de la sociedad al querer tener un modelo a seguir.

PREVENCIÓN:

En cuanto a sugerencias para llevar a cabo prevención los grupos experimentales de España y México mencionaron la importancia de comenzar con la prevención desde edades tempranas para que crezcan más protegidos de interiorizar el ideal estético. También, que había de promoverse el no bromear a expensas del físico de los demás y no levantar juicios ni discriminar. Igualmente, el grupo experimental de España dijo que la prevención debía realizarse haciendo también énfasis en la promoción de estilos de vida saludables como hacer deporte o dar información de nutrición. En cuanto a maneras de prevenir, los grupos experimentales de ambos países y de control de España mencionaron la importancia de

Informar del tema, informar de los trucos de la publicidad. En el caso del grupo control, aunque se mencionó la importancia de no juzgarse se hizo únicamente en relación a las mujeres; mencionaron también como sugerencia que los talleres sean dados por personas que han pasado por un TCA o que han tenido problemas con el peso y la alimentación y que puedan comentar las consecuencias que han tenido por intentar alcanzar el ideal de delgadez.

Los grupos experimentales y de control de México mencionaron aspectos mayormente relacionados con cuestiones sociales. El grupo experimental habló de la importancia de reconocer que las conductas alimentarias de riesgo son un problema y no verlo como algo irrelevante, así como el concientizar a los adultos, como los padres de familia y los profesores de que los TCA son un problema, para que sean ellos mismos los que promuevan la prevención y no limiten que se lleven a cabo este tipo de programas. Igualmente mencionaron poner interés en el grupo de pares y los amigos para prevenir que las conductas se den por imitación. Hablaron de la importancia de hacer prevención aun con bajos recursos dentro de su mismo entorno educativo como informando a través de carteles. Finalmente, mencionaron el hablar de las consecuencias de seguir el modelo estético, a corto y largo plazo para que los adolescentes puedan tomar decisiones más conscientes.

El grupo control de México mencionó también el incluir a los padres de familia en la prevención, el promover no compararse con los demás y el evitar o negarse a participar en conversaciones que tengan que ver con el peso o la figura e incluso alejarse de amigos de ser necesario. Igualmente, enfatizaron el promover dejar de hacer comentarios despectivos en relación a la imagen de los demás.

Los grupos experimentales tanto de España como de México mencionaron como estrategia de prevención el modificar los anuncios publicitarios, que incluyeran modelos que no solo ejemplificaran el ideal de delgadez sino más aproximados a la norma, de esta manera la gente no encontraría tantas diferencias y no se sentiría mal con ellas mismas. Incluso los participantes de España mencionaron el hacer juguetes que mostraran diferentes tipos de cuerpos como los que encontraríamos en la vida cotidiana, para evitar que desde niños se piense que existe un único modelo de perfección. Igualmente, en el grupo de México se

mencionó que aún para las personas que ya hayan desarrollado un TCA el alejarlas de los medios de comunicación podría ser de ayuda y que podrían utilizarse los mismos medios de comunicación para informar en relación a las consecuencias de buscar alcanzar el ideal de delgadez.

El grupo control de México no mencionó el cambiar el ideal estético en los medios de comunicación pero si mencionó que sería de ayuda que disminuyeran la cantidad de anuncios relacionados con productos para adelgazar o de estética.

En el grupo experimental de España hubo diferentes opiniones acerca de si era posible o no realizar un cambio en la manera de pensar de la gente, mientras algunos mencionaban que solo podría ser posible prevenir en las generaciones futuras empezando a prevenir en los niños, otros decían que era posible cambiar la manera de pensar de los jóvenes aun y que podía hacerse también un contagio y promoción de cambiar la manera de pensar de otros.

En el grupo experimental de México mencionaron la dificultad de prevenir o cambiar la manera de pensar en relación al modelo estético debido a que éste es imperante en la sociedad.

En el grupo control de España se dijo directamente que no es posible prevenir la interiorización del ideal de delgadez y sus consecuencias relacionadas con el desarrollo de problemas relacionados al peso y la alimentación.

Mientras que el grupo control de México mencionó que el querer cambiar o llevar a cabo una conducta es una decisión personal y que el llevar a cabo estrategias de prevención no causaría ningún efecto para querer dejar de querer alcanzar el ideal estético o realizar conductas alimentarias de riesgo.

Todos los grupos coincidieron en que la mejor manera de realizar una estrategia de prevención sería reforzar la autoestima de las personas, valorando otros aspectos importantes y buenos de ellos que no tengan que ver con la imagen, desvalorizando y desacreditando la importancia que se le da al ideal estético.

TEMAS DE IMPORTANCIA PARA LA JUVENTUD:

Los grupos experimentales en México mencionaron como los temas de mayor importancia las relaciones sociales (amigos, pareja, familia, las redes sociales de internet y el sexo), la diversión y los hobbies, (música, deportes, televisión, internet, tener vida social o ir de fiesta), ser felices y, aunque con un número menor de menciones, la comida. Mientras que los grupos control mencionaron como importante el aspecto físico, contar con una buena autoestima y satisfacción personal, valores, así como aspectos mayormente personales como desarrollar una manera de pensar y una personalidad propia sin importarte lo que digan los demás aspectos que sólo fueron mencionados una vez en uno de los grupos experimentales. Tanto los grupos experimentales como controles mencionaron de importancia el futuro, los estudios y la seguridad.

En España, el grupo control mencionó como temas de importancia el futuro y los estudios y aspectos relacionados con la diversión (música); mientras que uno de los grupos experimentales mencionó aspectos relacionados con los hobbies (deportes) e hicieron mención al tema de los estudios (enfocándose al desarrollo de valores), otro de los grupos sólo menciona como tema de importancia el aspecto físico.

RETROALIMENTACIÓN DEL PROGRAMA:

La realización del video fue la actividad que recibió mayor retroalimentación positiva en ambos países señalándola como la actividad que les gustó más del taller por haberles permitido expresar su punto de vista de forma lúdica más que con palabras. En México reiteraron el agrado de haberseles permitido expresar su opinión a lo largo de todo el taller y que no fuera solo algo receptivo.

No se hicieron valoraciones negativas al taller por ninguno de los grupos.

En cuanto al contenido, el grupo de España refirió los trucos de la publicidad como la parte más interesante así como el hecho de que el modelo se trasmite desde la infancia a través de los juguetes y las diferencias en el ideal de belleza entre culturas.

En ambos países los participantes mencionaron como aprendizajes el darse cuenta como la publicidad engaña a las personas haciéndoles creer que el modelo estético existe, haciendo

uso de los trucos publicitarios, y busque seguirlo, así mismo, que la información proporcionada por los medios no siempre es correcta o adecuada, que la perfección en las imágenes y en el estereotipo que se proyecta no existe.

El grupo mexicano mencionó que aumentaron su forma de ver críticamente los estereotipos y aprender a mirarlo desde otras perspectivas, lo que les permitió cambiar su punto de vista y formar un criterio propio frente a la publicidad. Mencionaron haber reflexionado en lo absurdos que pueden ser los estereotipos y que el seguirlos no los hace mejores personas y no necesitan alcanzar el ideal estético para estar bien consigo mismos o ser aceptados. Igualmente mencionaron que les pareció importante el hablar de que el cuerpo no puede ser moldeado a gusto y que hay aspectos en los que no se puede influir como la constitución ósea, el metabolismo o la genética. Algunos participantes mencionaron que el taller tuvo un impacto positivo en su autoestima. Y mencionaron específicamente uno de los aspectos positivos de conocer los trucos de la publicidad el no dejarse afectar por ella. Hubo participantes que mencionaron que antes del taller sí creían que las imágenes proyectadas por los medios de comunicación eran reales, lo que cambió a raíz del taller. Por lo anterior destacaron la importancia de que la gente tenga información en relación a la interiorización del ideal estético y los anuncios publicitarios y su relación con la realización de conductas alimentarias de riesgo, de manera que nadie caiga en la realización de estas conductas por ignorancia.

El grupo de España menciona que quizá se necesitaría más tiempo para realmente llegar a cambiar su punto de vista en relación a algunos de los aspectos relacionados con el taller, pero que les hizo bien conocer los contenidos de la intervención y que les había llevado a cuestionarse las cosas, así como a darse cuenta de otros aspectos que son más importantes que la imagen.

En cuanto a sugerencias, ambos grupos mencionaron realizar más actividades como el video y aumentar el número de sesiones, el grupo mexicano agregó que podría escolarizarse el taller y verse como una asignatura en la escuela ya que de esa manera no era algo extra y podría recibirse de mejor manera. En España se sugirió aumentar contenidos, como analizar los estereotipos también en las series de televisión y también identificar más a fondo las ideas asociadas que se transmiten como estereotipos de género; igualmente

sugirieron incluir hablar más de alimentación y mencionaron que este tipo de talleres podrían ser más efectivos a edades más tempranas.

En España, en relación a la evaluación que se les realiza, mencionaron que es un poco larga y que podrían buscarse cuestionarios para población general más que para buscar síntomas específicos de TCA.

A manera de conclusión, los grupos mexicanos dijeron que les parecía un taller útil, mientras que los grupos de España cuestionaron si realmente era posible prevenir o modificar la interiorización del ideal estético, ya que era algo que estaba arraigado en todas las áreas sociales.

EXPECTATIVAS DE GÉNERO:

En el grupo control de España mencionaron que existen diferencias en la manera que hombres y mujeres reaccionan ante el ideal de delgadez. Las mujeres están más expuestas a interiorizar el ideal de delgadez y presentan más preocupación por la imagen corporal debido a que tienen mayor presión mediática y social por estar delgadas, mientras que al hombre le es más permitido no seguir el ideal estético, mencionando también que el estereotipo de belleza del hombre es menos exigente que el estereotipo de belleza de la mujer. Aunque hubo algunas menciones de que cada vez se va igualando más y que los varones cada vez se encuentran más preocupados por su físico. El grupo control de México también mencionó que las mujeres están más preocupadas por su peso mientras que al hombre es algo que le importa en menor medida.

En cuanto a la presión mediática, los grupos experimentales de España, coincidieron en que son los medios de comunicación masiva los que transmiten no sólo los estereotipos de belleza sino los estereotipos de género, que mientras hacia la mujer hay mayor presión de anuncios por alcanzar el ideal de delgadez, al varón se le asocia más al poder y al dinero, este tipo de diferencia entre anuncios dirigidos a la mujer o al hombre fue clasificada como machista.

En cuanto a la presión social por alcanzar el ideal de delgadez igualmente mencionaron diferencias por género. En el grupo control de España se mencionó que en el caso de la

mujer expresaban que existía una presión muy grande por su grupo de pares (mujeres) a manera de crítica en relación a la imagen corporal, siendo más criticada la mujer por sus congéneres por no alcanzar el ideal estético, lo que mencionaron que no sucedía en el caso de los hombres. En el caso del grupo experimental de México igualmente mencionaron que la mujer es más influenciada por las críticas negativas hacia su aspecto físico que el hombre y lo asociaban a una diferencia cultural en la crianza a la que definieron como machista, mientras que a la mujer se le insta a ser más sensible a los hombres se les insta a ser más duros, lo que es principalmente inculcado por la familia, esta diferencia entre sensibilidad y dureza fue utilizada para definir la feminidad (sensibilidad) y la masculinidad (dureza). En el grupo control de México definían la feminidad como estar delgada y arreglada o presentable en todo momento, mientras que la masculinidad se relacionaba más con comportamientos, como el de cuidar a la mujer o ser caballeroso.

Otra de las presiones sociales tuvo que ver con la búsqueda de relaciones de pareja, tanto en el grupo control de España como en el grupo experimental de México, las mujeres expresaron tener mayor presión ya que compartían la idea de que el ser atractiva para los chicos dependía principalmente del físico. En el grupo control de México los chicos mencionaron el caso contrario, que mientras a ellos no les preocupa tanto el físico de la mujer en la elección de pareja las mujeres son más detallistas y exigentes al momento de elegir a un chico.

En relación a los roles de género y la edad, el grupo control de España mencionó que una vez que una mujer es mayor y tiene hijos su preocupación por el físico disminuye ya que en ese momento su preocupación y prioridad son los hijos más que otra cosa. Este tipo de cambio con la edad o en relación a la paternidad no fue asociado a los hombres.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN:

Los grupos experimentales tanto de España como de México mencionaron como un factor de riesgo para la interiorización del ideal de delgadez y la realización de conductas de riesgo asociadas a TCA la autoestima y auto aceptación. Mencionaron que mientras la autoestima sea alta, se dará menos importancia a la opinión de los demás sobre uno mismo y no se buscará la aprobación de los otros por medio de alcanzar el ideal estético, mientras

que si la autoestima es baja o se da gran importancia a la opinión y aprobación de los demás habrá mayor tendencia a hacer lo que la sociedad te dice que debes hacer para estar bien contigo mismo (alcanzar el ideal de delgadez). En ambos países se mencionó la importancia de cambiar la manera de pensar en relación a lo que la sociedad establece en relación al ideal de delgadez, lo que tendría repercusiones directas en la autoestima y los comportamientos de riesgo asociados a querer alcanzar dicho ideal, restar importancia al modelo estético, y que el aspecto físico no ha de ser visto como el todo de la persona sino sólo como un aspecto más.

Los grupos experimentales de España añadieron que la autoestima y la auto aceptación no sólo tienen que ver con ser delgado u haber alcanzado el ideal de delgadez.

Los grupos controles mexicanos igualmente mencionaron la importancia de la autoestima como factor de riesgo o protección, y añadieron a la familia y los amigos como un factor de protección, mientras que la exposición a los estereotipos y a la publicidad, el consumo de alcohol o drogas fueron mencionados como factores de riesgo. Los grupos control de España únicamente mencionaron a la pareja como un factor de protección, asociando el tener pareja al haber alcanzado aprobación de alguien. Igualmente mencionaron a la edad como un factor de riesgo o protección, siendo la juventud o adolescencia una edad en que se da mayor importancia al tema de la imagen y la moda, mientras que en la edad adulta consideraban que dichos temas dejar de ser tan importantes ya que a esta edad se cuenta con una pareja estable, nuevamente mencionando a la pareja como una fuente de aceptación y retroalimentación positiva.

DISCUSIÓN

6. Discusión

En el presente apartado realizaremos la discusión de los resultados a partir de la triangulación de los resultados cualitativos y cuantitativos. Comenzaremos por la revisión del cumplimiento de los objetivos e hipótesis planteados, seguiremos con una discusión en general del programa preventivo de acuerdo a la revisión de la literatura y la retroalimentación de los participantes, para finalizar con las fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación.

El objetivo general de la investigación fue *conocer la eficacia de un programa de prevención universal de problema relacionados con el peso y la alimentación, haciendo uso de la alfabetización de medios. Comparando los resultados entre dos muestras adolescentes de España y México.*

En cuanto al programa de prevención, se siguieron como directrices los resultados de Stice, *et.al.*, (2007) en cuanto a los componentes de los programas que han resultado ser más exitosos en materia de prevención de TCA. De esta manera, nuestra muestra estuvo compuesta por adolescentes de una media de edad de 14,87 (DE=0,62) años, habiéndose referido los autores a que los programas dirigidos a participantes con una media de edad de 15 años alcanzaban mayores efectos. En relación al formato del programa, éste fue diseñado con un formato interactivo de múltiples sesiones, aplicado por expertos externos (y no por los propios profesores de los participantes), tal como señalan los autores. En cuanto al contenido, de acuerdo a lo expuesto por Noordenbos (2016) nuestra intervención corresponde a los programas de prevención de segunda generación, ya que está diseñado para promover el desarrollo de un pensamiento crítico en relación al modelo estético corporal imperante en la sociedad, con la finalidad de reducir la interiorización de dicho ideal y favorecer la satisfacción con la imagen corporal, ambos aspectos han sido señalados por diversos autores como eficaces para la reducción de aparición de sintomatología asociada a TCA en materia de prevención (Neumark-Sztainer, *et al.*, 2006b; Neumark-Sztainer, 2009; O'Dea, 2012; Pratt y Woolfenden, 2002; Stice,*et al.*, 2008; Stice, *et.al.*, 2010; Stice, *et.al.*, 2007), esperando que al lograr los aspectos anteriores la autoestima igualmente aumente y se reduzcan las actitudes y conductas alteradas de alimentación. Para lograr lo anterior, el programa hizo uso de la alfabetización de medios.

A pesar de que Stice, *et.al.*, (2007) señalaron que los programas de prevención selectiva resultaban más eficaces que los programas de prevención universal, otras investigaciones respaldan la importancia de considerar población en general para la prevención de TCA, dado que reduce el costo y permite un mayor alcance de los beneficios (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b), por lo que, partiendo de la base de que la exposición al ideal de delgadez es global (Toro, 2006), y por ende cualquier persona podría desarrollar los aspectos negativos asociados a esta exposición, como el desarrollo de insatisfacción con la imagen corporal (Ahern, *et.al.*, 2011; Ata, *et.al.*, 2007; Levine, *et.al.*, 1999; O'Dea, 2012; Toro, 2006), la intervención constituyó un programa de prevención universal, por lo que el único criterio de exclusión de la muestra fue la negativa a participar en la investigación ya fuera por los adolescentes o por sus padres. Por el mismo motivo incluimos tanto a mujeres como a hombres, ya que se ha reportado la presencia de conductas de riesgo en adolescentes hombres asociados a problemas relacionados con el peso y la alimentación y además que tan consecuencias negativas para la salud tiene la interiorización y búsqueda de alcanzar el ideal estético femenino como el masculino (Mancilla-Díaz, *et.al.*, 2006; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b). Y, finalmente, elegimos la aplicación del programa en entornos escolares tal como han puntualizado Smolak, (2004) y O' Oea (2012) como los lugares donde las intervenciones de prevención universal pueden tener mayor alcance.

Para favorecer la comparación de resultados, realizamos la evaluación de aspectos tales como IMC y nivel socioeconómico de los participantes de ambos países, encontrando que no existían diferencias significativas entre los participantes; igualmente, la selección de las escuelas a las que se les propuso participar en el programa fue realizada con este mismo propósito, proponiendo instituciones educativas de zonas urbanas.

El objetivo específico de la investigación fue *conocer el impacto del programa de intervención en la disminución de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, influencia del modelo estético corporal y autoestima comparando los resultados entre ambos países.*

Para lograr el objetivo anterior y permitir la comparación entre ambos países, realizamos las evaluaciones de las cuatro variables con instrumentos que han sido validados tanto en población mexicana como española.

Ambos objetivos fueron cumplidos debido a que logramos la implementación del programa de intervención tanto en México como en España y el análisis de resultados se realizó en función de realizar la comparación entre ambos países.

En cuanto a la eficacia del programa en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación, así como el impacto del mismo en las cuatro variables de estudio antes mencionadas comparando ambos países, realizaremos a continuación la discusión en relación a la comprobación de las hipótesis de la investigación a partir de la triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos.

Comprobación de Hipótesis

Triangulación de resultados cualitativos y cuantitativos

1. Hipótesis general: el programa de prevención universal será eficaz en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación en ambos países.

De acuerdo al análisis de la varianza realizado, el factor país de aplicación no tuvo un efecto significativo sobre ninguna de las variables de estudio, ni por sí solo, ni en su interacción con el resto de factores (condición de intervención y momento de evaluación) de manera conjunta o por separado.

Por lo anterior, podemos afirmar que los resultados del programa de intervención no difieren en ambos países, así, la eficacia o no del mismo sobre las variables de estudio que presentaremos en la discusión de las hipótesis específicas es igual para ambos países. Por tanto, ésta hipótesis en su sentido más general ha sido confirmada.

Lo anterior va de la mano de otros resultados que se han realizado en estudios transculturales, si bien, no comparando programas de intervención, si comparando la presencia de factores de riesgo o el impacto de los mismos sobre el desarrollo de TCA que han reportado que no han existido diferencias entre los países comparados con España o

con México o entre ambos (Espinoza, *et.al.*, 2008; Espinoza, Penelo y Raich, 2009; Francisco, *et.al.*, 2015; Gómez- Peresmitre y Acosta, 2000; Gómez- Peresmitre y Acosta, 2003; Gómez-Peresmitré, *et.al.*; 2013; Mancilla-Diaz, *et al.*, 2010; Munguía, *et.al.*, 2016; Toro, *et.al.*, 2006).

Igualmente, durante las entrevistas cualitativas los participantes mencionaron un cambio en los estándares de belleza debido a la aculturación, en el caso de México mencionaron específicamente un cambio en lo considerado atractivo en la mujer rechazando características propias de la genética mexicana (como un cuerpo redondeado, piel morena y facciones anchas) y exaltando características que no se encuentran normativamente en la población de forma natural (como tez blanca y ojos de color claro como azules o verdes). En el caso de los participantes de España mencionaron la influencia de la adopción de modas provenientes de otras culturas como las de Estados Unidos. Lo anterior coincide con lo que los autores han referido en cuanto a la influencia de los procesos de aculturación en el desarrollo de una concepción global de ideal estético y sus consecuencias en el aumento o aparición de problemas con el peso y la alimentación e insatisfacción corporal asociados a éste (Anderson-Fye y Becker, 2004; Gordon, 2001; Miller y Pumaniega, 2001).

2. Hipótesis específicas:

2.1. El programa de intervención será eficaz en la disminución de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen, influencia del modelo estético corporal y aumento de la autoestima en ambos países.

Para la comprobación de ésta hipótesis realizaremos la discusión por cada una de las variables a que hace alusión.

2.1.1. El programa de intervención será eficaz en la disminución de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación en ambos países

La variable fue evaluada con el *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, a partir del modelo de dos subescalas propuesto por Penelo, *et.al.* (2013).

De acuerdo a los resultados cuantitativos, el programa fue eficaz para la disminución de la restricción en ambos países, siendo que los grupos controles obtuvieron puntuaciones

mayores respecto al grupo experimental en esta medida, cuya diferencia fue estadísticamente significativa.

Si bien, no se obtuvieron resultados similares para el resto de mediciones asociadas a la variable (Subescala de preocupación por la comida, el peso y la figura, y la puntuación total de instrumento), la disminución de la restricción es una aportación importante, si consideramos que ya otros autores han encontrado que la dieta restrictiva es un predictor de problemas relacionados con el peso y la alimentación (Gómez-Peresmitré, *et.al.*, 2010; López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2007; Stice, 2002; Stice, Presnell, Shaw y Rohde, 2005) así como el hecho de que se ha reportado que, contrario a lo esperado por la población que las lleva a cabo, la realización de dieta está relacionada con un posterior sobre peso debido a las alteraciones metabólicas que produce en quienes la llevan a cabo, (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010; Neumark-Sztainer, Wall, Story y Standish, 2012). En el caso de un país como México, debido a los altos índices de sobre peso y obesidad que se reportan en la población (Dávila-Torres, *et.al.*, 2015; UNICEF, México, s.a.) es un resultado importante que el programa haya sido eficaz en la disminución de la restricción con el impacto que eso supone en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación, así como en el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Igualmente, debido al hecho que otros estudios transculturales han sugerido la mayor presencia de conductas restrictivas en población mexicana para el control del peso (Gómez-Peresmitré, *et.al.* 2010; Gómez-Peresmitré, *et.al.*, 2012; Toro, *et.al.*, 2006), así como un inicio más temprano en la realización de dietas (Acosta, *et.al.*, (2005).

Lo mencionado anteriormente es coincidente con lo que los participantes reportaron en la evaluación cualitativa. Todos los grupos de ambos países asociaron la realización de dieta para adelgazar con una dieta restrictiva habiendo solo cambios entre los países en cuanto a que alimentos se restringían, incluso en uno de los grupos control se mencionó que el hacer dieta o ayunos puede provocar sobre peso. Igualmente, todos los grupos definieron la dieta equilibrada como aquella en la que no se hacen restricciones de alimentos.

Sin embargo, a pesar de que en uno de los grupos control se conocían las consecuencias de llevar a cabo dietas restrictivas, la diferencia principal entre grupos experimentales y de control fue que mientras los experimentales mencionaron que la dieta para adelgazar es perjudicial para la salud, no es funcional a largo plazo y que el peso depende de otros aspectos como el metabolismo, los controles hablaron de la aprobación de la realización de dieta sin llevarla a un extremo y que también puede ser favorable con supervisión médica, además que el grupo control mexicano definió como saludable el restringir el consumo de algunos alimentos. Estas aportaciones complementan los resultados cuantitativos en cuanto a que se encontrara una disminución de la restricción en los grupos experimentales.

Finalmente, los resultados son coincidentes con los resultados obtenidos en aplicaciones anteriores del programa “Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria” (Raich, *et.al.*,2008a) en que se basó en parte la presente intervención llevadas a cabo en España (López-Guimerá, Sánchez-Carracedo, Fauquet, Portell y Raich,2011).

2.1.2. El programa de intervención será eficaz en la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal en ambos países

La variable fue evaluada a partir de dos instrumentos, el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, y el *Test de Siluetas para Adolescentes (TAS)*.

De acuerdo a los resultados cuantitativos del Índice de insatisfacción con la imagen corporal (TSA-I), los participantes del grupo control tuvieron puntuaciones más altas respecto a los del grupo experimental, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, por lo que podemos afirmar que el programa de prevención fue eficaz en el incremento de la satisfacción con la imagen corporal en ambos países.

Tal y como lo señalan autores como Fitzsimmons-Craft, (2011), Neumark-Sztainer, *et.al.* (2006a), o Stice, *et.al.* (2011), la insatisfacción con la imagen corporal ha sido identificada como uno de los principales predictores del desarrollo de TCA o conductas de riesgo asociadas a ellos, por lo cual se ha señalado que los programas de prevención dirigidos al aumento de la satisfacción con la imagen corporal son los que han sido más eficaces en la prevención de TCA (Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006b; Sinton y Taylor, 2010; Stice, *et.al.*,

2010; Stice, *et.al.*, 2007), por lo que podemos mencionar la relevancia de los resultados de la intervención en cuanto a su eficacia en el incremento de la satisfacción con la imagen corporal, con su consecuente impacto por ende en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación.

Tal como la mayoría de los programas de prevención citados en la Tabla 1, el esfuerzo de los investigadores se ha centrado en la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal en los adolescentes, si bien, los resultados muestran que la mayoría ha tenido resultados positivos en la reducción de la interiorización del ideal estético, son menores los que reportaron una mejora en problemas relacionados a la imagen corporal o un aumento en la satisfacción con la misma, como Bird, Halliwell, Diedrichsb y Harcourt (2013), Ross, Paxton y Rodgers (2013), Castillo, Solano y Sepulveda (2016), Diedrichs, *et.al.* (2015), Dunstan, Paxton y McLean (2016), Espinoza, Penelo y Raich (2013), Gómez Péresmitré, *et.al.* (2013) y Richardson y Paxton (2010); y siendo que los programas de prevención selectiva parecían reportar resultados más unánimes en cuanto a la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal, como los realizados por Stice y colaboradores (Stice, Butryn, Rohde, Shaw y Marti, 2013; Stice, Rohde, Durant, Sahw y Wade, 2013; Stice, Marti y Cheng, 2014). Por tanto, que en la aplicación piloto del programa de prevención en población universal se hayan podido obtener resultados positivos en relación a la reducción de este factor de riesgo es igualmente digno de subrayar.

El hecho de que este resultado no se replicara con la medida del BSQ puede deberse a la naturaleza del instrumento. Mientras que en el BSQ se evalúan aspectos actitudinales en relación a la figura antecedentes y consecuentes de la anorexia y la bulimia nerviosa, lo que, de acuerdo al análisis cualitativo, a los participantes les pareció alejado de su realidad, los participantes del grupo experimental de España sugirieron que podrían aplicarse instrumentos de evaluación dirigidos a población en general más que para la búsqueda de síntomas específicos de TCA, la evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal a partir de figuras de referencia podría haber permitido para los adolescentes tener un referente que consideraran más cercano y por tanto mayormente accesible a cómo perciben su figura y su discrepancia o no con la que desearían tener.

2.1.3. El programa de intervención será eficaz en la disminución de la influencia del modelo estético corporal en ambos países

De acuerdo a los resultados cuantitativos, el programa no fue eficaz en la disminución de la influencia del modelo estético corporal en ninguno de los países, al no encontrarse efectos estadísticamente significativos de la condición experimental sobre la de control en la escala de medida CIMEC.

Lo anterior no coincide con los resultados que previamente se habían obtenido en población española con la aplicación del programa en que se encuentra basada la presente intervención, siendo que en éstas anteriores aplicaciones se había encontrado una disminución en las puntuaciones relacionadas con el nivel de influencia del modelo estético en el grupo experimental respecto del grupo control (González, *et.al.*, 2011; Mora, Penelo, Gutiérrez, González y Raich, 2015).

Sin embargo, a pesar de que no se alcanzaran diferencias estadísticamente significativas en la evaluación cuantitativa de la variable, los resultados del análisis cualitativo señalaron que los grupos experimentales de ambos países realizaron declaraciones de desacreditación del ideal de delgadez, creencias generales asociadas a él y el uso de los diferentes productos ofertados en los medios de comunicación para alcanzarlo, así como de la realización de dieta para alcanzar el ideal estético. Mencionando aspectos como que el alcanzar el ideal estético no es sinónimo de alcanzar la felicidad, que el modelo es incongruente y que querer alcanzarlo puede tener consecuencias en la salud, que el atractivo no está 100% relacionado con el físico, y que la mayoría de las personas tiene un peso normativo por lo que no necesita bajar de peso para estar sano aunque no se haya alcanzado el ideal estético, por lo que no había necesidad de realizar dietas restrictivas, ya que éstas pueden no funcionar o solo hacerlo a corto plazo y posteriormente se recuperara el peso perdido y que los productos ofertados para alcanzar el ideal estético suponen un gasto económico y pueden ser perjudiciales a la salud.

Mientras que en los grupos controles hubo opiniones divididas en cuanto a que las imágenes que transmiten el modelo estético en los medios de comunicación son completamente reales, o en la importancia de querer parecerse físicamente a una persona

famosa buscando las retroalimentaciones positivas (cumplidos) que esto traería del resto de la gente. Igualmente apoyaban la veracidad y utilidad de los productos ofertados para alcanzar el ideal de delgadez y llegaban a apoyar su uso, incluyendo en el caso de los adolescentes mexicanos la aprobación de cirugías.

Por lo anterior podemos afirmar que el uso de la alfabetización de medios fue efectivo en generar pensamientos críticos relacionados con el modelo estético transmitido en los medios de comunicación, como ha sido reportado por otros estudios (Golan, *et.al.*, 2014; González, *et.al.*, 2011; López-Guimerá, *et.al.*, 2011; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2000; Raich, *et.al.*, 2009; Wilksch y Wade, 2009; Wilksch, y Wade, 2014; Wilksch, *et. al.*, 2015;) y que en el caso de los participantes del estudio pudo implicar una concientización inicial en cuanto a las consecuencias de seguir el ideal de delgadez.

Igualmente, nos parece importante resaltar los resultados cualitativos de la evaluación de la interiorización del ideal de delgadez, debido a que son coincidentes con lo que la literatura ha expuesto en relación a este factor de riesgo, pero que igualmente apoyan la teoría la influencia transcultural.

Otros aspectos que nos parece importante resaltar es que de acuerdo a las entrevistas cualitativas los participantes del estudio (sin importar el país o la condición experimental) coincidieron en la definición del estereotipo de belleza tanto para mujeres como para hombres, siendo para las mujeres las características principales ser delgada, tener una cara guapa, un cuerpo curvilíneo y una estatura alta, mientras que para el hombre, las características fueron las de un cuerpo fuerte, cuidado y con musculatura, estatura alta y facciones fuertes y varoniles. Esto coincide con lo que han reportado otros estudios en relación a que no existen diferencias en el ideal estético que se promueve y sigue en sociedades occidentales y en vías de occidentalización (Espinoza, *et.al.*, 2008; Espinoza, *et.al.*, 2009; McArthur, *et.al.*, 2005; Toro, 2006), principalmente entre España y México (Gómez- Peresmitre y Acosta, 2000).

Sin embargo, expresaron un rechazo a los cuerpos que presentaban estas características de modo exagerado y que evidenciaban el uso de productos para haberlas adquirido (como pastillas o cirugías). Esto último coincide con lo que algunos autores han reportado en

cuanto a que es cada vez mayor la idea de que los ideales estéticos existen de manera natural, que los modelos estéticos expuestos en los medios de comunicación serían más un ejemplo de la norma que de la excepción (Mancilla-Díaz, *et.al.*, 2006; Unikel-Santoncini, *et.al.*, 2006), lo que en sí mismo podría constituir una creencia que aumenta los sentimientos negativos provocados por la interiorización del ideal de delgadez.

En cuanto a las influencias socioculturales, los grupos mencionaron que existe una presión social por alcanzar tanto el ideal de delgadez, como por el seguir modas asociadas a él (en cuanto a estética y manera de vestir). La manera prioritaria en que sentían dicha presión era a partir de sentirse juzgados, criticados u objetos de burla si no cumplimentaban con estas presiones y la mayor consecuencia de ello era el temor a la exclusión social, el resultar poco atractivos al sexo opuesto y el ser rechazados, lo que terminaban resumiéndose en la búsqueda de aceptación. Las consecuencias negativas del juicio, críticas, burlas y exclusión debido a la apariencia relacionadas con problemas con el peso y la alimentación, así como con mayor insatisfacción con la imagen corporal y la necesidad de formar parte y ser aprobado por los pares han sido reportadas ya por autores como Behar (2010), Levine y Smolak (2006), Quiles, *et.al.* (2013) y Raich, (2001).

El grupo de pares (incluyendo la búsqueda de pareja en éste) fue identificado como el de mayor influencia en cuanto a la presión que ejerce para buscar alcanzar el ideal de delgadez, siendo que las opiniones expresadas por este grupo tenían mayor importancia y acreditación que las de la familia por ejemplo, y también como un factor de riesgo por la imitación de conductas de riesgo relacionadas con los TCA. Los padres fueron mencionados como influencia pero mayormente durante la infancia, igualmente por imitación de conductas o por críticas a la apariencia física de sus hijos. Lo que coincide igualmente con la literatura (Behar, 2010; Quiles, *et.al.*, 2013; Raich, 2001; Thompson, *et.al.*, 2012).

Refirieron igualmente que la exposición al ideal de delgadez está presente desde la infancia, los medios de comunicación masiva fueron identificados como los principales transmisores del ideal estético y las personas famosas de profesiones en que se exhibe mucho el cuerpo (cantantes, actores, deportistas y modelos) como referencias de dicho ideal, la televisión, las revistas, los anuncios publicitarios y el internet fueron los medios identificados como

los más influyentes. El hecho de que los medios de comunicación son uno de los principales agentes de transmisión de ideales de belleza así como la asociación al prestigio y aceptación que se ha hecho de personajes famosos que aparecen en estos medios y el papel de los anuncios publicitarios en la “venta” de un cuerpo delgado como ideal ha sido señalado ya en diversos estudios (Thompson, *et.al.*, 2012; Toro, 2006).

Estos tres puntos coinciden con la teoría de la influencia tripartita propuesta por Thompson, *et.al.* (1999) sobre la influencia de los padres, los pares y los medios de comunicación en la interiorización del ideal de delgadez.

Y finalmente mencionaron creencias asociadas a la teoría de la objetivación (mencionadas por autores como Martínez, 2004 y Smolak y Murner, 2008), siendo que asociaban el hecho de que una mujer fuera atractiva con que tuviera actitudes sexys, o por ejemplo, que el grupo control de México mencionó la creencia de que los hombres elegían a sus parejas basándose principalmente en el físico de la mujer, tal como ha sido reportado por Paxton, *et.al.* (1991).

Al igual que establece la literatura, (Espinoza, *et.al.*,2010; Stice, 2002; Thompson y Heinberg, 1999; Thompson y Stice, 2001), los participantes mencionaron que la interiorización del ideal de delgadez trae consecuencias como insatisfacción corporal, autoestima baja, afectación ala salud en general, desarrollo de un TCA, aislamiento o social y estados de ánimo bajo.

Por tanto, a pesar de que no se confirmó la hipótesis de que el programa podía ser eficaz en la disminución de la interiorización del ideal de delgadez, los resultados son igualmente de relevancia pues nos permitieron afianzar aún más la necesidad de tomar medidas que puedan ser eficaces para combatir la interiorización del ideal de delgadez y su influencia en los adolescentes, debido a que tal y como mostraron los resultados del análisis cualitativo, los participantes han interiorizado el ideal estético global actual, reconocen el papel de los medios de comunicación para ello y además expresaron enfrentarse a presiones sociales para ser delgados por parte de su grupo de pares como de sus familias también.

2.1.4. *El programa de intervención será eficaz en el aumento de la autoestima en ambos países*

El análisis cuantitativo mostró que existieron cambios significativos en la autoestima durante los distintos momentos de evaluación, entre el primer y el segundo seguimiento específicamente, y a pesar de que el cálculo del tamaño del efecto señaló que el impacto del programa sobre la autoestima aumento para el segundo seguimiento, de acuerdo al análisis de la varianza, los cambios en la medición de la autoestima no estaban asociados al factor de condición de intervención experimental o de control, por lo que no pueden ser atribuidos al programa.

Lo anterior no coincide con los resultados obtenidos de la aplicación de los programas en que se encuentra basada la presente intervención, ya que en adolescentes españoles habían resultado efectivos para el aumento de autoestima en los participantes (Mora, *et.al.*, 2015).

A pesar de que la hipótesis de que el programa de intervención sería eficaz en el aumento de la autoestima no puede ser confirmada, los resultados en relación a esta variable nos llevan nuevamente a reforzar la necesidad de implementar estrategias que impacten positivamente en la autoestima en los adolescentes.

Lo anterior debido a que de acuerdo a las entrevistas cualitativas, la autoestima alta fue identificada como el mayor factor de protección para evitar la internalización del ideal de delgadez y para resistir a las diferentes presiones socioculturales para ser delgado. Lo anterior coincide con lo que ha sido reportado ya por distintos autores (Francisco, *et.al.*; 2015; Golan, *et.al.*, 2014; Levine y Smolak, 2016; Raich, 2001) quienes encontraron que una autoestima alta estaba relacionada con menor interiorización del ideal de delgadez y menores actitudes alteradas en la alimentación. Igualmente, los participantes del estudio especificaron que la autoestima baja fue considerada el factor de riesgo principal, lo que igualmente han reportado autores como Fairburn, *et.al.*, 1999. En el caso particular de los participantes del estudio, relacionaban la baja autoestima con la alta necesidad de auto aceptación y aprobación de los demás buscada a partir de la imagen, por la alta importancia dada a las opiniones que los otros tuvieran de ellos (tal como mencionaban ya Ata, *et.al.*, 2007).

Igualmente, aunque el programa no haya implicado cambios estadísticamente significativos en el aumento de la autoestima, nos parece importar resaltar que algunos de los participantes del grupo experimental mexicano mencionaron que el taller tuvo un impacto positivo en su autoestima.

En base a lo anterior podemos afirmar que la hipótesis ha sido comprobada en relación a las variables de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación y en la insatisfacción con la imagen corporal para las que el programa resultó ser eficaz en su disminución. Sin embargo, la hipótesis no ha sido comprobada para las variables de influencia del ideal de delgadez ni para la autoestima para las que el programa de intervención mostró no tener efectos estadísticamente significativos.

Como un aspecto complementario, el cálculo del tamaño del efecto, a pesar de que se encontró dentro de los parámetros considerados como bajos, nos dio información en relación al impacto del programa a lo largo del tiempo, siendo que para las variables de actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación e insatisfacción con la imagen corporal, el índice impacto del programa aumento de la post evaluación al primer seguimiento a los seis meses, pero no se mantuvo a los 12 meses (segundo seguimiento).

Lo anterior es coincidente a lo que otros han reportado en cuanto al no mantenimiento de los resultados positivos obtenidos con programas de prevención a lo largo del tiempo (Diedrichs, *et.al.*, 2015; Franko, Cousineau, Rodgers y Roehring, 2013).

Sin embargo, que los alcances de la intervención puedan mantenerse por más tiempo nos parece un factor importante a considerar en el futuro, ya que en el caso del programa “Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria” (Raich, *et.al.*, 2008a) en que en parte está basado el presente programa de investigación, se encontraron resultados exitosos en un seguimiento de la muestra a los 30 meses (Espinoza, *et.al.*, 2013).

2.2. El impacto del programa de intervención sobre las actitudes negativas y conductas alteradas en la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, influencia del modelo estético corporal y autoestima, independientemente del país en el que se aplique, podrá variar considerando aspectos tales como: género, índice de masa corporal, nivel socioeconómico e interiorización de los roles de género.

Tal como en la comprobación de la variable anterior, realizaremos la discusión por cada una de las variables confusoras a que esta hipótesis hace alusión.

2.2.1. Género

La presente investigación tenía como objetivo conocer el impacto de un programa de prevención universal en adolescentes tanto hombres como mujeres, por lo cual, no planteamos realizar un análisis comparativo de resultados separado por género.

Sin embargo, debido a que la literatura señala diferencias genéricas en relación a la prevalencia de TCA, los factores de riesgo asociados e ellos y en el tipo de conductas de riesgo llevadas a cabo por hombres y mujeres (Ata, *et.al.*, 2007; Behar, 2010; Knauss, *et.al.*, 2007; Lawler y Nixon, 2011; Levine, *et.al.*, 1999; Mancilla-Diaz et al. 2010), se decidió mantener la variable género como un posible confusor de los resultados por lo que los modelos del análisis de la varianza fueron ajustados por esta variable.

Si bien, por lo anterior, no existe un informe de resultados cuantitativos comparando por género, en las entrevistas cualitativas los participantes realizaron observaciones interesantes relacionadas con ésta variable, principalmente, que existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la internalización del ideal estético y la respuesta a las presiones sociales para alcanzarlo, coincidiendo grupos controles y experimentales de ambos países en que las mujeres se encuentran mayormente expuestas a las presiones socioculturales para estar delgadas, que interiorizan mayormente que los hombres el ideal estético, que tienen mayor preocupación en relación a su figura, se comparan mayormente con otras mujeres y que pueden ser más propensas a realizar conductas de riesgo, como dietas restrictivas, aunque cada vez más los hombres igualmente están siendo expuestos y presionados por alcanzar un determinado estereotipo de atractivo. Igualmente diferenciaron el modelo

imperante en la actualidad para mujeres y para hombres siendo las características correspondientes más importantes la delgadez y la musculatura para cada uno de ellos.

2.2.2. Índice de Masa Corporal

En cuanto al análisis de resultados cuantitativos se realizaron pruebas para evaluar el posible papel confundidor de ésta variable, y debido a que no se asoció de forma estadísticamente significativa ni con las variables independientes ni con las variables dependientes de la investigación se descartó la necesidad de ajustar los modelos por IMC.

Que el IMC no tuviera ningún efecto sobre las variables de estudio y que por tanto no influenciara el impacto del programa sobre las mismas podría deberse a las características particulares de nuestra muestra.

Se realizaron mediciones de talla y peso durante las pre y post evaluaciones de la intervención, así como en los seguimientos a 6 y 12 meses y las medias del IMC de los participantes diferenciados por género correspondían a un IMC normal de acuerdo a los parámetros de referencia de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007) tanto para hombres como para mujeres en ambos países.

Si bien, otros autores han encontrado una relación entre el IMC y el desarrollo de TCA en adolescentes, lo anterior ha sido debido al cumplimiento de dos supuestos: en el caso de las mujeres un IMC alto se ha asociado a mayor insatisfacción con la imagen corporal, realización de dietas y otras conductas de riesgo relacionadas con el control del peso (Espinoza, *et.al.*, 2010; Stice, 2002); en el caso de los hombres el IMC y su relación con problemas relacionados con el peso y la alimentación puede estar relacionado tanto con un IMC tanto alto como muy bajo (Bearman, *et.al.*, 2006; Lawler y Nixon, 2011).

Al encontrarse las medias de IMC de los participantes del estudio en normo peso, las condiciones anteriores no se cumplen en nuestra muestra en particular.

Sin embargo, como en el caso de la variable de género, a pesar de que las condiciones antes mencionadas no son aplicables a la muestra, en el análisis cualitativo puede observarse que en los grupos controles, específicamente de México, se justificaba la preocupación por la imagen y realización de conductas de riesgo asociadas a TCA en las personas con

sobrepeso, mencionando que muchas de las personas con sobrepeso eran guapas y les vendría bien bajar de peso para verse mejor, y que podrían realizar esfuerzos por alcanzar el ideal estético para llegar a sentirse bien con ellas mismas.

Lo anterior puede ser un indicativo inicial de que el programa igualmente puede reducir creencias como las anteriormente mencionadas ya que no fueron expresadas por el grupo experimental.

Lo anterior es de relevancia si consideramos que de acuerdo a la literatura un IMC alto es mayormente asociado a riesgo de desarrollo de TCA (Espinoza, *et.al.*, 2010; Raich, 2001; Stice, 2002).

2.2.3. Nivel socioeconómico

Al igual que con la variable anterior, al realizar las pruebas estadísticas correspondientes el nivel socioeconómico no se asoció de forma estadísticamente significativa con las variables de estudio (dependientes e independientes) por lo que los modelos del análisis de la varianza no se ajustaron por esta variable.

Nuevamente las características de nuestra muestra pueden ser explicativas de lo anterior.

De acuerdo a la evaluación del nivel socioeconómico llevado a cabo tomando como base el Índice propuesto por Hollingshead (1975), la media del nivel socioeconómico de los participantes, tanto de España como de México, correspondía al nivel 3, es decir, un nivel socioeconómico medio.

Algunos autores han reportado el nivel socioeconómico como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, asociándose éstos con un nivel socioeconómico alto (Feitlich, 2000, citado en Behar, 2010; Raich, 2001).

Lo anterior no es aplicable a nuestra muestra, sin embargo, nuevamente como para las variables de género e IMC, las aportaciones de los participantes en la evaluación cualitativa señalaron aspectos que coinciden con lo que la literatura refiere a pesar de que no fuera una condición que se cumpliera en ellos.

Grupos experimentales y de control de España coincidieron en que existe una mayor presión sociocultural para alcanzar los ideales estéticos, así como estándares relacionados con la moda en niveles socioeconómicos más altos.

Otro aspecto importante que los participantes señalaron fue el relacionado al lugar de residencia y su influencia en el desarrollo de TCA. Con la finalidad de que las muestras de ambos países fueran comparables elegimos realizar la intervención en zonas urbanas. Durante la entrevista cualitativa los participantes de España de ambos tipos de condición experimental señalaron que el vivir en una zona urbana condicionaba a que se tuviera mayor exposición al ideal estético y por ende mayor presión social a seguirlo que si se vivía en una zona rural.

Lo anterior ha sido señalado ya por autores como Anderson-Fye y Becker, 2004 y Morgan, Vecchiatti y Negrao (2002).

Por lo anterior, podemos decir que los resultados obtenidos en los resultados cualitativos coinciden con lo que la literatura señala en relación al nivel socioeconómico a pesar de que dicha condición no se aplique a la muestra de la investigación.

2.2.4. Interiorización de los roles de género

En el análisis de datos cuantitativos, la interiorización de los roles de género no se asoció de forma estadísticamente significativa con las variables de la investigación (dependientes e independientes), y al igual que con las variables anteriores los modelos del análisis de la varianza no se ajustaron por ella.

Nuevamente, lo anterior puede deberse a las características particulares de nuestra muestra de estudio, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos en el IBRS, hubo un porcentaje mayor de participantes que reportaron la presencia de rasgos femeninos y masculinos a la vez, que corresponde a la categoría “andrógina” del instrumento de evaluación. Lo anterior analizando los resultados tanto por país de aplicación, por condición experimental y por sexo (Ver anexo 10.6), respalda que, debido a que los participantes tienen una interiorización de características físicas masculinas y femeninas equitativa, la interiorización de roles tradicionales de género para hombres y mujeres no haya sido de

influencia sobre las variables de estudio relacionadas a los problemas relacionados con el peso y la alimentación.

Así, a pesar de que hablando de diferencias transculturales se había sugerido que la interiorización de roles tradicionales parece tener un efecto protector sobre el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación (Nasser y Katzman, 1999), dicho supuesto no es aplicable a la muestra, ya que ellos han asumido más bien roles de género que corresponderían tanto a características femeninas y masculinas a la vez. Lo anterior coincide con lo que los autores han referido que en sociedades occidentales y en vías de desarrollo se han desarrollado cambios en los roles tradicionales de género para las nuevas generaciones (Gordon, 2001). Además de que de acuerdo con Bem (1974), la androginidad suele ser un factor de protección del desarrollo de TCA, debido que, de acuerdo a la autora, las personas andróginas pueden elegir entre un rango mayor de comportamientos, por lo que son capaces de modificar sus respuestas conforme a sus necesidades y a las demandas de la situación, lo que les permite mayor adaptabilidad, contrario a aquellos que restringen su conducta a los patrones de los roles sexuales tradicionales.

Sin embargo, nos parece importante mencionar que de acuerdo a los resultados cualitativos, los participantes de los grupos controles mencionaron creencias asociadas a los roles tradicionales de género y su influencia en el desarrollo de preocupación con la imagen corporal. Mencionaron que el tener una pareja estable, tener hijos y al estar al cuidado de ellos, influía en la disminución de la preocupación por la imagen corporal y el peso en el caso de la mujer. Igualmente, que las características consideradas atractivas son igualmente asociadas a los conceptos de feminidad y masculinidad (como han reportado autores como Aguilar, *et.al.*, 2015; Raich, 2001; Unikel-Santoncini, *et.al.*, 2006), mencionando, por ejemplo, en el caso del hombre aspectos como la seguridad y la valentía o el cuidar a la mujer relacionadas con un cuerpo fuerte y musculado y, en el caso de la mujer, la feminidad asociada a la delicadeza relacionada con un cuerpo fino o delgado, y al hecho de que correspondía a la mujer *femenina* estar al cuidado de su apariencia.

Los grupos mexicanos experimentales igualmente hicieron alusión a aspectos relacionados con la crianza distinta en la mujer y el hombre, pero la definieron como machista, dándole a esto una connotación negativa.

Por lo anterior, a pesar de que ésta variable no fue de influencia para los factores de riesgo de desarrollo de TCA estudiados en la presente investigación y, por ende, sobre los resultados del programa de prevención, los resultados obtenidos de la evaluación de la misma nos parecen relevantes para la apertura de futuras líneas de investigación.

Por lo anteriormente expuesto, podemos mencionar que la segunda hipótesis específica del estudio no fue cumplida, dado que a pesar de un reconocimiento de los participantes de que las variables género, IMC, nivel socioeconómico e interiorización de los roles de género influyen en el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación, en el caso de nuestra muestra no se cumplieron las condiciones que la literatura señala para que dicha influencia se presente, y siendo que no se asociaron de forma estadísticamente significativa ni con las variables independientes ni con las variables dependientes de la investigación puede afirmarse que no influyeron en los resultados de la intervención.

A manera de conclusión general, haciendo referencia a los objetivos general y específico de la investigación de conocer la eficacia del programa en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación y el impacto del mismo en las variables de estudio, podemos afirmar que: *el programa es eficaz en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación a través de la disminución de las actitudes y conductas alteradas en la alimentación (restricción) y a la disminución de la insatisfacción con la imagen corporal en ambos países. Sin embargo, el programa no es eficaz en la disminución de la interiorización del ideal de delgadez ni en el aumento de autoestima en ambos países.*

Limitaciones, fortalezas y futuras líneas de investigación

Dentro de las fortalezas del programa es que ha resultado ser eficaz en la disminución de la restricción y el aumento de la satisfacción con la imagen corporal, la relevancia de lo anterior radica en que la insatisfacción del ideal delgadez y la realización de conductas restrictivas han sido identificadas como predictoras del desarrollo de TCA (Espinoza, *et.al.*, 2010; Fitzsimmons-Craft, 2011; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2006a; Stice, 2002; Stice, *et.al.*, 2011; Thompson y Heinberg, 1999; Thompson y Stice, 2001), por lo que si el programa tiene efectos positivos en la reducción de dichas variables es por tanto una

herramienta útil para la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación.

A pesar de que el programa no obtuvo resultados estadísticamente significativos en la disminución de la interiorización del ideal de delgadez, ha sido reportado que en mujeres que tienen mayor satisfacción con la imagen corporal, a pesar de tener una alta interiorización del ideal de delgadez, no dan mayor importancia a la discrepancia entre su imagen y las proyectadas en los medios (Halliwell, 2013). Así, podemos mencionar que los resultados de la intervención pueden ser un factor de protección importante para el desarrollo de problemas relacionados con el peso y la alimentación a pesar del mantenimiento de la interiorización del ideal estético.

Igualmente, en cuanto a las fortalezas del programa los participantes aportaron en general retroalimentaciones positivas en cuanto a la importancia y utilidad del programa en proporcionar información relacionada con los problemas relacionados al peso y la alimentación así como los contenidos del programa que se asociaron a los medios de comunicación masiva y el cuestionamiento de la información que estos dan, además de que mencionaron lo importante que fue para ellos que se tratara de un programa interactivo y pudieran dar su opinión libremente. Por lo que podemos respaldar el uso de programas psicoeducativos de prevención y alfabetización de medios ya que nuestros resultados se suman a los resultados positivos obtenidos por otros autores utilizando dichas perspectivas (Golan, *et.al.*, 2014; González, *et.al.*, 2011; López-Guimerá, *et.al.*, 2011; Neumark-Sztainer, *et.al.*, 2000; O'Dea, 2012; Raich, *et.al.*, 2009; Wilksch y Wade, 2009; Wilksch, y Wade, 2014; Wilksch, *et. al.*, 2015). Cabe resaltar que el módulo de activismo fue el que mejor retroalimentación tuvo por parte de los participantes, lo que igualmente podemos asociar al hecho de que al tratar el tema de prevención durante la entrevista cualitativa solo los grupos experimentales mencionaron la importancia de la reducción de la cantidad de anuncios publicitarios a los que hay exposición de forma cotidiana y a la inclusión de figuras normativas en vez de representar únicamente un ideal estético, lo anterior refuerza que el uso de alfabetización de medios fue favorable para involucrar a los participantes en medidas de activismo y que mantuvieran la inquietud de seguir con ello. Igualmente, esto quizá pudo influir en que mientras que los participantes del grupo control declararon que no

es posible prevenir el desarrollo de TCA, para los grupos experimentales la prevención pudiera ser considerada una opción. Es de importancia mencionar igualmente que los participantes del grupo experimental de México mencionaron que a través del programa habían podido reflexionar, cuestionar y en algunos casos llegar a cambiar su punto de vista en cuanto al ideal estético y los medios de comunicación.

Igualmente es importante señalar que durante las entrevistas cualitativas los grupos experimentales hicieron referencia a información que les fue proporcionada en el programa e igualmente llevaron a cabo críticas y desvalorizaciones del ideal estético, la importancia de alcanzarlo y los métodos ofertados por los medios para lograrlo. Igualmente mostraron una concientización de los trucos utilizados por la publicidad para la modificación de las imágenes proyectadas y para la promoción del ideal estético, por lo que, como ya fue mencionado, el uso de alfabetización de medios fue eficaz para lograr los objetivos de generar un pensamiento crítico frente al modelo estético proyectado en los medios de comunicación.

Finalmente, en relación a la naturaleza de la investigación, cabe destacar que acorde a la revisión bibliográfica realizada, desconocemos la existencia de otros estudios transculturales que hayan comparado un mismo programa preventivo en muestras de diferentes países.

En cuanto a las limitantes de programa, es importante señalar que se tuvo una pérdida considerable de muestra durante el estudio, a pesar de ser un estudio piloto. Igualmente que han de ser considerados otros aspectos sobre los que no se tuvo control y que pudieron haber interferido en los resultados del programa, como por ejemplo en la variable de autoestima que tuvo cambios significativos a lo largo del tiempo pero no pueden ser atribuidos al programa, al haber ocurrido durante el último seguimiento, no nos es posible saber si durante ese año posterior a la intervención los participantes pudieron ser expuestos a algún factor que pudo incidir en la autoestima.

En cuanto a futuras líneas de investigación, al no haber alcanzado evidencias estadísticas de la influencia del programa sobre las variables de interiorización del ideal de delgadez y autoestima, los resultados cualitativos en relación a estas dos variables reforzaron la

necesidad de fortalecer el programa de manera que pueda ser igualmente eficaz para estas dos variables, para lo anterior y de acuerdo a las aportaciones de los participantes, aspectos considerados en modelos teóricos como el modelo feminista basado en la teoría de la objetivación (Fredrickson y Roberts, 1997) y el modelo de habilidades generales que de acuerdo con Levine y Smolak (2006) podría aportar el desarrollo de una mejor autoestima, pueden ser incorporados para tener un mayor alcance sobre estas variables.

Igualmente, han de considerarse las sugerencias de los participantes en cuanto a que las medidas de intervención de problemas relacionados con el peso y la alimentación han de comenzar a edades más tempranas, aumentar la duración del programa, realizar la promoción de estilos de vida saludables e incluir a los padres en las estrategias de prevención, esto último, una necesidad que ha sido mencionada por autores como Neumark-Sztainer (2016).

Otros de los aspectos sugeridos fue el hacer énfasis sobre los adolescentes en la disminución de comentarios críticos y despectivos relacionados a la imagen corporal, así como el darles herramientas para evitar la comparación de características físicas con los otros, e incluso el evitar involucrarse constantemente en conversaciones relacionados con el peso y la figura. Y lo más importante que resaltaron fue el utilizar estrategias para reforzar la autoestima de los adolescentes y que de esta manera pudieran ser menos proclives al desarrollo de TCA. Estas recomendaciones nos llevan nuevamente a considerar que incluir aspectos de modelos teóricos como el de habilidades para la vida puede ser de beneficio.

Finalmente nos parece importante señalar que corroboramos el planteamiento que fue el punto de partida de esta investigación, como fue señalado en el apartado de marco teórico, que participantes de ambos países manifestaron estar expuestos de la misma manera al modelo estético y presiones socioculturales para alcanzarlo y que no existieron diferencias en los estándares del ideal de belleza que se tiene en ambas culturas ya sea para mujeres (delgado) o para hombres (musculado). Por lo anterior, y siendo que los resultados relacionados a la eficacia del programa no tuvieron diferencias por país de aplicación, podemos afirmar que es posible la implementación de un mismo programa de prevención en estos países esperando resultados positivos en ambos, lo que potenciaría el mantenimiento y creación de redes de colaboración, el uso de recursos compartidos y,

además, se tendría implicaciones importantes en el ámbito de prevención y salud de los adolescentes en ambos países.

CONCLUSIONS

7. Conclusions

In the present research we conduct a universal prevention program of eating disorders in two adolescents samples in Mexico and Spain. According to the results we can make the followings conclusions:

*The results of the program do not differ between countries, because of that, we can affirm that the program can be used in this different countries with the possibility of have positive results.

*The program was effective to reduce the restriction in the adolescents of the two countries.

*The program was effective to increase the body satisfaction in the adolescents of the two countries.

*Even that there were no statistical differences between the experimental and the control group in the internalization of the aesthetic ideal, the qualitative findings of the research show that the participants of the experimental group did some desacreditative statements of the aesthetic ideal, the general believes associated with it, of the different products offered to achieve the aesthetic ideal and of the restrictive diets. Because of that we can affirm that the use of media literacy was effective to generate critical thoughts about the aesthetic model transmitted in the mass media and an initial awareness of the consequences and senseless of follow it, even if according to the quantitative analysis the program was not effective in the reduction of the internalization of the aesthetic model.

*The program was not effective in the increase of self-esteem in the participants, so, it is important to strengthen the program so in future applications it could cause positive changes in self-esteem, due to the fact that participants identify the self-esteem as a protective factor of the development of an eating disorder.

*The effects of the program continue and grow after 6 months of their application, but decrease after twelve months of it.

*The variables that were proposed as probable confounding factors (BMI, socioeconomic level and gender roles internalization) do not show impact in the variables of the research.

*In general, the program received positive feedback from the participants, specially the use of activism.

*The qualitative findings showed that the participants of Mexico and Spain have the same exposition of the aesthetic model, share the same beauty conceptions about the image for women and men and associated believes with it, and that they experiment social pressure, specially of their peer group to achieve this ideal in the same way.

According to all that have been exposed we can do the general conclusion that:

The program is effective in the prevention of weight and eating related problems through the reductions of the restriction and the increase of body satisfaction in an adolescent sample of México and Spain.

Because of that, the replication of the study in bigger samples could be of benefit in the two countries.

ABSTRACT THESIS

8. Abstract thesis

The aim of the present research was to know the efficacy of a universal preventive program for weight and eating-related problems, using media literacy and comparing the results between two adolescents samples of México and Spain. 228 adolescents participated in the study, 127 from Mexico (68 women and 59 men) and 101 from Spain (60 women and 41 men), with a middle age of 14,87 (SD=0,62) years old. There were no statistical significant differences between the BMI and the socioeconomic level of the participants. The study has a cuasi-experimental design, the schools that participated in the research were intentional selective, while the groups of adolescents that will take part in the study were assigned to us by the directives of the educational institutions. The research took place in four schools of Pachuca city in México and four schools in Barcelona city in Spain. After the parents signed the informed consent form, and that the participants agree in a verbal way to be part of the research, we start with the procedure. Pre, post and following evaluations after six and twelve months were carry out for the adolescents in the experimental and in the control groups. In each of the evaluations, the participants answer a socioeconomic and personal data questionnaire, and the standardized instruments to evaluate the variables for which the effectiveness of the program was evaluated: negative eating attitudes, aesthetic model influence, body dissatisfaction and self-esteem; other aspects that could interact with this variables and affect the results of the program, as the internalization of gender roles, were also evaluated. The experimental group receive the preventive intervention based on media literacy, in five sessions of one hour of duration. The main contents of the program includes: male and female aesthetic model along the time and between cultures, male and female aesthetic model in the mass media, and activism. A qualitative interview to focal groups of ten men and female participants was also conducted, in the control and in the experimental groups. The results showed that the program is effective in the prevention of weight and eating related problems through the reduction of negative eating attitudes, as restriction, and the increase of body satisfaction in the two countries. According to that, we can affirm that the implementation of the same prevention program in these two countries is possible and it would be of benefit, replicating the intervention in bigger samples, and expecting to obtain positive results.

RESUMEN

Resumen de la tesis doctoral

El objetivo de la investigación fue conocer la eficacia de un programa de prevención universal de problema relacionados con el peso y la alimentación, haciendo uso de la alfabetización de medios. Comparando los resultados entre dos muestras adolescentes de España y México. Participaron 228 adolescentes, 127 mexican@s (68 mujeres y 59 hombres) y 101 español@s (60 mujeres y 41hombres) con una media de edad de 14,87 (DE=0,62) años. No existieron diferencias significativas entre el IMC ni el nivel socioeconómico de la muestra. El estudio corresponde a un diseño cuasi experimental, las escuelas que formaron parte de la investigación fueron seleccionadas de forma intencional, mas los participantes del estudio fueron asignados por los directivos de las instituciones educativas. Participaron cuatro escuelas de la ciudad de Pachuca en México y cuatro escuelas de la ciudad de Barcelona en España. Previa firma de consentimiento informado por parte de los padres y autorización verbal de los alumnos se realizaron las evaluaciones pre y post intervención, así como seguimientos a 6 y 12 meses tanto en grupos control como experimental. En cada una de ellas los participantes respondieron un cuestionario de datos personales y socioeconómicos y los instrumentos seleccionados, para evaluar las variables sobre las cuales se estudió la eficacia del programa: actitudes alteradas hacia la alimentación, influencia del modelo estético-corporal, satisfacción con la imagen corporal, autoestima, así como otros aspectos que se consideró pudieran estar interactuando con dichas variables como la interiorización de los roles de género. Al grupo experimental se le aplicó la intervención de prevención basada en alfabetización de medios en cinco sesiones de una hora de duración, cuyos contenidos principales son: modelo estético masculino y femenino a lo largo de la historia y entre diferentes culturas, modelo estético femenino y masculino en los medios de comunicación y activismo. Igualmente, se realizó una entrevista a grupos focales con 10 estudiantes de cada grupo (experimentales o de control), tanto hombres como mujeres. Los resultados mostraron que el programa es efectivo en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación a través de la reducción de actitudes alteradas hacia la alimentación como la restricción y el aumento del nivel de satisfacción corporal en los participantes en ambos países. De acuerdo a lo anterior, podemos afirmar que es posible y de beneficio la implementación de un mismo programa de prevención en estos países, replicando la intervención en muestras mayores, esperando obtener resultados positivos.

REFERENCIAS

9. Referencias

- Ackard, D., Fulkerson, J. y Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and Behavioral Risk Profiles as they Related to Eating Disorder Diagnoses and Symptomatology among a School-Based Sample of Youth. *International Journal of Eating Disorder*, 44 (5), 440-446.
- Acosta, M. y Gomez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 9-21.
- Acosta, V., Liopis, J., Gómez-Peresmitré, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio Transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (3), 223-232.
- Aguilar, Y., Valdez, J., Pliego, E., Torres, M. y González, N. (2015). Self perception of body attractiveness in two cultures: Mexican and Argentine. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (1), 45-50.
- Ahern, A., Bennett, K., Kelly, M. y Hetherington, M. (2011). A Qualitative Exploration of Young Women's Attitudes towards the Thin Ideal. *Journal of Health Psychology*, 16 (1), 70-79.
- Albee, G. y Gullota, T. (Eds.) (1997). *Primary prevention works (Vol.6)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychological Association. (2007). Report of the APA task force on the sexualization of girls. Recuperado el 02 de abril de 2015, desde: http://www.apa.org/pi/wpo/sexualization_report_summary.pdf
- Anderson-Fye, E. y Becker, A. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. En J. K. Thompson (dir.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 565-589). Nueva York, NY: Wiley.
- Anguera, M.T., Camerino, O. y Castañer, M. (2012). Mixed methods procedures and designs for research on sport, physical education and dance. En O.Camerino, M. Castañer,

M.T. Anguera (Eds.), *Mixed Methods Research in the Movement Sciences: Case studies in sport, physical education and dance* (pp.3-27). Abingdon, UK: Routledge.

Arellano, J. R., Torres, M., Rivera, C., Moncada, L. y Jiménez-Capdeville, M.E. (2009). Abnormal eating attitudes in Mexican female students: A study of prevalence and sociodemographic clinical associated factors. *Eating and weight disorders: EWD*, 14 (2-3), e42-e49.

Ata, R., Bryant, A. y Lally, M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 36, 1024-1037.

ATLAS.ti © 2002–2016. Scientific Software Development GmbH. Berlin, Germany.

Ayuntamiento de Barcelona (2014). Estructura de la población según cifras oficiales a 1 enero de 2014. Recuperado el 22 de 07 julio 2016, desde:

<http://www.bcn.cat/estadistica/castella/dades/anuari/cap02/C020103.htm>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. EnglewoodCliffs, NJ: Prentice Hall.

Bañuelos, C. (1994). Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 119-140.

Bearman, S.K., 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.

Behar R. (2000). Trastornos de la alimentación. En: Correa, E. y Jadresic, E. (editores). *Psicopatología de la mujer* (pp. 115-41). Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Behar, R. (2010). Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En Behar, R. y Figueroa, G. (Ed), *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (75-94). Santiago, Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.

Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (2), 155-162.

Berengui, R., Castejón, M. y Torregrosa, S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7 (1), 1-8.

Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C. y Strauss, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader. *European Eating Disorders Review*, 16 (3), 173-183.

Bergsma, L. y Carney, M. (2006). *A Meta-analysis of the efficacy of health-promoting media literacy education*. Paper prepared for presentation at the International Association for Mass Communication Research, The American University in Cairo, Egypt.

Bird E. L, Halliwell E., Diedrichs P. C. y Harcourt D. (2013). Happy Being Me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image*, 10 (3), 326– 334.

Brechan, I. y Lundin, I. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disorders eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58.

Calzo, J., Masun, K., Corliss, H., Scherer, E., Field, a y Austin, S. B (2015). Patterns of body image concerns and disordered weight – and shape – related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Developmental Psychology*, 51 (9), 1216-1225.

Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. y Munguía, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18 (1), 51-55.

Cash, T.F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12 (4), 438-442.

Castillo, I, Solano, S. y Sepulveda, A. (2016). Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24 (1), 5-28.

Chang, F., Jarry, J. y Kong, M. (2014). Appearance investment mediates the association between fear of negative evaluation and dietary restraint. *Body Image*, 11 (1), 72-76.

Cohen. S. (2006). Media Exposure and the Subsequent Effects on Body Dissatisfaction, Disordered Eating, and Drive for thinness: A review of the Current Research. *Mind Matters: The Wesleyan Journal of Psychology*, 1, 57-71.

Creswell, J. W. y Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting Mixed Methods Research* (2nded., 2011). Thousand Oaks, CA: Sage.

Crocker, J., y Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.

Cruz-Saez, M., Salaberria, K., Rodríguez, S. y Echeburúa, E. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 699-708.

Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la Obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2), 240-249.

Diedrichs P. C., Atkinson, M. J., Steer R. J. Garbett K. M., Rumsey, N. y Halliwell, E. (2015). Effectiveness of a brief school-based body image intervention DoveConfident Me: Single Session' when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 94-104.

Dunker, K.L.L., Philippi, S.T., e Ikeda J.P. (2010). Interactive Brazilian program to prevent eating disorders behaviors: A pilot study. *Eating Weight Disord*, 15 (4), 270-274.

Dunstan C. J., Paxton S. J., y McLean S. A. (en prensa). An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus coeducational classroom settings, *Eating Behaviors*.

Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D. y Paxton, S.J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (4), 521-527.

Espinoza, P. (2011). *Influencias socioculturales e individuales en el desarrollo de alteraciones alimentarias y de la imagen corporal en adolescentes* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, España.

Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2008). Satisfacción corporal y dieta en adolescentes españolas y chilenas. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, 88, 17-29.

Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2009). Factores de riesgo de alteraciones alimentarias en adolescentes españoles y chilenos. *Psicología Conductual*, 17 (3), 481-498.

Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later? *Body Image. An International Journal of research*, 7 (1), 70-73.

Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. (2013). Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? *Body Image*, 10 (2), 175– 181.

Fairburn C.G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Shafran, R., y Cooper, Z. (1999). A cognitive-behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (1), 1-13.

Ferguson, C., Winegard, B. y Winegard, Bo M. (2011). Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Review of General Psychology*, 15 (1), 11-28.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Fitzsimmons-Craft, E. (2011). Social Psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical Psychology Review, 31* (7), 1224-1237.

Francisco, R., Espinoza, P., González, M., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R. y Raich, R. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence, 41*, 7-16.

Franko D. L., Cousineau T. M., Rodgers R. F. y Roehrig J. P. (2013). BodiMojo: Effective Internet-based promotion of positive body image in adolescent girls. *Body Image, 10* (4), 481-488.

Fredickson, B. y Roberts, T. (1997). Objectivation Theory. Toward understanding women's lived experiences and mental health risk. *Psychology of Women Quarterly, 21*(2), 173-206.

Gracia, M., y Comelles, J. (2007). *No comerás: Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria Observatorio de la Alimentación.

Gayou-Esteva, U. y Ribeiro-Toral, R. (2014). Eating disorders identification of risk cases among students from Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 5* (2), 115-123.

Gasco, M., Briñol, P. y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema, 22* (1), 71-76.

Golan, M., Hagay, N. y Tamir, S. (2014). Gender related differences in response to "In favor of myself" Wellness program to enhance positive self & body image among adolescents. *PLoS ONE, 9*(3), e91778: doi: 10.1371/journal.pone.0091778.

Gómez Peresmitré, G. y Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud, 11* (1), 35-58.

Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R., Gúzmán, R. y León, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4 (2), 68-78.

Gómez-Peresmitré, G., Jaeger, B., Pineda, G. y Platas, S. (2010). Cross-cultural study: Risk factors for dietary restraint in Mexican and German men. *Europe's Journal of Psychology*, 6 (2), 105-122.

Gómez-Peresmitré, G., Jaeger, B., Pineda, G. y Platas, S. (2012). Comparando imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo entre mujeres mexicanas y alemanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3 (1), 19-28.

Gómez Péresmitré, G. León H. R., Platas A. S., Lechuga H. M., Cruz D. y Alcántara, A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4 (1), 23-30.

Gondoli, D., Corning, A., Blodgett, E., Bucchianeri, M. y Fitzsimmons, E. (2011). Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image*, 8 (2), 143-148.

González, M (2012). *Metodologías mixtas en la evaluación de un programa preventivo de trastornos alimentarios: Seguimiento a los 30 meses*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España.

González, M., Mora, M., Penelo, E., Goddard, E., Treasure, J. y Raich, R. (2012). Qualitative findings in a long-term disordered eating prevention programme follow-up with school-going girls. *Journal of Health Psychology*, 18 (4), 587-598.

González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T. y Raich, R. (2011). Disorderer eating prevention programme in schools: A 30-Month-Follow-Up. *European Eating Disorders Review*, 19 (4), 349-356.

González-Forteza, C., Andrade, P. y Jimenez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 43 (4), 319-326.

González-Forteza, C. y Ruiz, E. (1993). Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos. Un estudio correlacional por género. *Revista ABP-APAL (Associação Brasileira de Psiquiatria Asociación Psiquiátrica de la América Latina)*, 15 (2), 59-64.

Gordon, R. (2001). Eating disorders east and west: a culture-bound syndrome unbound. En M. Nasser, M. Katzman y R. Gordon (dirs.), *Eating disorders and cultures in transition* (pp. 1-16). Nueva York, NY: Taylor and Francis.

Gunnard, K., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Penelo, E., Granero, R., Treasure, J., Tchanturia, K., Karwautz, A., Collier, D., Menchón, J. y Fernández-Aranda, F. (2012). Relevance of Social and Self-standards in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 20 (4), 271-278.

Halliwell, E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects? *Body Image*, 10 (4), 509-514.

Hannerz, U. (1995). Culture between center and periphery: Towards a macro anthropology. *Ethnos*, 54 (3-4), 200- 216.

Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. New Haven, CT: Yale University, Department of Sociology. Recuperado el 17 de febrero de 2015 desde: <http://psy6023.alliant.wikispaces.net/file/view/Hollingshead+SES.pdf>.

Holmqvist, K. y Frisén, A. (2010). Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *European Eating disorders Review*, 18 (2), 133-146.

Hood, M. y Corsica, J. (2011). Eating disorders in adolescence: when should prevention occur? *Journal of the American Dietetic Association*, 111 (7), 1001-1003.

IBM Corp. (Released 2010). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Instituto nacional de estadística (INE) (2016). PIB a precios de mercados. Series temporales. Recuperado el 22 de julio de 2016, desde:

<http://www.ine.es/consul/serie.do?s=CNTR3068&c=2&nult=25&nocab>

Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) (2016). Producto Interno Bruto al primer trimestre de 2016. Series desestacionalizada y de tendencia-ciclo. (Millones de pesos a precios de 2008). Recuperado el 22 de julio de 2016, desde:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibt/default.aspx>

Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) (2015). Información por entidad federativa. Hidalgo. Número de habitantes por municipio. Recuperado el 22 de julio de 2016, desde:

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/>

Jaeger, B., Ruggiero, GM., Edlund, B., Gomez-Perretta, C., Lang, F., Mohammadkhani, P., Sahleen-Veasey, C., Schomer, H. y Lamprecht, F. (2002). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for Bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (1), 54-61.

Jáuregui, I., Candau, J., Montaña, M., Morales, M., Sánchez, N. y Lozano, P. (2009). Análisis de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Medicina Clínica*, 132 (3), 83-88.

Jones DC. (2011). Social comparisons and body image: Attractiveness comparisons to models and peers among adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 45 (9), 645-64.

Knauss, c., Paxton, S.J. y Alsaker, F.D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4 (4), 353-360.

Keery, H., Van den Berg, P. y Thompson, K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image, 1*, 237-251.

Landis, J. R. y Koch, G.G (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33 (1)*, 159 – 174.

Langlois, J., Kalakanis, L., Rubenstein, A., Larson, A., Hallam, M. y Smoot, M. (2000).Maxims or myths of beauty? A meta – analytic and theoretical review. *Psychol Bull 126 (3)*, 390-423.

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.

León, R., Gómez-Peresmitré, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental, 31 (6)*, 447-452.

Levine, M., Piran, N. y Stoddard, C. (1999). Mission More Probable: Media Literacy, Activism, and Advocacy as Primary Prevention. En. N. Piran, M. Levine y C. Steiner-Adair (Eds). *Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp.3-25). United States of America: Brunner/Mazel. Taylor and Francis Group.

Levine, M. y Smolak, L. (2006). *The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders. Theory, Research and Practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Levine, M. y Smolak, L. (2010). Cultural Influences on Body Image and the Eating Disorders. En W. Agras (Ed.). *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 223-246). New York: Oxford University Press.

Levine, M. y Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders, 24 (1)*, 39-46.

Littleton, H. y Ollendick, T. (2003). Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (1), 51-66.

Linville, D., Stice, E., Gau, J. y O'Neil, M. (2011). Predictive Effects of Mother and Peer Influences on Increases in Adolescent Eating Disorder Risk Factors and Symptoms: A 3-year Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorder*.44 (8), 745-751.

López-Guimerá, G., Levine, M. P., Sánchez-Carracedo., D., y Fauquet, J. (2011). 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.

López-Guimerá, G y Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

López-Guimerá, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J.,Portell, M. y Raich, R. (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.

Maganto, M. y Cruz, M. (2008). *TSA: Test de Siluetas para Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Mancilla-Diaz, J., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. y Acosta, M. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. Mancilla y G. Gómez (Eds.) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno.

Mancilla-Diaz, J., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Árevalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X. y Ocampo, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (1), 36-47.

- Martín-Albo, J., Núñez, J., Navarro, J. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, 127-152.
- McArthur, L., Holbert, D. y Peña, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*, 40 (160), 801-816.
- McCabe M. P., Ricciardelli L. A., y Karantzas G. (2010). Impact of a healthy body image program among adolescent boys on body image, negative affect, and body change strategies. *Body Image*, 7 (2), 117–123.
- Mintz, L.B. y Kashubeck-West, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres: evaluación y cuestiones del autoinforme transcultural. *Psicología Conductual*, 12 (3), 385-414.
- Mitchell, S., Petrie, T., Greenleaf, C y Martin, S. (2012). Moderators of the internalization-body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image*, 9 (4), 431-440.
- Miller, M. y Pumariega, A. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64 (2), 93-110.
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M. y Raich, R. (2015). Assessment of Two School-Based Programs to Prevent Universal Eating Disorders: Media Literacy and Theatre-Based Methodology in Spanish Adolescent Boys and Girls. *The Scientific World Journal*, (1): 328753.
- Mora, M., Penelo, E., Rosés, R., González, M., Espinoza, P., Deví, J. y Raich, R. (en prensa). Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary findings on maladaptive beliefs related to eating disorders. *Eating behaviours*.

Morgan, C., Vecchiatti, I, Negrao, A. (2002). Aetiology of eating disorders: Biological, psychological and sociocultural determinants. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 18-23.

Munguía, L., Mora, M. y Raich, R. (2016). Modelo estético, imagen corporal, autoestima y sintomatología de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas y españolas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24 (2), 273-283.

Muro-Sans, P. y Amador-Campos, J.A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and weight Disorders*, 12 (1), e1-e6.

Muth, J.L., y Cash, T.F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27 (16), 1438-1452.

Myers, T. A., y Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4), 683–698.

Nasser, M. y Katzman, M. (1999). Eating Disorders: Transcultural Perspectives Inform Prevention. En. N. Piran, M. Levine y C. Steiner-Adair (Eds). *Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp.26-43). United States of America: Brunner/Mazel. Taylor and Francis Group.

Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: What can health care providers do? *The Journal of Adolescent Health*, 44 (3), 206-213.

Neumark-Sztainer, D. (2016). Eating disorders prevention: looking backward, moving forward; looking inward, moving outward. *Eating disorders*, 24 (1), 29-38.

Neumark-Sztainer, D., Butler, R. y Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, 27 (1), 24-31.

Neumark-Sztainer, D., Levine, M., Paxton, S., Smolak, L., Piran, N. y Wertheim, E. (2006b). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next? *Eating Disorders The Journal of Treatment & Prevention* 14 (4), 265-285.

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S.J., Hannan, P. J., Haines, J., y Story, M. (2006a). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviours in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health, 39* (2), 244-251.

Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N., Collier, T. y Hannan, P. (2000). Primary prevention of disordered eating among pre-adolescent girls: Feasibility and short-term impact of a community based intervention. *Journal of the American Dietetic Association, 100* (12), 1466-1473.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N. y Van Den Berg, P. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive medicine, 33* (5), 359-369.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. y Standish, A. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviours during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health, 50* (1), 80-86.

Niide, T., Davis, J., Tse, A. y Harrigan, R. (2013). Evaluating the Impact of a school based Prevention Program on Self-esteem, Body Image, and Risk Dieting Attitudes and Behaviours Among Kaua'i Youth. *Hawai'i Journal of Medicine and Public Health, 72* (8), 273-278.

Noordenbos, G. (2016). How to block the ways to eating disorders. *Eating disorders, 24* (1), 47-53.

Ortega, A. E. (2008). *Evaluación del Impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en púberes mujeres de 12 a 14 años de edad de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo.*(Tesis de pregrado inédita). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.

O'Dea, J.A. (2012). Preventing Body Image Problems: School-Based Approaches. En Cash, T. (Ed) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 686-692). Spain: Elsevier.

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.

Pamies-Aubalat, L., Marcos, Y. y Castaño, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2,142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136 (4), 139-143.

Paxton, S., Wertheim, E., Gibbons, K., Szukler, G., Hillier, L. y Pietrovich, J. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (3), 361-379.

Penelo, E., Negrete, A., Portell, M. y Raich, R. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. *PLoS ONE* 8 (12): e83245.

Pelaez, M., Labrador, F., y Raich, R. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En J. Mancilla y G. Gómez (Eds.) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.

Pelaez, M., Raich, R., y Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (1), 62-75.

Pratt, B. M. y Woolfenden, S. R. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), Artículo No. CD002891. DOI: 10.1002/14651858.CD002891.

Quiles, Y., Quiles, M.J., Pamies, L., Botella, J. y Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28 (4), 199-206.

Raich, R. M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Piramide.

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología clínica Latinoamericana*, 22 (1), 15-27.

Raich, R.M., L. González M. y Rosés M. (2011). Modelo estético masculino. Evolución y crítica. (Documento no publicado).

Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L., Mancilla, J. L., Vázquez, R. y Álvarez-Rayón, G. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review*, 9 (1), 53-63.

Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.

Raich, R.M., Portell, M. y Peláez-Fernández, M.A. (2009). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: is it more effective in girls at risk? *European eating Disorders Review*, 17, 1-9.

Raich, R.M., Sánchez -Carracedo, D. y López Guimerá, G. (2008a). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria* (2nd ed.) Barcelona: Graó.

Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerá, G., Portell, M., Moncada, A. y Fauquet, A. (2008b). A controlled assessment of a school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders*, 16 (3), 255-272.

Raich, R.M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5 (1), 55-70.

Richardson S. M., y Paxton S. J. (2010). An Evaluation of A Body Image Intervention Based On Risk Factors for Body Dissatisfaction: A Controlled Study with Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (2), 112–122.

Rodríguez, S. y Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22 (2), 186-199.

Rosés, R. (2014). *Desarrollo y evaluación de la eficacia de dos programas preventivos en comportamientos no saludables respecto al peso y la alimentación. Estudio piloto*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España.

Ross A., Paxton S. J., y Rodgers R. F. (2013). Y's Girl: Increasing body satisfaction among primary school girls. *Body Image, 10* (4), 614–618.

Ruiz-Lázaro, P. M., Comet M. P., Calvo A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., y Lobo, A. (2010). Prevalencia de Trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38* (4), 204-211.

Sánchez-Carracedo D., López-Guimerá G., Fauquet J, Leiva D., Punti, J., Trépat, E., Pàmias M. y Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 23-33.

Saucedo-Molina, T. y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental, 33* (1), 11-19.

Share, J., Jolls, T. y Thoman, E. (2005). Five key questions that can change the world. Center for Media Literacy (CLM). Recuperado el 24 de agosto de 2016, desde: http://www.medialit.org/sites/default/files/02_5KQ_ClassroomGuide.pdf

Sierra-Márquez, R. (2015). Anorexia y bulimia en América latina y España: reporte cuantitativo de actitudes expresadas en un blog. *Revista de psicología de la Universidad Autónoma del estado de México, 4* (7), 43-61.

Sinton, M. y Taylor, C. (2010). Prevention: Current Status and Underlying Theory. En W. Stewart (Ed.) *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp.307-330). New York: Oxford University Press.

Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image, 1* (1), 15-28.

Smolak, L. y Murnen, S. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image, 5* (3), 521-260.

Soh, N. L., Touyz, S. W. y Surgenor, L. J. (2006). Eating and body image disturbances across cultures: a review. *European Eating Disorders Review*, 14 (1), 54-65.

Stice E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin ideal predict the onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (10), 931-44.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.

Stice, E., Butryn, M., Rohde, P., Shaw, H. y Marti, C.N. (2013). An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (12), 862-871.

Stice, E., Marti, C. N. y Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (10), 622-627.

Stice, E., Marti, C. N. y Cheng, Z. (2014). Effectiveness of a dissonance-based eating disorder prevention program for ethnic groups in two randomized controlled trials. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 54-64.

Stice, E., Marti, C.N., Spoor, S., Presnell, K., y Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programmes: Long – term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 329-340.

Stice, E. y Presnell, K. (2007). *The Body Project. Promoting Body Acceptance and Preventing Eating*. Oxford University Press.

Stice, E., Presnell, K., Shaw, H. y Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 195-202.

Stice, E., Rohde, P., Durant, S., Shaw, H. y Wade, E. (2013). Effectiveness of peer-led dissonance-based eating disorder prevention groups: Results from two randomized pilot trials. *Behaviour Research and Therapy* 51 (4-5), 197-206.

Stice, E., Shaw, H. y Martí, C. (2007). A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.

Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 836–840.

Thompson, J.K. y Heinberg, L.J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: we've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55 (2), 339-353.

Thompson, J.K., Heinberg, L. J., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, D.C. American Psychological Association.

Thompson, J.K., Schaefer, L.M. y Menzel, J.E. (2012). Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. En. T. Cash (Ed.). *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 499-504). Norfolk, Virginia, US: Elsevier.

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.

Thornton, B., y Maurice, J. (1997). Physique contrast effect: Adverse impact of idealized body images for women. *Sex Roles*, 40, 433-439.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona. Ariel, S.A.

Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En J. Mancilla y G. Gómez (Eds.) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 203-227). México: Manual Moderno.

Toro, J., Gomez-Peresmitré, H., Sentis, J., Vallés, A., Casulá, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S. y Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish

and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (7), 556-565.

Toro J, Salamero M, Martinez E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (3), 147-151.

UNICEF México (s.a.). Salud y Nutrición. Recuperado el 19 de agosto de 2016 desde: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. y Medina-Mora, M. (2006). Conductas de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (1), 15-27.

Unikel-Santocini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T.J., Trujillo, E.M., García-Castro, F., y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62 (5), 424-432.

Van der Berg, P., Paxton, S., Keery, H., Wall, M., Guo, J. y Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4 (3), 527-268.

Van der Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K. y Covert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance. A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (5), 1007-1020.

Vázquez, R., Alvarez, G. y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.

Vázquez, R., Galán, J., Aguilar, X., Alvarez, G., Mancilla, J. M., Caballero, A. y Unikel-Santoncini, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2 (1), 42- 52.

Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M. y Raich, R. M. (2009). Screening for Eating Disorders in Undergraduate Women: Norms and Validity of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, *31*, 121-128. doi: 10.1007/s10862-009-9177-6

Watts, A., Mason, S., Loth, K., Larson, N. y Neumark-Sztainer, D. (2016). Socioeconomic differences in overweight and weight-related behaviors across adolescence and young adulthood: 10-year longitudinal findings from Project EAT. *Preventive Medicine*, *87*, 194–199.

Wilksch, S.M. (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.

Wilksch S. M., Paxton S. J., Byrne S. M., Austin S.B., McLean S. A., Thompson K. M., Dorairaj K. y Wade T. D. (2015). Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychological Medicine*, *45* (9), 1811–1823. Cambridge University Press.

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 and Adolescent Psychiatry*, *48* (6), 652-661.

Wilksch S. M. y Wade T. D. (2013). Life Smart: A Pilot Study of a School-Based Program to Reduce the Risk of Both Eating Disorders and Obesity in Young Adolescent Girls and Boys. *Journal of Pediatric Psychology*, *38* (9), 1021–1029.

Wilksch, S. y Wade, T. (2014). Depression as a moderator of benefit from Media Smart: A school-based eating disorder prevention program. *Behaviour Research and Therapy*, *52*, 64-71.

Wood, K. C., Becker, J. A., y Thompson, J. K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *17* (1), 85–100.

World Health Organization (2007). Growth reference 5 – 19 years. BMI-for-age (15 – 19 years). Recuperado el 22 de julio de 2016 desde:

http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

ANEXOS

10. Anexos

10.1 Dossier de evaluación

Los instrumentos de evaluación fueron los mismos para chicos y chicas. El cuestionario de datos sociodemográficos y económicos fue redactado en versiones diferentes para chicos y para chicas. Se incluye por tanto a continuación, las diferentes versiones de datos sociodemográficos y los instrumentos de evaluación a continuación.

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Dossier Chicas

Datos personales:

Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

País: _____

En caso de venir de algún otro país, escribe cuál es y cuanto tiempo llevas viviendo aquí:

Cuestionario n°				
Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC : _____ Kg/m2				

Situación Familiar:

¿Con quién vives?

	Madre	Padre
Nivel de estudios		
Actividad Laboral		
Trabaja (si o no)		

Nivel de estudios	Actividad Laboral
1. Sin estudios o sin finalizar. 2. Educación básica acabada (Primaria y Secundaria). 3. Bachillerato incompleto. 4. Bachillerato. 5. Estudios Universitarios incompletos. 6. Carrera técnica. 7. Licenciatura o grados superiores (Posgrado, Especialidad, Mestría, doctorado).	1. Sin trabajo, jubilado, ama de casa, labores de casa. 2. Trabajo no especializado. 3. Operarios u obreros no especializados. 4. Obreros especializados / oficios específicos. 5. Trabajos administrativos (como secretaria) / gerentes de ventas / vendedores. 6. Empleos relacionados con carreras técnicas. 7. Propietarios de empresas pequeñas / propietario de negocio pequeño o local / Técnicos semi profesionales (como técnico dental). 8. Gerentes / socio o propietario de empresa mediana. 9. Profesional Superior (trabajando en sector público o privado) / Directivos.

Escribe lo específico posible cual es la actividad laboral actual de:

Padre: _____

Madre: _____

¿Tienes la regla? Sí No

Si tienes la regla, ¿a qué edad la tuviste por primera vez?

9 años o menos

10 años

11 años

12 años

13 años o más

¿Haces alguna dieta para adelgazar? Sí No

Si es que sí, ¿en qué consiste?

Gracias por colaborar en esta investigación.

A continuación te presentamos algunos cuestionarios que pretenden conocer tu opinión respecto a diversos temas. No hay respuestas buenas ni malas. Sólo debes seleccionar la respuesta que te parezca mejor en cada situación. Es muy importante que respondas a todas las preguntas.

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Dossier Chicos

Datos personales:

Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

País: _____

En caso de venir de algún otro país, escribe cuál es y cuanto tiempo llevas viviendo aquí:

Cuestionario nº				
Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC : _____ Kg/m2				

Situación Familiar:

¿Con quién vives?

	Madre	Padre
Nivel de estudios		
Actividad Laboral		
Trabaja (si o no)		

Nivel de estudios	Actividad Laboral
1. Sin estudios o sin finalizar. 2. Educación básica acabada (Primaria y Secundaria). 3. Bachillerato incompleto. 4. Bachillerato. 5. Estudios Universitarios incompletos. 6. Carrera técnica. 7. Licenciatura o grados superiores (Posgrado, Especialidad, Mestria, doctorado).	1. Sin trabajo, jubilado, ama de casa, labores de casa. 2. Trabajo no especializado. 3. Operarios u obreros no especializados. 4. Obreros especializados / oficios específicos. 5. Trabajos administrativos (como secretaria) / gerentes de ventas / vendedores. 6. Empleos relacionados con carreras técnicas. 7. Propietarios de empresas pequeñas / propietario de negocio pequeño o local / Técnicos semi profesionales (como técnico dental). 8. Gerentes / socio o propietario de empresa mediana. 9. Profesional Superior (trabajando en sector público o privado) / Directivos.

Escribe cual es la actividad laboral actual de:

Padre: _____

Madre: _____

¿Te ha cambiado la voz o has notado algún otro cambio físico? Sí No

Si es que sí, ¿a qué edad te sucedieron?

9 años o menos

10 años

11 años

12 años

13 años o más

¿Haces alguna dieta para adelgazar? Sí No

Si es que sí, ¿en qué consiste?

Gracias por colaborar en esta investigación.

A continuación te presentamos algunos cuestionarios que pretenden conocer tu opinión respecto a diversos temas. No hay respuestas buenas ni malas. Sólo debes seleccionar la respuesta que te parezca mejor en cada situación. Es muy importante que respondas a todas las preguntas.

EDE-Q

Instrucciones: Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES. Lee cada pregunta con atención y encierra en un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas.

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de alimentos que comes para modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin ingerir alimentos con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar algunos alimentos que te gustan con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has procurado seguir determinadas reglas de alimentación con el fin de modificar tu figura o peso; por ejemplo, limitar el consumo de calorías o la cantidad total de ingesta, o seguir normas acerca de cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Te has dado atracones de comida?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando los episodios de atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has experimentado un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la figura o el peso ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado, como por ejemplo leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
12. ¿Has experimentado un claro temor a engordar o convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has experimentado un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

15. ¿Cuántas veces en el último mes te has sentido culpable después de comer por el efecto que esto pueda tener en tu figura o peso (exceptuando los episodios de atracones)?

0 – Ninguna vez
1 – Alguna vez
2 – Menos de la mitad de las veces
3 – La mitad de las veces
4 – Más de la mitad de las veces
5 – La mayoría de las veces
6 – Siempre

16. ¿Alguna vez has sentido que has comido lo que para otras personas sería una cantidad anormalmente excesiva de comida en las mismas circunstancias? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

17. ¿En promedio, cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios de sobreingesta (en el último mes)? _____

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has experimentado la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19. ¿Ha habido otros episodios en los que hayas experimentado la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente excesiva de comida dada las circunstancias?
0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

20. ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios como promedio (en el último mes)? _____

21. En el último mes: ¿te has provocado el vómito con el fin de controlar tu figura o peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

23. ¿Has tomado laxantes con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

25. ¿Has tomado diuréticos con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

27. ¿Has realizado ejercicio intenso con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

En el último mes.....	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha tenido tu peso una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha tenido tu figura una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué medida te ha preocupado que otras personas te vean comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, reflejado en un escaparate, en el espejo o cuando te desvistes o duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

[] 1 mes

[] 2 meses

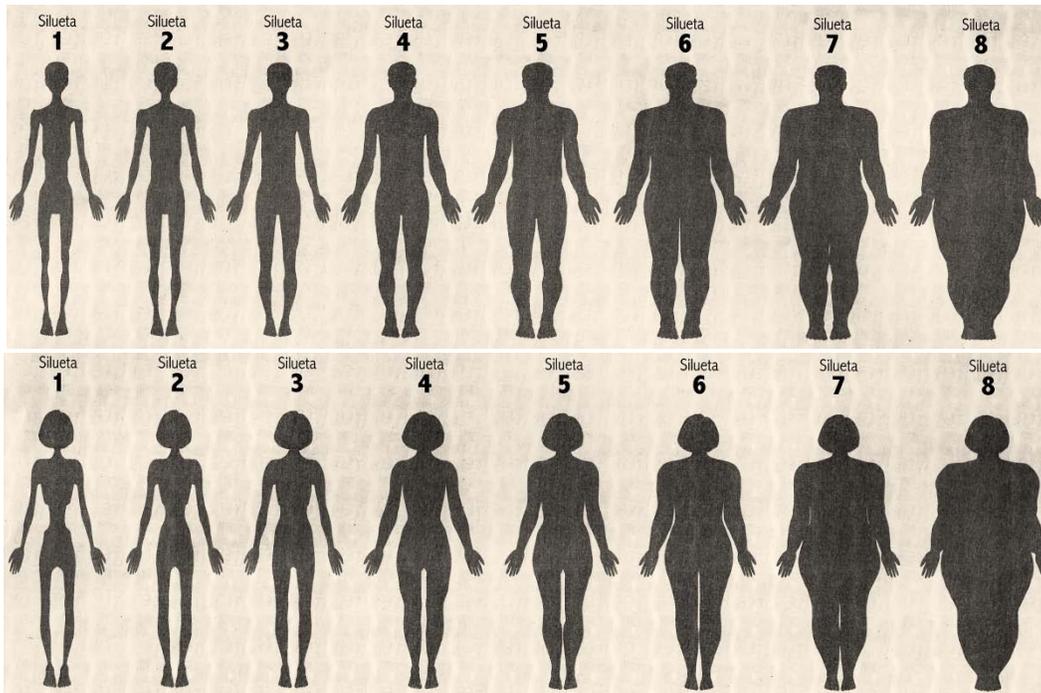
[] 3 meses

[] Más de 3 meses

39. Edad de la primera menstruación: _____ años

40. ¿En la actualidad tomas anticonceptivos? 0 – No 1 – Sí

TSA



Observa con atención las siluetas y responde a la pregunta 1 y 2

- En cada una de las **SILUETAS MASCULINAS** indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.

Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
<input type="radio"/> Gorda							
<input type="radio"/> Normal							
<input type="radio"/> Delgada							

- En cada una de las **SILUETAS FEMENINAS** indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.

Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
<input type="radio"/> Gorda							
<input type="radio"/> Normal							
<input type="radio"/> Delgada							

Ahora contesta a las preguntas 3 a 8 marcando sólo una silueta en cada cuestión.

- ¿Qué silueta representa tu peso actual? ____
- ¿Qué silueta representa tu peso ideal? ____
- ¿Qué silueta elegirías como pareja? ____
- ¿Qué silueta crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja? ____
- ¿Qué silueta le gustaría a tu madre que tuvieras? ____
- ¿Qué silueta le gustaría a tu padre que tuvieras? ____

CIMEC-26

Contesta marcando con una señal (x) la respuesta que consideres más adecuada.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
2. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
3. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
4. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
5. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
6. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
7. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
8. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gordita) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
9. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
10. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?
 Sí, más de 2 veces Sí, 1 ó 2 veces No, nunca
11. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
12. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
13. ¿Te angustia que te digan que estas «llenita», «gordita», «redondita» o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
14. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
15. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
16. ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
17. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
18. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
19. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?
 Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna

20. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
21. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
22. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
23. ¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?
 Sí, seguro Sí, probablemente No, no lo creo
24. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
25. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
26. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada

ROSENBERG SELF-ESTEEM

Lea las siguientes afirmaciones y marque "X" el recuadro que mejor refleje su grado de acuerdo con ellas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
A	B	C	D

1. En general estoy satisfecha conmigo misma.	A	B	C	D
2. A veces pienso que no sirvo para nada.	A	B	C	D
3. Creo tener varias cualidades buenas.	A	B	C	D
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A	B	C	D
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.	A	B	C	D
6. A veces me siento realmente inútil.	A	B	C	D
7. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	A	B	C	D
8. Desearía sentir más respeto por mi misma.	A	B	C	D
9. Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracaso.	A	B	C	D
10. Asumo una actitud positiva hacia mi misma.	A	B	C	D

B.S.Q.

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el **último mes**. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número de la derecha que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o glúteos son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo de engordar?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte llena (después de una gran comida) te ha hecho sentir gorda o fijarte en tu figura?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Estar con chicas delgadas te ha hecho fijarte en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Te has fijado en la figura de otras chicas y la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentrarte (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnuda, por ejemplo, cuando te duchas, ¿Te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6

16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha llevado a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea <i>llantitas</i> alrededor de tu cintura o estomago?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga aspecto de <i>piel de naranja o celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejada en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidos...)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te fijas más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

INVENTARIO BEM

INSTRUCCIONES: A continuación usted observará una lista de características de personalidad. Por favor, marque en qué medida se aplican a usted dentro de una escala de 7 puntos. Generalmente las primeras impresiones son las más acertadas. La información que usted entregue es estrictamente confidencial. No hay preguntas correctas e incorrectas, por lo tanto, trate con rigurosidad de ser lo más franca (o) posible en sus respuestas. Lea con detención cada pregunta y marque el número que usted considere adecuado

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			OCASIONALMENTE			SIEMPRE

1. Seguro de mí mismo (a)	1	2	3	4	5	6	7
2. Complaciente	1	2	3	4	5	6	7
3. Útil	1	2	3	4	5	6	7
4. Defiende sus propias creencias	1	2	3	4	5	6	7
5. Alegre	1	2	3	4	5	6	7
6. Cambiante (Voluble)	1	2	3	4	5	6	7
7. Independiente	1	2	3	4	5	6	7
8. Tímida (o)	1	2	3	4	5	6	7
9. Consciente (Concienzudo)	1	2	3	4	5	6	7
10. Atlético (o)	1	2	3	4	5	6	7
11. Afectuosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
12. Teatral (Dramático o exagerado)	1	2	3	4	5	6	7
13. Asertiva (o)	1	2	3	4	5	6	7
14. Te gusta que te adulen (halaguen – elogien) (fácil de halagar)	1	2	3	4	5	6	7
15. Feliz	1	2	3	4	5	6	7
16. Personalidad fuerte	1	2	3	4	5	6	7
17. Leal	1	2	3	4	5	6	7
18. impredecible	1	2	3	4	5	6	7
19. Poderosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
20. Femenina (o)	1	2	3	4	5	6	7
21. Confiable	1	2	3	4	5	6	7
22. Analítica (o)	1	2	3	4	5	6	7
23. Empática (o) (capaz de ponerme en la situación del otro)	1	2	3	4	5	6	7
24. Celosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
25. Tiene capacidades de líder	1	2	3	4	5	6	7
26. Sensible a las necesidades de los demás	1	2	3	4	5	6	7
27. Veraz (Honesto)	1	2	3	4	5	6	7
28. Arriesgada (o)	1	2	3	4	5	6	7
29. Comprensiva (o)	1	2	3	4	5	6	7
30. Reservada (o)	1	2	3	4	5	6	7
31. Toma decisiones fácilmente	1	2	3	4	5	6	7

INVENTARIO BEM

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA			OCASIONALMENTE			SIEMPRE

32. Compansiva (o)	1	2	3	4	5	6	7
33. Sincera (o)	1	2	3	4	5	6	7
34. Autosuficiente	1	2	3	4	5	6	7
35. Deseosa(o) de calmar sentimientos dolorosos de otros (dispuesto a consolar a los demás)	1	2	3	4	5	6	7
36. Arrogante (Engreído)	1	2	3	4	5	6	7
37. Dominante	1	2	3	4	5	6	7
38. Habla suavemente	1	2	3	4	5	6	7
39. Agradable	1	2	3	4	5	6	7
40. Masculino (a)	1	2	3	4	5	6	7
41. Cálida (o) (cariñoso)	1	2	3	4	5	6	7
42. Solemne (formal)	1	2	3	4	5	6	7
43. Deseosa (o) de obtener una posición	1	2	3	4	5	6	7
44. Tierna (o)	1	2	3	4	5	6	7
45. Amistosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
46. Agresiva (o)	1	2	3	4	5	6	7
47. Simple	1	2	3	4	5	6	7
48. Ineficiente	1	2	3	4	5	6	7
49. Actúa como líder	1	2	3	4	5	6	7
50. Infantil	1	2	3	4	5	6	7
51. Adaptable	1	2	3	4	5	6	7
52. Individualista	1	2	3	4	5	6	7
53. No utiliza un lenguaje vulgar (procuro no decir groserías)	1	2	3	4	5	6	7
54. Desordenada (o)	1	2	3	4	5	6	7
55. Competitiva (o)	1	2	3	4	5	6	7
56. Aficionada (o) a los niños	1	2	3	4	5	6	7
57. Cautelosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
58. Ambiciosa (o)	1	2	3	4	5	6	7
59. Gentil	1	2	3	4	5	6	7
60. Convencional (conservador)	1	2	3	4	5	6	7

10.2 Instrucciones para revisión conceptual del BEM Sex-Rol Inventory (IBRS)

Estimados Investigadores

Como parte del proyecto de investigación **“Intervención de prevención universal de problemas relacionados con el peso y la alimentación: Estudio comparativo entre México y España en un programa de alfabetización de medios”**, que actualmente se aplica en distintos Institutos de la ciudad de Barcelona y que se realizará también en México, se ha decidido realizar una evaluación para conocer si el impacto del programa de “Media Literacy” puede variar en función a la interiorización de los roles tradicionales de género de los participantes. Para lo cual se ha elegido el “Inventario BEM para rol sexual”.

Este inventario no se encuentra validado ni en España ni en México, la versión en español con que se cuenta fue traducida y validada en Chile, por lo que pedimos su colaboración para realizar una Validación Conceptual del Inventario y pueda ser utilizado en la investigación.

Les enviamos un archivo adjunto con el Inventario solicitándoles que:

- Respondan el mismo.
- Señalen que entienden por las palabras que se encuentran subrayadas de amarillo (una definición pequeña de ser posible) e indiquen si les parecen confusas.
- Si identifican que existe una palabra cuya comprensión puede ser ambigua la señalen y redacten que es lo que entienden por dicha palabra.

Les agradezco de ante mano su colaboración.

Atte.



Jazmín Lucero Munguía Godínez

10.3 Carta de presentación del programa a los directores de las escuelas

Se realizaron cartas en versión catalán para las escuelas de Barcelona y en castellano para las escuelas de México, el contenido es el mismo y la que se presenta a continuación es la versión en castellano.

Estimados Directores de las Escuelas Preparatorias dependientes e incorporadas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, dada la amabilidad en escuchar nuestra propuesta le presentamos brevemente el grupo de investigación y el proyecto que estamos llevando a cabo en el contexto de centros de enseñanza media superior como el suyo.

Nuestro equipo de investigación está formado por 6 personas (profesores titulares de Psicología y becarias de investigación) dirigido por la Dra. Rosa Maria Raich, catedrática de Tratamientos Psicológicos en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Hemos llevado a cabo desde hace más de 20 años varias líneas de investigación relacionadas con el estudio epidemiológico sobre prevalencia e incidencia de trastornos del comportamiento alimentario, así como el desarrollo de tratamientos clínicos y de programas de prevención eficaces para este tipo de trastornos y otros problemas relacionados con la alimentación y el peso, como por ejemplo: imagen corporal, hábitos alimentarios saludables y seguimiento de dietas o sobrepeso.

Actualmente contamos con un grupo de investigación consolidado y reconocido por la Generalitat de Catalunya desde 2005 y renovado para el periodo 2009-2013 (2009 SGR 1450) y con un proyecto de investigación subvencionado: *Prevención de trastornos alimentarios y problemas relacionados con el peso: Comparación de eficacia de dos programas*. (PSI2010-22067) que cuenta con 6 investigadores doctores y especialistas y con el apoyo de diversas instituciones.

Los conocimientos sobre la alta prevalencia de este tipo de problemas, la experiencia adquirida en el ámbito clínico y los resultados en investigación, señalan la necesidad de desarrollar programas preventivos eficaces para los trastornos alimentarios y otros problemas relacionados con el peso.

Los trastornos alimentarios han adquirido una prevalencia que algunos han calificado de epidémica en países de occidente como los nuestros. Y aún más los problemas relacionados con el peso, que en muchas ocasiones llevan si no a Trastornos Alimentarios, a una preocupación exagerada por el peso y la figura y a la adquisición de comportamientos alimentarios aberrantes. Estudios desarrollados por nuestra línea de investigación han mostrado que el ideal de belleza exageradamente delgado tiene un papel importante en las alteraciones alimentarias y en la imagen corporal. La presión que ejercen los medios de comunicación hacia la delgadez es intensa en nuestros países y el porcentaje de adolescentes

que siguen hábitos poco saludables en cuanto a la alimentación se ha disparado en los últimos años en nuestro entorno.

Durante los años 2005-07 nuestro grupo de investigación ha desarrollado un primer programa preventivo pionero en este ámbito en nuestro país basado en la filosofía de alfabetización de medios, en un formato interactivo y multimedia. Los objetivos del programa son: a) mejorar las actitudes y los comportamientos alimentarios, b) modificar la estima y la imagen corporal de los adolescentes c) amortiguar las influencias socioculturales negativas que colocan un sobre-énfasis en la belleza d) desarrollar una conciencia crítica de los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia y e) persuadir a los alumnos / as para que resistan los mensajes mediáticos sobre la delgadez en las chicas y las dietas, sobre el exceso de musculación en los chicos.

Los resultados del programa que se llevó a cabo en estudiantes de secundaria representativos de la población escolar del municipio de Terrassa (Provincia de Barcelona) ya ha sido publicado en diferentes revistas, cuenta con niveles de eficacia altos y se ha aplicado en diferentes centros escolares de Cataluña. El programa que en su día se hizo llegar a las escuelas que colaboraron en el proyecto se ha publicado en formato de libro con material multimedia, en castellano y en catalán. (Véase publicaciones: Raich, Sánchez y López, 2008).

De este estudio se obtuvo el resultado de que a los 6 y 30 meses de seguimiento el programa fue eficaz en las chicas y los chicos para producir cambios en las actitudes alimentarias y reducir la influencia de los medios que glorifican la delgadez, esto ha sido un resultado alentador, ya que otros estudios que se han realizado con programas preventivos han dado lugar a resultados poco importantes (González et al., 2010; Espinoza et al., 2010; Raich et al., 2010).

Pero, surgió la necesidad de incorporar a los chicos en el programa preventivo desarrollando una unidad específica sobre los ideales de belleza y la presión mediática hacia un modelo masculino determinado.

Pruebas de evaluación

La eficacia de un programa implica que este programa produzca cambios significativos en las variables relacionadas con el fenómeno estudiado en las personas que lo han recibido (*Grupo Experimental*), respecto a un grupo con características similares que no ha recibido la intervención (*Grupo Control*).

Para ello se pasa a los chicos / as una batería de pruebas estandarizadas que evalúan: actitudes hacia la alimentación, influencia del modelo estético-corporal, satisfacción con la imagen corporal, autoestima, así como otros aspectos que puedan estar interactuando como son los roles de género. Adicionalmente se toman medidas de peso y altura para calcular el índice de masa corporal.

También se requerirá una sesión de una hora para llevar a cabo un procedimiento de metodología cualitativa, llamado *grupo focal* con los estudiantes y esto permitirá complementar la evaluación cuantitativa de la eficacia del programa basada en las opiniones directas de los participantes respecto al programa e incorporar las sugerencias de mejoras para investigaciones futuras.

La evaluación, tiene una duración de 1 hora y se realiza en los grupos en 4 momentos diferentes:

1. Antes de iniciar la intervención
2. Al terminar la intervención
3. En un seguimiento a los 6 meses posteriores a la primera evaluación, y
4. En un seguimiento a los 12 meses posteriores de la primera evaluación.

Intervención

Grupo experimental:

La intervención consiste en un programa interactivo con soporte multimedia de 5 sesiones de una hora de duración en 5 semanas consecutivas.

Incluye la aplicación del programa ya existente y con buen nivel de eficacia "Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación", que incluye dos unidades, ampliando los objetivos de ambas al modelo estético masculino.

Objetivos

Unidad 1: Modelo estético femenino y masculino a lo largo de la historia y entre diferentes culturas (incluida la nuestra). Promover la reflexión sobre el modelo estético femenino y masculino que impera en la sociedad actual, comprobar los cambios sobre este modelo a lo largo de la historia y entre culturas diversas y cuestionar la creencia de que el ideal de belleza actual sea el único y objetivo.

Unidad 2: Modelo estético femenino y masculino en los medios de comunicación. Desarrollar una actitud crítica hacia los mensajes que transmiten los medios de comunicación sobre el ideal de belleza y cómo conseguirlo.

Conocer la información oculta, los trucos, manipulaciones y engaños que utiliza la publicidad para transmitir el modelo estético femenino y masculino actual y la manera de conseguirlo.

Unidad 3: Generar una actividad de crítica a la publicidad. Video.

Se tiene contemplada también una sesión de presentación de los trabajos de activismo realizados por los alumnos ante otros grupos del plantel educativo, así como directivos, profesores y demás personal del mismo.

Grupo control:

A este grupo se le realizarán las evaluaciones cuantitativas y cualitativas antes mencionadas, en el mismo orden temporal que al grupo experimental, sin que les sea aplicado el programa de intervención.

Calendarización:

A continuación hacemos una propuesta de calendario orientativo de la intervención.

GRUPO EXPERIMENTAL: Programa preventivo

GRUPO CONTROL

Tamaño N= \approx [30] por grupo

Tamaño N= \approx [30] por grupo

Tiempo:

Tiempo:

5 sesiones de intervención (1 hora a la semana)

4 sesiones de evaluación (1 hora cada una)

Sesión de presentación de trabajos de activismo (1 hora)

Grupo Focal (1 sesión de una hora)

4 sesiones de evaluación (1 hora cada una)

Grupo Focal (1 sesión de una hora)

Cronograma de Actividades

	2013									
	Octubre					Noviembre				
	30 de Sept al 4 de Oct	7 al 11	14- 18	21- 25	28 de Oct a 1 de Nov	4 al 8	11 al 15	18 al 22	25 al 29	
1a Evaluación: Aplicación de cuestionarios y sesión de pesaje y tallaje.										
Sesión 1 del programa de Intervención										
Sesión 2 del programa de intervención										
Sesión 3 del programa de intervención										
Sesión 4 del programa de intervención										
Sesión 5 del programa de intervención										
Sesión de presentación de videos de activismo										
2a Evaluación: Aplicación de cuestionarios										
Evaluación cualitativa del programa: Grupo Focal (entrevista a 10 alumnos voluntarios de los grupos participantes del estudio)										
	2014									
3a Evaluación, Seguimiento a 6 meses: aplicación de cuestionarios	1a semana de Abril									
4a Evaluación, Seguimiento a 12 meses: aplicación de cuestionarios y sesión de pesaje y tallaje	1a semana de Octubre									

Acotaciones:

	Grupo Control y Grupo Experimental
	Grupo Control y Grupo Experimental
	Grupo Experimental
	Grupo Experimental

Se incluyen como anexos unesquemade la intervención yde publicaciones realizadas sobre el programa que ha sido presentado.

Agradeciendo suamabilidad, atención y buena disposición, lesaludacordialmente:

ROSA MARÍA RAICH

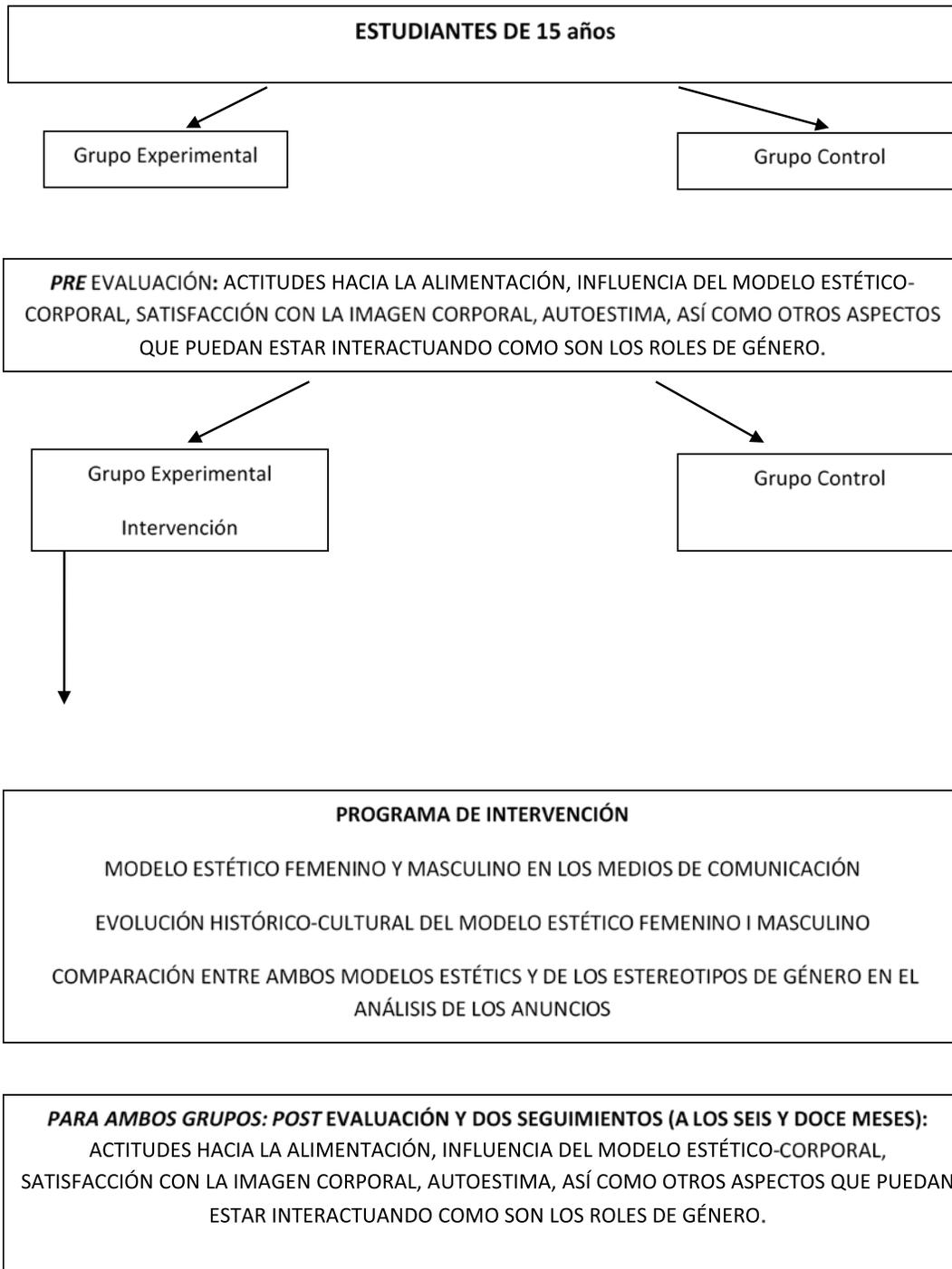
Universidad Autónoma de Barcelona

0034935813170

rosa.raich@uab.cat

Septiembre de 2013

ESQUEMA DE LA INTERVENCIÓN



10.4 Consentimiento informado

Se realizaron consentimientos informados en versión catalán para las escuelas de Barcelona y en castellano para las escuelas de México, el contenido es el mismo y los que se presentan a continuación son la versión en castellano.

El primer consentimiento corresponde al que fue entregado a los grupos experimentales, el segundo a los grupos control y el tercer consentimiento sólo se entregó a los grupos experimentales puesto que fueron ellos quienes realizaron el video a manera de activismo como parte de la intervención preventiva.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES

Pachuca, Hgo., México, Septiembre de 2013

Estimados padres,

Durante el actual curso académico y de acuerdo a la dirección de la Escuela Preparatoria No. 4 dependiente de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, llevaremos a cabo una actividad con su hijo (a) enmarcada en el proyecto de investigación sobre “Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso” que realizamos desde el *Departamento de Psicología Clínica y de la Salud* de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Esta actividad tiene como finalidad contribuir a la mejora de programas de prevención de problemas relacionados con la alimentación y el peso, que hemos desarrollado con anterioridad, y favorecer el desarrollo de habilidades para la vida, mediante el programa: *Modelo Estético Femenino y Masculino, y medios de comunicación. Como formar alumnos críticos en Educación Media* durante un periodo de 5 sesiones semanales de una hora cada una.

Para poder analizar los posibles efectos sobre su hijo (a) de esta investigación necesitamos recoger alguna información de diferentes aspectos como son: autoestima, personalidad, imagen corporal y hábitos, entre otros, mediante respuestas a cuestionarios. Esta evaluación se realizará en 4 momentos diferentes: antes del comienzo y al final de la intervención y a los 6 y 12 meses posteriores. Igualmente se llevará a cabo una sesión de grupo en la que sus hijos / hijas puedan expresar con sus propias palabras su opinión sobre diferentes temas relacionados con el modelo estético corporal y las modas. Esta sesión de grupo ha de ser grabada en AUDIO con el objetivo de poder recoger íntegramente las aportaciones de sus hijos / hijas.

Para poder cumplir con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el equipo de investigación se compromete en todo momento a:

1. Mantener el anonimato de la persona que ha de participar en esta investigación.
2. Informar a los alumnos y a sus padres de los objetivos del estudio.
3. Informar al colegio y a los padres, si lo solicitan, de los resultados finales de la investigación.

Por tanto, y teniendo en cuenta que la colaboración es voluntaria y que pueden abandonar la investigación en cualquier momento, les solicitamos su consentimiento informado.

Atentamente

Dra. Rosa Mª Raich

Directora del *Grupo de Investigación en Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres*.
Reconocida por la Generalidad de Catalunya como SGR-consolidado- 1450
Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso en jóvenes adolescentes.
Tel. 0034935813170

.....
INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.Como Padre / Madre o Tutor legal del Alumno..... Del curso.....

Les comunico que he leído la información que se me ha hecho llegar y que, habiendo recibido suficiente información sobre el estudio y habiendo podido hacer las preguntas que quisiera del mismo, le AUTORIZO a participar en la evaluación e intervención vinculada a la actividad mencionada que ya ha programado la Escuela Preparatoria No. 4 durante el curso escolar 2013-2014.

Firma:

Nombre:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES

Pachuca, Hgo., México, Septiembre de 2013

Estimados padres,

Durante el actual curso académico y de acuerdo a la dirección de la Escuela Preparatoria Jorge Berganza dependiente de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, llevaremos a cabo una actividad con su hijo (a) enmarcada en el proyecto de investigación sobre “Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso” que realizamos desde el *Departamento de Psicología Clínica y de la Salud* de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Esta actividad tiene como finalidad contribuir a la mejora de programas de prevención de problemas relacionados con la alimentación y el peso, que hemos desarrollado con anterioridad, y favorecer el desarrollo de habilidades para la vida.

A efectos de investigación necesitamos recoger alguna información de diferentes aspectos como son: autoestima, personalidad, imagen corporal y hábitos, entre otros, mediante respuestas a cuestionarios. Nos interesa conocer sus respuestas a lo largo de distintos momentos en el tiempo, por ello solicitamos realizar esta evaluación en 4 momentos diferentes: una evaluación inicial, una evaluación 7 semanas después, y a los 6 y 12 meses posteriores de la primera evaluación. Igualmente se llevará a cabo una sesión de grupo en la que sus hijos / hijas puedan expresar con sus propias palabras su opinión sobre diferentes temas relacionados con el modelo estético corporal y las modas. Esta sesión de grupo ha de ser grabada en AUDIO con el objetivo de poder recoger íntegramente las aportaciones de sus hijos / hijas.

Para poder cumplir con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el equipo de investigación se compromete en todo momento a:

- 1) Mantener el anonimato de la persona que ha de participar en esta investigación.
- 2) Informar a los alumnos y a sus padres de los objetivos del estudio.
- 3) Informar al colegio y a los padres, si lo solicitan, de los resultados finales de la investigación.

Por tanto, y teniendo en cuenta que la colaboración es voluntaria y que pueden abandonar la investigación en cualquier momento, les solicitamos su consentimiento informado.

Atentamente

Dra. Rosa M^a Raich

Directora del *Grupo de Investigación en Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres.*

Reconocida por la Generalidad de Catalunya como SGR-consolidado- 1450

Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso en jóvenes adolescentes.

Tel. 0034935813170

.....

INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.Como Padre / Madre o Tutor
legal del Alumno..... Del
curso.....

Les comunico que he leído la información que se me ha hecho llegar y que, habiendo recibido suficiente información sobre el estudio y habiendo podido hacer las preguntas que quisiera del mismo, le AUTORIZO a participar en la evaluación e intervención vinculada a la actividad mencionada que ya ha programado la Escuela Preparatoria Jorge Berganza durante el curso escolar 2013-2014.

Firma:

Nombre:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES SOBRE LA REALIZACIÓN DE UN VIDEO QUE PROMUEVA LA CRÍTICA HACIA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Pachuca, Hgo., México a _____ de _____ de _____

Estimados padres,

Dentro del proyecto de investigación sobre “Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso” que realizamos desde el *departamento de Psicología Clínica y de la Salud* de la Universidad Autónoma de Barcelona, se ha realizado un vídeo haciendo una parodia de un anuncio previamente seleccionado por el equipo de investigación. Este video se colgará en una plataforma digital con acceso restringido ya que es una herramienta necesaria para fomentar el espíritu crítico respecto los Medios de Comunicación.

El equipo de investigación no se hace responsable si su hijo (a) sin nuestro consentimiento divulga este video por internet.

Atentamente

Dra. Rosa M^a Raich

Directora del Grupo de Investigación del comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres

Reconocida por la Generalidad de Catalunya como SGR-consolidado- 1450

Prevención de trastornos relacionados con la alimentación y el peso en jóvenes adolescentes

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

FIRMA

FIRMA

.....

10.5 Guion para la entrevista focal

Guión para Focus Group

Preguntas de Rapport que introducen el tema a tratar durante la entrevista. Debe recordarse a los participantes que la entrevista es confidencial y que no hay respuestas buenas ni malas, lo que se pretende es conocer su opinión con sus propias palabras. Se comenzará a grabar cuando estén de acuerdo.

1. ¿CREES QUE EXISTE ALGUNA DIFERENCIA ENTRE LLEVAR A CABO UNA DIETA EQUILIBRADA Y LLEVAR A CABO UNA DIETA PARA ADELGAZAR?

2. ¿QUÉ SIGNIFICA PARA LOS JÓVENES IR A LA MODA? ¿Y PARA USTEDES?

3. ¿COMO DEBERÍA SER UNA CHICA PARA SER CONSIDERADA GUAPA? Y UN CHICO? (¿Qué importancia creen que tiene el hecho de seguir o no un modelo estético?)

4. ¿DE DONDE VIENE ESTO DEL MODELO QUE HAY DE BELLEZA EN NUESTRA CULTURA? ¿QUÉ IMPLICANCIONS PUEDE TENER ESTO EN LAS MUJERES? ¿Y EN LOS HOMBRES?

5. ¿DE QUÉ MANERA EL MODELO DE BELLEZA INFLUYE EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS?

-¿Qué piensas de la publicidad de productos para estar guapa?

-Como joven ¿piensas que es importante parecerse a una persona famosa?

-¿Creen que puede existir alguna relación entre este modelo y el sentirse bien o mal con uno mismo?

6. ¿QUÉ COSAS SON IMPORTANTES PARA LOS JÓVENES DE HOY?

7. ¿QUÉ SIGNIFICA PARA TI PREVENIR? ¿QUÉ ES PARA TI LA PREVENCIÓN?

8. SI TUVIERAN QUE PENSAR EN PREVENIR PROBLEMAS RELACIONADOS CON PERSONAS A QUIENES NO LES GUSTA SU CUERPO, ¿CÓMO LO HARIAN? ¿QUÉ ASPECTOS SERÍAN IMPRESCINDIBLES A TENER EN CUENTA?

Pregunta adicional para grupos experimentales

9. PARA FINALIZAR, NOS AGRADARÍA PREGUNTARLES ¿QUE RESCATARÍAS DE POSITIVO DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA QUE SE REALIZÓ? ¿Y QUE SACARIAS PORQUE NO LES HA AGRADADO O PORQUE NO LES PARECE UTIL? ¿Y QUE AGREGARIAN DE NUEVO?

10.6 Resultados de la Evaluación de la interiorización de roles de género.

IBRS * País de Aplicación

			País de Aplicación		Total
			España	Mexico	
IBRS	Androgino	N	54	98	152
		% por País de Aplicación	58,1%	80,3%	70,7%
	Neutral	N	22	10	32
		% por País de Aplicación	23,7%	8,2%	14,9%
	Feminidad	N	8	5	13
		% por País de Aplicación	8,6%	4,1%	6,0%
	Masculinidad	N	9	9	18
		% por País de Aplicación	9,7%	7,4%	8,4%
Total		N	93	122	215
		% por País de Aplicación	100,0%	100,0%	100,0%

Abreviaturas: IBRS, BEM Sex-Rol Inventory; N, número de participantes

IBRS * Condicion experimental

			Condicion experimental		Total
			Control	Experimental	
IBRS	Androgino	N	61	91	152
		% por Condicion experimental	78,2%	66,4%	70,7%
	Neutral	N	10	22	32
		% por Condicion experimental	12,8%	16,1%	14,9%
	Feminidad	N	4	9	13
		% por Condicion experimental	5,1%	6,6%	6,0%
	Masculinidad	N	3	15	18
		% por Condicion experimental	3,8%	10,9%	8,4%
Total		N	78	137	215
		% por Condicion experimental	100,0%	100,0%	100,0%

Abreviaturas: IBRS, BEM Sex-Rol Inventory; N, número de participantes

IBRS * Sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
IBRS	Androgino	N	70	82	152
		% por Sexo	74,5%	67,8%	70,7%
	Neutral	N	10	22	32
		% por Sexo	10,6%	18,2%	14,9%
	Feminidad	N	5	8	13
		% por Sexo	5,3%	6,6%	6,0%
	Masculinidad	N	9	9	18
		% por Sexo	9,6%	7,4%	8,4%
Total		N	94	121	215
		% por Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Abreviaturas: IBRS, BEM Sex-Rol Inventory; N, número de participantes